



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“BURNOUT EN ENFERMERAS QUE LABORAN EN  
HOSPITALES DEL SECTOR PÚBLICO EN LA CIUDAD DE  
MÉXICO”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A N:**

Bautista Flores Tania

Becerra Mora Nancy Patricia

**DIRECTORA:** Lic. Alejandra García Saisó

**REVISORA:** Dra. Ma. De los Ángeles Mata Mendoza

**México D.F. Enero 2012**



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.

## *Agradecimientos*

*Nos preguntamos “¿quién me he creído para ser brillante, espléndido, talentoso, sensacional?”, pero en realidad, ¿quiénes nos hemos creído para no serlo?*

*Marianne Williamson*

*Gracias a Dios por permitirme lograr este éxito tan importante en mi vida y por darme la oportunidad de compartirlo con la gente que más quiero en la vida.*

*A mi mamá:* Gracias a ti mamá por estar conmigo siempre, por tu apoyo, tu compañía, tus abrazos, tus alegrías y todo lo que siempre compartes conmigo, quiero que sepas que eres la persona más importante en mi vida y te estoy muy agradecida por las cosas que has hecho por mi y sobre todo por tenerte a mi lado, te amo mucho mamá, este logro es para ti... Gracias.

*A mi hermano:* A ti Oscar por tu compañía durante todos estos años de vida, por ser mi hermano y amigo, por las cosas que hemos compartido juntos y lo que me has enseñado en la vida, te amo mucho manito. Gracias.

*A mi papá:* A ti papá por preocuparte por mi, por tu cariño y apoyo que me has brindado en la vida, que de alguna u otra manera has estado conmigo y que se que este logro te llena de orgullo te amo mucho papá. Gracias.

*A mi tía Toña:* Gracias tía por tu cariño, compañía, por preocuparte por mi y por el apoyo que me has brindado todo este tiempo te lo agradezco de todo corazón.

*A mi Tía Yolanda:* Gracias tía por todo el apoyo que me has brindado, por preocuparte por nosotros y porque no has ayudado cuando lo hemos necesitado, de verdad muchas gracias.

*Al círculo de amigos que han estado conmigo durante todos estos años...*

*A Tania:* Gracias Tania por tu compañía y amistad durante la realización de este proyecto, por que ambas sabemos lo que esto significa para nosotras.

*A la Lic. Alejandra García S.: Muchas gracias a ti Ale por aceptar ser nuestra directora, por ayudarnos a cumplir este sueño, por todo tu apoyo para la realización de este proyecto, por tu tiempo y el aprendizaje que nos has brindado de verdad muchas gracias.*

*A la Dra. Ángeles Mata: A Usted Profesora por aceptar ser parte de este proyecto, por su tiempo y su valiosa colaboración para la realización del mismo. Muchas gracias.*

*A los sinodales: A nuestros sinodales por la valiosa aportación a este proyecto, por su tiempo y dedicación. Muchas gracias.*

*A mi casa de Estudios: Por permitirme cumplir una de mis más grandes metas en la vida y por todo el aprendizaje que me ha brindado todos estos años. Gracias*

*A todas aquellas personas que de una u otra manera formaron parte en la elaboración de este proyecto... Gracias*

*Son muchas las personas a las que me gustaría agradecer su amistad, su apoyo, su compañía en las diferentes etapas de mi vida, algunas están conmigo y otras en mis recuerdos sin importar si están o no en este momento conmigo o si alguna vez llegan a leer mis agradecimiento por formar parte de este logro les doy gracias por el gran apoyo y por formar parte de mi, por todo lo que me han brindado y lo que han contribuido en mi ser.*

*Gracias a quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en una persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo a ustedes padres por que en aquellos momentos en los que me sentí sin fuerza ni ganas de seguir me brindaron de su apoyo y compañía para cumplir mis metas y objetivos.*

***Por esto y más... Gracias Papá y Mamá.***

*A mis hermanos Gerardo y María Fernanda por soportarme en los momentos de angustia, enojo, soledad y por siempre tener una palabra de aliento y una sonrisa para darme fuerza y energía.*

*Gracias a mis grandes amigos que cuando necesite de una palabra de aliento siempre estuvieron para dárme la o cuando necesite de alguna verdad supieron decírla en el momento oportuno. Gracias Nancy, Jacqueline, Angélica y todas aquellas personas que se cruzaron en mi camino para poder cumplir mis metas.*

*Gracias por apoyarme en el momento en el que te necesitaba y por creer en mí y nunca dejas que mis miedos me vencieran gracias Jorge por existir en mi vida y por siempre estar en los buenos y malos momentos .*

*Gracias Alejandra García por ayudarnos a dirigir el proyecto que me ayudaría a concluir una de mis grandes metas y objetivos en la vida y por compartir parte de tu conocimiento, sabiduría, tiempo y gran bondad que tienes como persona y profesional.*

*Gracias Dra. M. Ángeles Mata y sinodales por sus aportaciones y conocimientos para enriquecer esta tesis.*

*Gracias a la vida misma por brindarme la oportunidad de tener la dicha de compartir esta meta con mis seres queridos y con el cariño de todos los que me rodean.*

*Gracias a la **Universidad Nacional Autónoma de México** por la formación como profesional y persona que me brindo.*

***“Por mi raza hablará el espíritu”***

## INDICE

RESUMEN .....	8
INTRODUCCIÓN .....	10
<b><u>CAPITULO I</u> Sistema Hospitalario En México .....</b>	<b>17</b>
I.I Evolución del hospital .....	17
I.II Historia y Perspectiva de los Hospitales Públicos y Privados en México .....	20
I.III Calidad en el Servicio Médico .....	24
I.IV Calidad de vida de los profesionales de enfermería y sus consecuencias en la prestación del servicio médico .....	31
<b><u>CAPITULO II</u> Síndrome de Burnout .....</b>	<b>35</b>
II.I Antecedentes del Síndrome de Burnout .....	35
II.II El proceso del Síndrome de Burnout y Consecuencias .....	39
II.III Factores desencadenantes asociados con el Síndrome de Burnout .....	44
II.IV Diagnóstico y evaluación del Síndrome de Burnout .....	47
II.V Tratamiento y Prevención .....	49
II.VI Profesiones que son afectadas por el Síndrome de Burnout .....	53
<b><u>CAPITULO III</u> Síndrome de Burnout en la Profesión de Enfermería .....</b>	<b>57</b>
III.I Síndrome de Burnout en enfermeras .....	57
III.II Funciones de las enfermeras .....	57
III.III Síndrome de Burnout como factor de riesgo en el personal de enfermería .....	63
III.IV Enfermería e investigaciones realizadas .....	71
<b>MÉTODO .....</b>	<b>79</b>
Objetivo de la investigación .....	79
Pregunta de investigación .....	79
Hipótesis .....	79
Definición Conceptual .....	79
Definición Operacional .....	79
Tipo de estudio .....	80
Muestra .....	80

<b>Instrumento</b> .....	<b>80</b>
<b>Procedimiento y Análisis Estadístico</b> .....	<b>82</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>86</b>
<b>Estadística Descriptiva</b> .....	<b>86</b>
<b>Estadística Inferencial</b> .....	<b>91</b>
<b>DISCUSION Y CONCLUSIONES</b> .....	<b>98</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>109</b>
<b>ANEXO 1 Instrumento de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)</b> .....	<b>118</b>
<b>ANEXO 2 Formato de calificación de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)</b> .....	<b>129</b>
<b>ANEXO 3 Formato estandarizado de protocolo de investigación</b> .....	<b>136</b>

## RESUMEN

El Burnout, es un Síndrome que altera tres factores: Desgaste Emocional, Despersonalización e Insatisfacción, los cuales se manifiestan con una sintomatología multidimensional, afectando los ámbitos somático, emocional y cognitivo (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

El objetivo de la presente investigación fue identificar la incidencia del Síndrome de Burnout en enfermeras que laboran en Hospitales Públicos de la Ciudad de México. El diseño de investigación fue no experimental de tipo transversal-correlacional. Se trabajó con una muestra de 200 enfermeras, pasantes, estudiantes en prácticas profesionales o trabajadores asalariados a los cuales se les aplicó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (Uribe, 2008).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la estadística descriptiva el 83.5% corresponden al sexo femenino ya que esta profesión se caracteriza porque el mayor número de personas que ejercen esta profesión son mujeres, en relación a la variable edad el 64.8% se encuentran en un rango de 20 a 23 años presentando mayor ansiedad, lo que de acuerdo con la literatura se considera que durante los primeros años de ejercer la profesión se es más vulnerable a presentar el síndrome de Burnout, en cuanto a la variable estado civil el 68.5% son solteros, sin embargo el 60% reportó tener una relación con pareja de 0 a 5 años, en relación a esta variable se encontró que las personas que tienen entre 11 y 30 años con su pareja son más propensas a presentar alteraciones psicosomáticas; sin embargo es importante señalar que la presencia de un apoyo moral, radica en la percepción que las personas tienen del apoyo social con el que cuentan y reciben.

En cuanto a la escolaridad el 85% reportó tener un nivel universitario, encontrándose la presencia de trastornos psiconeuróticos y ansiedad, sin embargo la educación es un factor confuso de múltiples variables como ocupación y estatus socioeconómico, en relación a la antigüedad el 77.5% reportó tener una antigüedad laborando de 0 a 5 años, no obstante en el rango de 11 a 20 años laborados se presentó mayor despersonalización y en el rango de 20 a 30 años hubo presencia del trastorno ansiedad, finalmente en cuanto a la variable sociodemográfica años trabajando el 72.5% reportó tener de 0 a 10 años tomando en cuenta que los participantes no solo reportaron su tiempo laborado en la profesión de enfermería sino también de trabajos anteriores.

De acuerdo al modelo de Leiter se obtuvo que el 41% de la muestra se encuentra en peligro, el 38% está sano, el 12% se encuentra “quemado” y el 9% tiene un nivel normal, por lo que es importante reconocer que existe un problema en el sector salud generando consecuencias a nivel individual generando altos índices de estrés, fatiga, enfermedades gastrointestinales, irritabilidad, cambios de humor, ansiedad, depresión, pero no solo eso, sino que esto lleva a la persona a tener consecuencias en su ambiente laboral como el ausentismo laboral elevado, propensión al abandono del puesto y/o de la organización, la baja implicación laboral, el bajo interés por las actividades laborales, el deterioro de la calidad de servicio de la organización, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización, al igual que el aumento de la rotación laboral no deseada, y el aumento de accidentes laborales (Gil Monte, & Peiró 1997).

Palabras clave: Síndrome Burnout, Enfermeras, Personal de Salud, Trastornos psicosomáticos.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas laborales que afecta la calidad de vida del ser humano es el síndrome de Burnout, identificado en la década de los 70's por Herbert Freudenberguer (1974 en Tonon, 2004) definido como un estado caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés, como consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados al servicio y la ayuda, que no logran alcanzar las expectativas depositadas en su trabajo.

La necesidad de estudiar el síndrome de Burnout, definido como una patología derivada del trabajo, viene unida a la necesidad de estudiar el estrés laboral como precursor del deterioro de la salud en general, así como hacer hincapié sobre la preocupación que las organizaciones tienen por la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Además en la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva el ser humano tiene repercusiones sobre la organización.

El Burnout es un síndrome que provoca 3 dimensiones básicas (Maslach, 2001):

- Agotamiento.
- Despersonalización.
- Falta de realización personal.

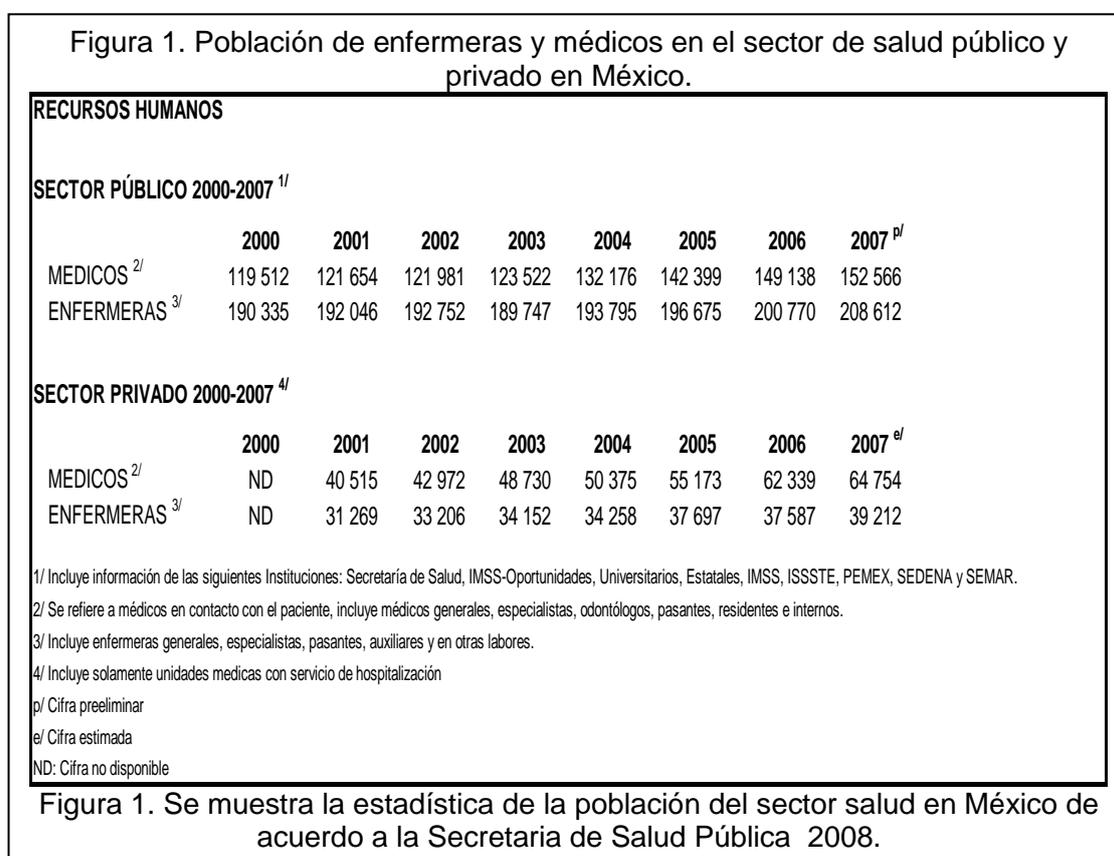
El síndrome de Burnout se ha establecido como un problema social que es necesario atender en forma inmediata para lo cual resulta fundamental contar con diagnósticos situacionales que permitan construir posibles respuestas y planes de prevención evitando que el proceso se incremente y que la calidad de vida se vea afectada día a día (Gil-Monte, 2005).

El síndrome de Burnout en la actualidad genera consecuencias negativas tanto para el individuo como para la sociedad que se refleja en pérdidas económicas incrementando el ausentismo, insatisfacción laboral, baja productividad y pérdidas tanto para el empleador como para el país.

La población susceptible a presentar el síndrome de Burnout es la económicamente activa. De acuerdo a datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e

Informática (INEGI, 2004), del total de individuos mayores de 14 años, poco más de 44 millones se consideran parte de esta población susceptible, de los cuales el 96.4% se encuentran empleados INEGI (2004 en Uribe, 2008), de acuerdo con estudios realizados por Cabrera, López, Salinas, Ochoa, Marin y Haro (2005) el 40% corresponde a médicos y enfermeras que debido a las características que su profesión requiere como son: contacto con la gente, las demandas psicosociales del puesto, la estructura organizacional, las relaciones interpersonales al igual que su propia personalidad forman un cuadro que genera propensión al síndrome de Burnout.

De acuerdo con la Secretaria de Salud Pública (2008) en México el Sector Salud esta conformado por:



En relación a lo que se muestra en la figura 1, se puede apreciar un incremento en la población de enfermería, sin embargo este aumento no es suficiente para el incremento de la población en general, lo que genera un aumento en la carga de trabajo, jornadas de 12 horas, horas extras y roles de turno.

Aunado a lo anterior se encuentra la influencia de algunos factores sociodemográficos como: edad, sexo, estado civil, antigüedad, número de hijos, entre otros, los cuales son desencadenantes del síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

El objetivo del sector salud es brindar servicios eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, así como asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

Con base en lo anterior el estudio del sistema hospitalario es de gran importancia porque juega un papel sobresaliente en la sociedad ya que si el personal que proporciona el servicio en los centros hospitalarios se encuentra en un estado óptimo físico y emocional será de mayor calidad el trato hacia los usuarios, compañeros y familia.

En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental de las enfermeras tiene repercusiones sobre la organización.

El síndrome de Burnout ocasiona una pérdida de recursos y productividad que afecta la capacidad de los individuos para funcionar laboralmente, generando situaciones que propician accidentes laborales, tanto en perjuicio del propio individuo como de aquellos con los que interactúan. Las pérdidas asociadas al síndrome de Burnout representan el 0.24% del Producto Interno Bruto (PIB) nacional, lo que representa más que el presupuesto anual de grandes instituciones nacionales como el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o que el presupuesto de universidades públicas (Uribe, 2008).

En la Figura 2 se puede observar que en el año 2007 el gasto público federal ejercido en salud fue de 212,895 millones de pesos, cifra que representó el 1.9% respecto al Producto Interno Bruto (PIB) ( Secretaría de salud Pública, 2008).

- Al mes de junio de 2008, el gasto en salud sumó 100,984.6 millones de pesos, lo que significó una disminución de 0.8% real, respecto al mismo periodo del año anterior.
- Del total, el 56.8% lo ejercieron las instituciones que cubren a la población asegurada. Sobresalen por su participación el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el 71.1% y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con el 19.2%.
- El restante 43.2% correspondió a las instituciones que cubren a la población no asegurada.

Figura 2. Gasto Público Federal en Salud, 2007-2008 (Millones de pesos)

Concepto	Datos Anuales		Enero-Junio		
	Observado 2007	Meta 2008 1/	2007	2008	Variación % anual real 2/
TOTAL 3/	212.895,00	288.092,80	97.513,40	100.984,60	-0,8
Instituciones que cubren a la población no asegurada	92.565,60	107.584,90	40.833,30	43.577,90	2,2
Secretaría de Salud	50.106,70	66.088,40	21.433,30	21.831,60	-2,4
Ramo 33 (FASSA)	42.458,90	41.496,50	19.400,00	21.746,30	7,4
Instituciones que cubren a la población asegurada	120.329,50	180.507,90	56.680,10	57.406,70	-3
SEDENA	3.006,40	3.123,90	1.223,00	1.438,60	12,7
PEMEX	9.133,60	0	3.569,80	0	n.a.
IMSS	86.433,30	139.649,10	39.082,70	40.817,20	0,04
ISSSTE	12.756,00	29.104,70	8.750,60	11.015,50	20,6
Otros 4/	9.000,10	8.630,10	4.054,00	4.135,40	-2,30

Figura 2.

1/ Corresponde al presupuesto original autorizado.

2/ Las cifras se deflactaron con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor promedio de los primeros seis meses de cada año.

3/ Excluye las transferencias a las entidades de control directo, así como las aportaciones al ISSSTE. La suma de los parciales puede no coincidir con debido al redondeo.

4/ Incluye los ramos 13 Secretaría de Marina y 19 Aportaciones a Seguridad Social.

n.a. No aplica.

FUENTE: Secretaría de Hacienda y Crédito Público

En términos de salud, el país enfrenta una realidad muy compleja que obliga a mejorar la prestación de servicios y a generar alternativas que satisfagan de la mejor manera la prestación de los servicios de salud (Perfiles de Enfermería, s. f.).

Actualmente la profesión de enfermería, presenta una situación laboral crítica ya que además de la atención y el cuidado de los pacientes, el servicio de enfermería es el único que permanece alerta y al cuidado de los enfermos las 24 horas del día los 365 días del año.

Debido a la escasez de personal en las instituciones hospitalarias, la situación administrativa y la baja retención de la juventud por estudiar la profesión de enfermería, se ameritan largas jornadas laborales y turnos variados (Barquín, 2003).

De acuerdo con Balseiro (2010) se han identificado factores de riesgo en esta profesión:

- Psicosociales
- Biológicos
- Físicoquímicos
- De seguridad y ergonómicos.

Por ello en la actualidad se han implementado programas centrados en la prevención y tratamiento de la sintomatología que desencadena este síndrome. Dentro de los programas implantados se encuentran: los grupales, individuales, organizacionales, además de la promoción de actividades deportivas, recreativas y culturales.

Debido a las consecuencias que el Síndrome de Burnout ha generado en el sector salud, surgió el interés de abordar la problemática en la profesión de enfermería, a partir de identificar, determinar y conocer sus causas y sus consecuencias. El objetivo de la investigación es conocer la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en Hospitales Públicos de la Ciudad de México.

Una aclaración indispensable para la lectura de la presente investigación, es que por el alto índice de mujeres en esta profesión se expresara en términos femeninos.

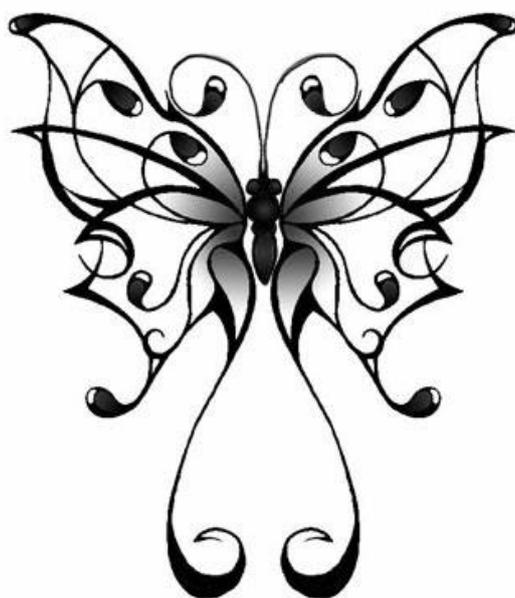
El marco teórico está integrado de la siguiente forma:

En el primer capítulo se aborda el proceso histórico de los hospitales, presentando los principales sucesos ocurridos a lo largo de la historia. Asimismo se presentan diferencias claves entre los hospitales públicos y privados al igual que el impacto que genera la calidad en el sector salud.

El capítulo dos esboza de manera general la literatura existente acerca del Síndrome de Burnout desde las explicaciones teóricas que abordan el desarrollo, los antecedentes, el proceso y los síntomas, así como las diferentes estrategias de intervención en el personal de enfermería.

De igual forma el capítulo tres explica las funciones y actividades que lleva a cabo el personal de enfermería así mismo habla de los factores de riesgo que afectan esta profesión y el efecto negativo que trae a la salud física y emocional de las enfermeras.

En los siguientes tres capítulos, se aborda la metodología empleada en la presente investigación, los resultados encontrados a partir de los análisis estadísticos realizados, la discusión y las conclusiones.



*CAPÍTULO 1.  
SISTEMA HOSPITALARIO EN  
MÉXICO*

## **Capítulo I**

### **Sistema Hospitalario En México**

#### **I.1 Evolución del hospital**

La atención médica ha existido desde el momento en que hubo enfermos lo que ha cambiado a lo largo del tiempo es la denominación, al igual que su tecnología, avances científicos e investigaciones.

A partir del siglo IV de nuestra era, los cristianos de oriente comenzaron a establecer y mantener una serie de fundaciones para ayudar a enfermos pobres. Entre las más antiguas de las que se tiene noticia, se halla la famosa basileas. Fue establecida por San Basilio el Grande alrededor del año 372 en Cesarea de Capadocia (actualmente Kayseri en Turquía) y fue de las primeras en proporcionar asistencia médica a sus huéspedes. Hacia fines del siglo IV, según San Jerónimo, la matrona romana Fabiola, perteneciente a la ilustre gens Fabia, contribuyó a la difusión de tales obras piadosas entre los cristianos de occidente al fundar un nosocomium en Roma. A su vez, el senador Pammachio establecía otro semejante en Porto, cerca de la desembocadura del río Tíber en el mar Tirreno. Más tarde existió también una institución benéfica en España, creada por el obispo godo Mazona (573–606) en la ciudad de Mérida, la que contaba con médicos, enfermeras y una verdadera organización asistencial (Cordellas, P.S. 1942).

En el siglo VI, ya había fundaciones benéficas en las principales ciudades del imperio de oriente. Dichas instituciones se diferenciaron en cuanto a servicios, pacientes y nomenclatura, distinguiéndose en verdaderos hospitales (nosocómia), hogares para ancianos, orfanatos (orphanotróphea) y hospicios (xenodócheia). Su característica común consistía en el origen y la afiliación religiosos. De los hospitales bizantinos más conocidos y mejor organizados en la baja Edad Media, destaca el que crearon en Constantinopla, por el año 1136, el emperador Juan II Comneno y su esposa, como parte del monasterio del Pantocrator. Los servicios que ofrecía este hospital eran tan completos, que un historiador moderno lo ha calificado como un "centro médico" (Cordellas, P.S. 1942).

Pero la educación profesional bizantina, basada en las tradiciones hipocráticas y galénicas, se concentraba en las escuelas monásticas, en la universidad constantinopolitana del Patriarca y, hasta que los árabes conquistaron Egipto, en la célebre Academia de Alejandría.

En la Nueva España, Cortés fundó los primeros hospitales: el de la Inmaculada Concepción y el de San Lázaro. El de la Concepción, actualmente de Jesús Nazareno en 1524 y fue básicamente un sanatorio para pobres (Baez, 1982).

Entre 1536 y 1540, se edificó en Pátzcuaro el Hospital de la Concepción y Santa Marta, por iniciativa de don Vasco de Quiroga. A éste le siguieron otros en la región de Michoacán "la provincia de los hospitales" y en las comarcas limítrofes.

Otros hospitales se erigieron en la capital novohispana, como el Hospital Real de San José de los Naturales, autorizado por cédula soberana del 18 de mayo de 1553 durante la epidemia de cocoliztli (influenza complicada<sup>9</sup>) del período 1576–1577, allí se efectuaron las primeras necropsias con fines diagnósticos por el cirujano Alonso López de Hinojosos, el doctor Juan de la Fuente y el protomédico Francisco Hernández (Fernández, 1936).

A partir de 1781, el hospital provisional de San Andrés se convirtió en hospital general llegando a mantener hasta mil enfermos con un excelente manejo. Este nosocomio, el último que se estableciera en la ciudad de México durante la dominación española, fue el primero en obedecer a la idea moderna de hospital: un servicio prestado a la colectividad. Perteneció a la mitra metropolitana hasta el año 1861, cuando entró a formar parte de las instituciones controladas por la Junta de Beneficiencia, a cuyo poder pasaron todas las propiedades hospitalarias. Prestó servicios asistenciales y docentes hasta 1905, cuando fue sustituido por el Hospital General. El último hospital del virreinato fue el de San Sebastián, organizado en el puerto de Veracruz a principio del siglo XIX (Barragán, 1968).

Temes (2002) menciona la evolución de los hospitales en cinco etapas:

- La primera nos señala el concepto de Hospital-Caridad en el cual las personas que se hacían cargo eran voluntarios y su supervivencia dependía de donaciones.
- La segunda etapa se caracteriza por ser hospitales de beneficencia y su filosofía venía representada por la Ley de Pobres promulgada en España en los tiempos de Isabel II.

- En la tercera etapa se conocen los hospitales de asistencia; durante la Revolución Francesa, en los cuales aparece la responsabilidad de los Estados en la atención sanitaria de sus súbditos.
- La cuarta etapa esta definida por lo que hasta en nuestra actualidad prevalece que son los Hospitales-Empresas refiriéndose ya no solo al sector público sino también al privado, surgiendo así las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o las Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI).
- En la quinta etapa surgen los hospitales integrales, los cuales son una organización jerarquizada en tres niveles; preventivo, asistencial y rehabilitador de manera conjunta y simultánea en el tiempo. También aparecen los Centros Hospitalarios dependientes de otras organizaciones (CEOE) al igual que las Fundaciones y Cooperativas. Las particularidades de estas dependencias radican en las características legales y administrativas (Temes, 2002).

Gracias a la evolución hospitalaria se ha podido realizar una mejora en los servicios de salud, generando un beneficio para la sociedad. Sin embargo, estos beneficios han traído consigo una sobre carga laboral para los profesionales de la salud, ya que el personal es insuficiente para la alta demanda de los usuarios.

## **I.II Historia y Perspectiva de los Hospitales Públicos y Privados en México**

Los hospitales son una empresa de servicios, los cuales se conforman de:

- Edificios, instalaciones y equipamiento para hacer frente a las necesidades cotidianas de los usuarios.
- Personas que constan tanto de usuarios como de aquellas que hacen posible el servicio y funcionamiento de estas unidades.
- Estudiantes que ponen en práctica sus conocimientos y prestan su servicio profesionalmente.
- Se brinda el diagnóstico, el tratamiento y cuidado de personas enfermas para sanar o mejorar su dolencia y restablecer su salud.

Señalado lo anterior los hospitales tienen una misión que esta constituida de la siguiente manera: (ver figura 1.1)

Figura 1. 1. Modelo de la misión de los hospitales

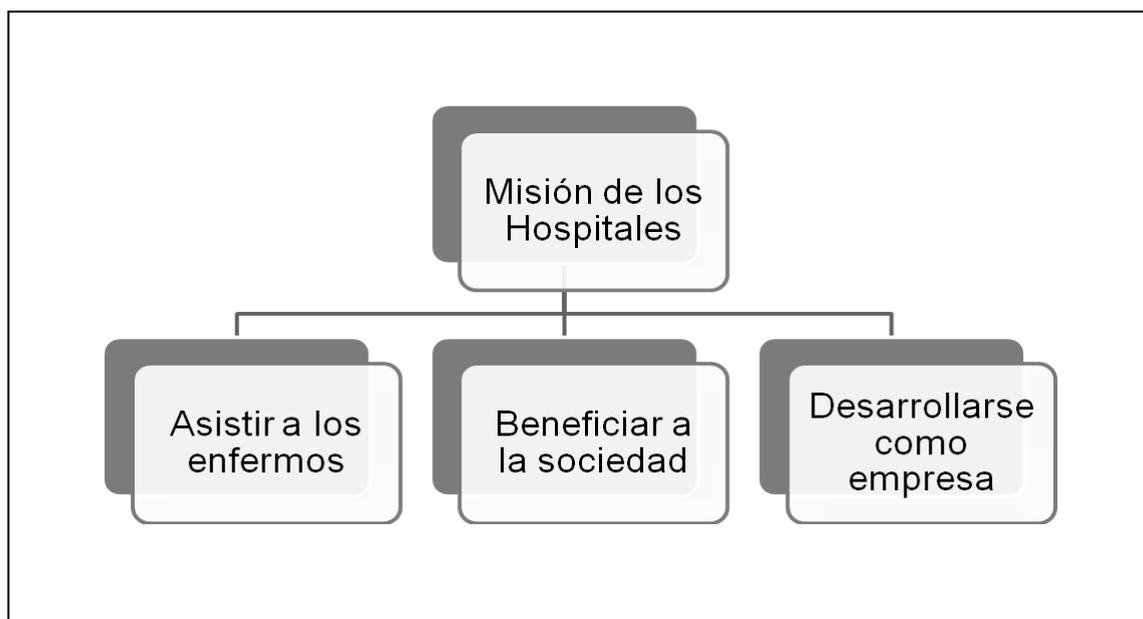


Figura 1. 1. Modelo de la gestión de los hospitales en México (Martínez, 2008).

Las prioridades de un hospital público no siempre son similares a las de un hospital privado. Existen factores que los diferencian, principalmente tecnológicos, de requisitos legales, contables y de objetivos (Tobar, 1999).

El hospital público es el conjunto de organismos administrativos mediante los cuales el Estado cumple, o hace cumplir la política o voluntad expresada en las leyes fundamentales del país sobre atender la salud de su población (Martínez, 2008).

De acuerdo con Gómez y González (2001, en Martínez, 2008) una institución pública es un grupo social en el que a través de presupuesto y trabajo se producen bienes y/o servicios tendientes a la satisfacción de las necesidades de la comunidad y su actividad se orienta hacia el interés público.

De acuerdo con Roa y López (1995) entre los objetivos principales de las organizaciones del sector público un factor importante es el desarrollo de las naciones.

Son factores de la Organización del Sector Público:

- a) Elemento humano
- b) Sector administrativo
- c) Los sistemas de interrelación
- d) Sus finalidades específicas

Los hospitales se dividen en tres niveles de acuerdo a la atención prestada en sus unidades (Fajardo, 2003):

1. Primer nivel: Es parte fundamental de la Subdirección de Servicios Médicos el cual a través de la integración, compromiso y la capacitación de todos sus integrantes, establece las estrategias para fortalecer la cultura de la prevención y la atención con calidad y calidez, su visión es establecer servicios médicos con personal capacitado y humano brindando una atención de excelencia y posicionándose como primer lugar nacional en servicios de salud.
2. Segundo nivel: Pertenece a los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a los pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médicas quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado.

3. Tercer nivel: Es aquel en el que se cuenta con tecnología avanzada para diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y donde se realiza el más elevado desarrollo de la investigación tanto básico como clínico. Se pueden formar los recursos humanos de más alta calidad por contar con personal de excelencia laboratorios y campos clínicos de acción avanzada.

El primer hospital de este tipo fue el Rubén Leñero fundado en 1943, al igual que el hospital de Balbuena y Dr. Gregorio Salas. También se formaron hospitales de este tipo en las zonas de Iztapalapa, Milpa Alta, Villa, Ticomán y Xoco. Estos hospitales funcionaban con el presupuesto del Gobierno del Distrito Federal. Otro órgano gubernamental dedicado a la salud y cuidado de enfermos es *El Sistema para el Desarrollo Integral para la Familia* (DIF) que proporciona atención a adultos mayores y a niños discapacitados.

Otro tipo de hospitales son los que pertenecen a organismos de seguridad social (SSA) como el *Instituto Mexicano de Seguridad Social* (IMSS) y el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado* (ISSSTE), que se orientan a atender a los trabajadores asalariados y sus familiares. Los organismos de seguridad social están conformados por centros médicos nacionales, hospitales de especialidad, generales y unidades de medicina familiar (Fajardo, 2003).

En los primeros años de vida del ISSSTE, se destinaron a crear los instrumentos necesarios para su funcionamiento y a formar una infraestructura incipiente para cumplir el nuevo marco conceptual de seguridad social establecido en su ley (Fernández, 1982).

El sistema hospitalario del sector público ha generado gastos al gobierno de México ya que de acuerdo con el informe de gobierno del año 2007, el gasto público federal ejercido en salud fue de 212,895 millones de pesos, cifra que representó el 1.9% respecto al producto Interno Bruto (PIB). Al mes de Junio de 2008, el gasto en salud sumó 100,984.6 millones de pesos, lo que significó una disminución de 0.8% real respecto al mismo periodo anterior (Segundo Informe de Gobierno, 2009).

Del total, el 56.8% lo ejercieron las instituciones que cubren a la población asegurada. Sobresalen por su participación el IMSS, con el 71.1% y el ISSSTE, con el 19.2%. El restante 43.2% correspondió a las instituciones que cubren a la población no asegurada.

La inversión federal en salud al primer semestre de 2008 ascendió a 1,672.2 millones de pesos, lo que representó un avance de 18.4% respecto de la meta anual, destacando particularmente los recursos asignados a los organismos y empresas que están sujetas al control directo, donde el 60.9% correspondió al IMSS y el 17% al ISSSTE (Segundo Informe de Gobierno, 2009).

De acuerdo con los porcentajes señalados anteriormente, las Instituciones del sector salud se han visto con una mayor preocupación por los trabajadores al generar mayores servicios de salud.

Entre el 1º de septiembre de 2007 y el 31 de agosto de 2008, se iniciaron en el Instituto Mexicano del Seguro Social diecinueve obras nuevas de consulta externa y siete unidades medicas de hospitalización. De las veintitrés obras planeadas para los últimos cuatro meses de 2007, se terminaron cinco unidades de consulta externa y dos de hospitalización, estas últimas denominadas Unidades Medicas de Atención Ambulatoria (UMAA).

En el 2007 para seguir proporcionando la atención a los derechohabientes de manera oportuna, se continuó con el programa de nominado *Prevención del Rezago de Atención Médica*.

De agosto a julio del 2008, se han identificado las necesidades de personal y equipamiento que se han cubierto con menos unidades con esta problemática; sin embargo, se sigue brindando la atención mediante este programa de manera regular, con turnos vespertinos, sábado y domingos, así como la posibilidad de subrogar servicios en caso de que la demanda de los usuarios del servicio así lo requiera (Segundo Informe de Gobierno, 2009).

En base a lo anterior el número de personal laborando en las unidades médicas sigue siendo el mismo a pesar de que ha aumentado el número de derechohabientes, lo que genera un mayor desgaste profesional en el personal sanitario.

Además de la asistencia pública existe la asistencia privada, la cual esta constituida por unidades médicas que se caracterizan por su gran heterogeneidad en términos de infraestructura, organización y calidad con la que atienden a la población.

La presencia del sector privado en el campo de la salud en México es evidente, tanto en el financiamiento de los servicios como en su prestación. Más de la mitad del financiamiento en salud proviene directamente del bolsillo de los hogares y es utilizado de manera principal para la compra de servicios privados. En este sector interviene una gran variedad de proveedores, clínicas y aseguradoras de salud; lo que algunos autores llaman “el mercado sin organizar en salud” (Standing & Bloom, 2002).

En México, actualmente existe poca investigación sobre la relación entre el sector público y el privado en el otorgamiento de servicios de salud. Por lo tanto, es fundamental realizar investigaciones que ofrezcan evidencias para la toma de decisiones y el fortalecimiento del sistema de salud.

El concepto de Hospital que maneja la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) es “El Hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. Es también centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación biosocial” (Temes, 2002, pág. 15).

### **I.III Calidad en el Servicio Médico**

Una característica dominante desde mediados del siglo pasado, y bastante notoria en lo que va corrido del actual, es el esfuerzo notable de empresas de toda clase para lograr la calidad en productos y servicios, como un imperativo para no sucumbir ante el peso y fuerza de la competencia, de una parte, y por otra ante la necesidad y exigencia cada vez mayores de los usuarios (Malagon, 2006).

Desde hace ya algunos años la calidad se ha convertido en un emblema tanto por personas, como por organizaciones de los más diversos sectores y tendencias, hoy en día se habla de calidad y múltiples filosofías, conceptos y técnicas relacionadas con ella (Ruiz, 2003).

En la actualidad las organizaciones, empresas o industrias imponen como un ejercicio puntual el mejoramiento continuo de la calidad, como la mejor estrategia para prevenir fallas y si se presentan, corregirlas oportunamente como una disciplina de cabal cumplimiento (Malagon, 2006).

Hoy en día la preocupación por la calidad forma parte de la cultura ya que día a día hay una exigencia mayor con los servicios que la sociedad ofrece, se busca satisfacer las necesidades obteniendo la mejor calidad posible es por eso que actualmente la calidad juega un papel primordial dentro de las organizaciones.

De acuerdo con los servicios de salud, el desarrollo de la vida actual y el pensamiento científico lleva a considerar la salud como un área del conocimiento susceptible de medir los resultados de la atención y el quehacer de sus profesionales que tienen la obligación de proveer servicios de salud de calidad (Álvarez, 2003).

La palabra calidad deriva del latín “qualitem”, que significa atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes o servicios; implica la excelencia, sin olvidar que algo excelente no es algo caro y lujoso sino adecuado para su uso, algo que satisface las necesidades y expectativas del cliente Álvarez (2003 en Ruiz, 2003).

La Norma Mexicana de Sistemas de Calidad, NMC CC-1, define a la calidad como el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades implícitas o explícitas preestablecidas. (Mendoza, 2000).

De acuerdo a Ferrer (2002), para la organización, la calidad es cuestión de supervivencia. Para el empleado, es el reconocimiento de su trabajo como algo satisfactorio. Para el cliente, es el servicio que satisface sus necesidades y expectativas.

La calidad depende de un juicio que el cliente realiza, el cual puede ser un juicio por el producto o el servicio, según las características de su uso y de la urgencia de poseerlo.

El concepto de calidad no está definido totalmente, porque para cada autor existen significados diferentes, pero en general la calidad son aquellas cualidades con las que cuenta un servicio, producto u objeto, donde su objetivo principal es satisfacer las necesidades del usuario, viéndose reflejado en su satisfacción, tanto en sus emociones, actitudes y comportamiento, que lo van a llevar a la sensación de que se han cubierto sus expectativas.

El concepto de calidad en salud ha sido variable, pero sin lugar a duda siempre ha estado ligado a las necesidades de las personas, ya sea en forma individual o colectiva. La

evolución del concepto de calidad en los servicios de salud ha estado unida principalmente al avance de los conocimientos científicos.

En los servicios de salud la calidad está relacionada con el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición Álvarez (2003 en Ruiz, 2003).

En el caso de las instituciones de servicios de salud, la calidad siempre ha aparecido como un intangible. De acuerdo a Avedis Donabedian (1996) de la Escuela de Salud Pública de Michigan, la calidad en los servicios de salud es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos.

De acuerdo a Avedis Donabedian (1996) la calidad se define como el logro de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente. Estos beneficios posibles se definen en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos y a los valores sociales imperantes con que se cuenta para proporcionar la atención.

Se entiende por calidad en la prestación de los servicios de salud, las características con que se prestan dichos servicios, la cual esta determinada por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario. La calidad técnica en los servicios de salud, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad, es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio mas favorable de riesgos y beneficios. (Donabedian, 1996)

Ha existido una gran evolución en lo que se refiere a satisfacer las necesidades del consumidor, y por lo tanto también es importante reconocer que la satisfacción del cliente no sólo está relacionada con recibir un servicio, sino también tiene que ver con aspectos culturales, económicos, una calidad esperada y una calidad proporcionada. (Donabedian, 1996)

Existen dos modelos dentro del concepto de calidad, el modelo industrial y el de servicios de salud. De acuerdo con Donabedian (1996) una característica que distingue el modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro de la calidad. Es el

consumidor quien, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas.

El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura. En el modelo industrial los costos forman parte de la definición de la calidad porque la mente del cliente, precio y calidad están interrelacionados.

En el modelo de atención de salud existe la obligación de reconocer la satisfacción del cliente mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención en salud (Donabedian, 1996).

En este sentido la calidad dentro de los servicios de salud juega un papel de importancia, ya que existe una gran responsabilidad hacia los usuarios y a la sociedad misma, pues se está hablando de un servicio, que incluye diversos factores tanto físicos, técnicos, científicos, administrativos de comunicación y relaciones humanas entre otros que finalmente buscan el bienestar integro de la persona.

La calidad dentro de una organización es el resultado de su planeación estratégica, de la ingeniería de procesos, del mejoramiento continuo y progresivo en todos los aspectos, del exigente control y las auditorías interna y externa.

De acuerdo con los criterios del Sistema de Atención en Salud que tenga un país, las entidades que prestan los servicios de salud, se clasifican por niveles de complejidad de atención con el fin de racionalizar la atención médica y proporcionar el volumen y la calidad de las actividades que exija la problemática de los usuarios.

Un nivel de atención está determinado por la complejidad de la patología y las variables que cada sistema considere, como se mencionó anteriormente existen tres niveles de atención, teniendo un papel primordial en la calidad del servicio (Barquín, 2003).

Primer nivel de atención: Su finalidad es la atención de la salud simple, pero continua, de poca complejidad y accesible a la población que habita en la comunidad o en sus inmediaciones. Las acciones deben tener calidad uniforme, ser capaces de atender cuando

menos 70% de los problemas que se presenten en el sistema, incluir la aceptación y participación de la comunidad, y lograr que esté satisfecha de acuerdo al desarrollo de mejores relaciones humanas.

Las actividades están dirigidas no sólo a la atención de los problemas, sino también a la modificación positiva del nivel de salud, por ello, deben abarcar tanto al ser humano como al ambiente y puede haber diversas modalidades, según el país, situación económica, social y grado de desarrollo.

En la práctica se requiere la conjugación de recursos médicos, de enfermería y de promoción social para realizar tareas como la detección de enfermedades, vigilancia epidemiológica y organización de la comunidad.

En el segundo nivel de atención de acuerdo con Barquín (2003): Debe disponerse de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el primer nivel; para ello se debe contar con capacidad para:

- a) Atender y resolver problemas medicoquirúrgicos en 12% de los casos que requieren técnicas y servicios de cierta complejidad a cargo de personal capacitado y con experiencia y equipo adecuado.
- b) Atender y resolver los problemas ambientales en aspectos de control y vigilancia, para evitar daños directos a la salud debido a los agentes patógenos y sustancias tóxicas.
- c) Según la información generada por el sector, realizar la función de vigilancia epidemiológica y establecer los subsistemas necesarios para tener conocimiento oportuno de los daños a la salud, precisar sus dimensiones, profundizar en el conocimiento de sus variables y establecer las medidas adecuadas de atención a los individuos y al ambiente conforme a los problemas detectados.
- d) En este nivel se suman las acciones y recursos de la estructura de salud pública en un área geográfica, para lo cual se requieren servicios de coordinación, dirección y control. Esto representa la integración de un nivel administrativo cuyo número de recursos y población por atender sea acorde con el nivel operativo regional.

Tercer nivel de atención: Este nivel de atención tiene como finalidad resolver el restante 80% de la demanda de consulta y la hospitalización de alta especialidad que se presenta en la población y que requiere de servicios muy complejos; sus unidades de atención médica para operara adecuadamente y con eficacia deben de tener una amplia área de influencia y estar ubicadas en una zona urbana a fin de conjugar los recursos humanos y materiales necesarios; pueden incluir una población de varios millones, con una isócrona máxima de dos horas por los medios habituales de transporte (Barquín, 2003).

El tercer nivel de atención tiene las siguientes características:

- Atiende problemas de salud poco frecuentes pero muy complejos.
- Asiste a pacientes a los que se les proporciona atención episódica, la mayoría referidos por los demás niveles de atención.
- Emplea tecnología compleja y muy especializada.
- Requiere personal altamente certificado en áreas específicas.
- Realiza investigaciones biomédicas y de servicios de salud de alto rango científico o académico.
- Forma especialistas en las áreas propias del hospital.
- Estudia y controla los factores ambientales que repercuten en la salud humana.

Es importante reconocer que los servicios de salud son un sistema que tiene la responsabilidad de cubrir las necesidades y lograr la cobertura universal y la eficiencia en los servicios de salud en el país.

En la actualidad existe el estímulo que resulta de los programas *Internacional Organization for Standarization (ISO)* que establecen pilares básicos, implementados por foros, seminarios e investigaciones hasta llegar a un nivel ideal que conduce a la mejor productividad y abren el camino para la más sana competencia (Malagon, 2006).

La norma ISO 9000 establece los requisitos mínimos con los que debe contar el sistema de gestión de la calidad de una organización prestadora de servicios de salud. Este sistema de gestión puede evaluarse y llevar a la certificación por parte de un organismo certificador acreditado reconocido internacionalmente (Malagon, 2006).

La base fundamental de la norma internacional es ofrecer confianza a los usuarios, ya que principalmente hace énfasis en los clientes considerando su satisfacción como uno

de sus derechos primordiales dentro de los servicios de salud, dando como principal énfasis el mejoramiento continuo dentro de las organizaciones.

Es importante reconocer que la satisfacción que los usuarios esperan tener es de cabal importancia dentro de las organizaciones prestadoras de servicios de salud, ya que en los últimos años, la satisfacción de la sociedad respecto a sus servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de valor creciente en la investigación en servicios sanitarios (Malagon, 2006).

Los programas de mejora de la calidad deben centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades, tomando en cuenta la diversidad de factores que influyen, como son el estilo de vida, las experiencias previas, los valores del individuo y de la sociedad.

El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad (Mira, 2000).

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboró un informe que está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y cómo proceder a su mejora. En él se señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio (Arita, 2006).

La OMS recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, ya que de no ser así, se deterioran rápidamente. Los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud, también es importante una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada. En esa gestión se deben considerar variables como la satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones de trabajo de los profesionales (Arita, 2006).

En nuestro país existen diversos factores que limitan la mejora de la calidad sanitaria dentro de las instituciones, entre las limitaciones se pueden mencionar las difíciles condiciones en los sitios de trabajo como son las malas instalaciones, la falta de equipo, la mala organización de las horas de trabajo y por supuesto los bajos salarios.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de salud tienen una influencia significativa sobre la calidad de vida laboral y sobre la calidad de servicio que prestan, generando consecuencias como accidentes, morbilidad y ausentismo laboral, así mismo, las actitudes que desarrollan los profesionales como prestadores de servicio hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen están asociados a los riesgos laborales de su entorno, siendo de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que los profesionales trabajan con personas (Arita, 2006).

Estos obstáculos llevan a impedir que se obtenga un servicio de calidad, por ello es importante tomar las medidas adecuadas que ayuden a resolver el problema, es de vital importancia entender que sucede en el personal sanitario, cuales son las causas y de que manera se pueden resolver para elevar la calidad de la atención en los servicios de salud.

#### **I.IV Calidad de vida de los profesionales de enfermería y sus consecuencias en la prestación del Servicio Médico**

De acuerdo con Sen (2004 en Romero, Mesa & Galindo, 2008) la calidad de vida se evalúa en términos de capacidades, oportunidades y funcionamientos que permiten a las personas sentir placer, satisfacer sus preferencias y alcanzar metas sociales e ideales de buena vida siendo:

- Capacidades: Son aquellas habilidades humanas y elementos constitutivos del ser, que sirven para alcanzar estados valiosos como el bienestar y la libertad a través de varios quehaceres.
- Funcionamientos: Son herramientas otorgadas por el medio para hacer uso de esas capacidades.
- Oportunidades: Corresponden a aquello que las personas son realmente capaces de alcanzar.

Cuando los niveles de bienestar de las enfermeras se afectan negativamente, repercute en su capacidad de participación, en la educación y la salud, dejando consecuencias en su desarrollo personal y social, perdiéndose sus capacidades humanas para el desarrollo de la creatividad y el crecimiento humano (Romero, Mesa & Galindo, 2008).

De acuerdo con las investigaciones que se presentaron en el XVIII Coloquio Nacional de Investigación en enfermería en el año 2007, existen situaciones reales de retroceso, tales como: la pérdida de estabilidad laboral, las prestaciones sociales, los recargos nocturnos y festivos; el incremento de las jornadas laborales y el trabajo en condiciones de alto riesgo laboral, social, ético y moral (Mesa, 2007).

Las profesionales de enfermería reciben un trato laboral indigno y no se les reconoce la inversión social que la familia y la sociedad han puesto en la formación de dicho talento humano; se les trata como innecesarias y sustituibles por un personal más barato, por ello recurren a remplazarlas en algunas de sus funciones por auxiliares de enfermería que no son garantía de calidad (Mesa 2007).

Es evidente que el cuidado de enfermería se encuentra entre condiciones que profundizan exclusiones del derecho a la salud, pero por otro lado se encuentran manifestaciones que resisten a la pérdida de sentido humano de quienes están inmersos en la cotidianidad de ambientes de trabajo que reducen el desarrollo humano a la subsistencia y la calidad de vida a bajos niveles de ingresos (Romero, 2007).

En una encuesta llevada a cabo en el XVI Congreso Nacional de Enfermería 2005 (Romero, Mesa & Galindo, 2008), en donde hubo una asistencia de 22,500 profesionales de enfermería, se tomó una muestra de 300 participantes entre los cuales el 94% fueron mujeres y el 6% eran hombres, el 80% de los encuestados refieren tener 1 o más personas a su cargo de éstas, el 27% tienen entre 3 y 6 personas, el 47% son cabeza de familia y el 49% reporta tener agotamiento o cansancio psíquico producto de las condiciones y altas cargas de trabajo, aunado a lo anterior se agrega la sobrecarga que como mujeres tienen que sumir en el cuidado familiar.

Dentro de las consecuencias negativas señaladas por la población de estudio, durante el ejercicio del rol profesional de enfermería, se encuentra que el estrés, el cansancio y el agotamiento son las manifestaciones físicas de mayor calificación, expresándose en lo físico, un 75%; en lo psíquico, un 49% en lo intelectual, un 25%; en lo afectivo un 12% y sexualmente un 8% (Romero, Mesa & Galindo, 2008).

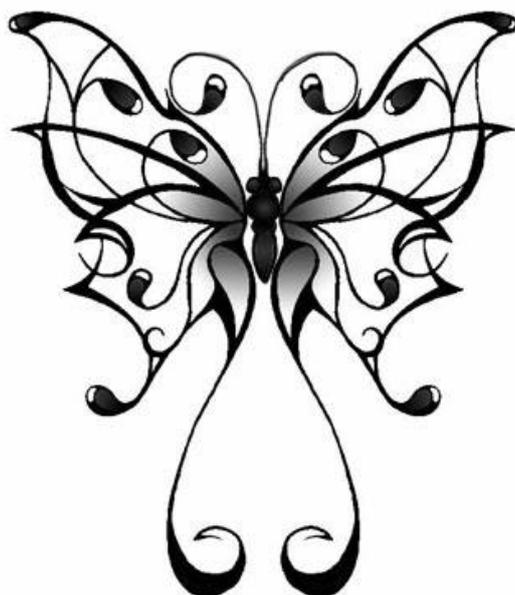
Por otro lado las profesionales opinan que su rol no se centra en el cuidado directo de las personas y colectivos, porque la concepción y práctica del cuidado de enfermería ha cambiado con las reformas en salud, según la opinión del 76%. En esta perspectiva, el 73% de las encuestadas refieren que en el actual Sistema de General de Seguridad Social en

Salud la calidad del cuidado ha empeorado, de igual forma el 65% consideran que el Status profesional también ha empeorado (Romero, Mesa & Galindo, 2008).

La calidad de vida de los profesionales de enfermería, demuestra que la relación entre carencias y potencialidades presenta un desbalance hacia el empobrecimiento en la realización de sus necesidades humanas. Los datos más evidentes están relacionados con que el 85% de los profesionales refieren satisfacer la necesidad de subsistencia postergando las demás necesidades, como el afecto, el ocio y el entendimiento, entre otras (Romero, 2007).

Todos estos factores que empobrecen el ejercicio de enfermería no se limitan a su entorno laboral y familiar, sino que trasciende a los actos del cuidado de enfermería, percibiendo cambios de rumbos conceptuales y prácticos que se generan en el marco de las reformas en salud y de las políticas de flexibilidad laboral.

El perfil de calidad de vida de estos profesionales plantea revisar si el número de enfermeras que tienen las instituciones de salud es el necesario, si sus niveles de competencias y formación están siendo subutilizados, si las jornadas laborales permiten más eficiencia y seguridad en el cuidado y si sus condiciones laborales dignifican su condición humana, ya que ningún sistema de salud puede ser eficiente y digno de sus postulados, si sus profesionales viven escasamente para la sobrevivencia día tras día y postergan su pleno desarrollo a escala humana.



*CAPÍTULO 2.*  
*SÍNDROME DE BURNOUT*

## **Capítulo II**

### **Síndrome de Burnout**

#### **II.I Antecedentes del Síndrome de Burnout**

Las primeras conceptualizaciones del síndrome de Burnout fueron realizadas en el año de 1974 por Freudenberg, quien hace referencia a un tipo de estrés laboral generado específicamente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa.

Freudenberg en 1974 observó que la mayoría de los voluntarios que trabajaban en una clínica para toxicómanos en Nueva York, sufrían una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación y agresividad a los pacientes (Almendro, 2001).

Identificó cambios en otros profesionales como psicólogos, médicos, enfermeras, asistentes sociales y dentistas, que después de cierto tiempo de intensa implicación con sus pacientes, perdían mucho idealismo y su empatía hacia ellos; esto ocurría principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida a otras personas (Gómez, 2005).

Para denominar este fenómeno el autor utilizó el término Burnout, y explicó el proceso de deterioro de la calidad de los cuidados profesionales que se entregaban a los usuarios del servicio y describió un síndrome particular, asociado a un grupo de estresores relacionados con las tensiones de origen social e interpersonal (Cordeiro, 2003).

Se han hecho varios intentos a través del tiempo de definir un concepto tan ambiguo como el Burnout, sobre todo dentro de la investigación en castellano al no existir una traducción literal del inglés que sea adecuada. Dentro de los distintos términos en castellano que se han propuesto están: síndrome por quemarse en el trabajo, síndrome de desgaste, síndrome del quemado, síndrome de burnout. diferentes personas utilizan el término para referirse a cosas distintas por lo que no siempre existió la base para una comunicación constructiva sobre el problema Gil- Monte (2002, en Uribe, 2008).

A raíz de trabajos de Maslach y Jackson, fruto de la aplicación del MBI, el fenómeno ha sido definido como un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización en el trabajo (tendencia a una autoevaluación negativa, especialmente en relación a la habilidad

para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende), alto agotamiento emocional (incapacidad para brindar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo) (Maslach, 2001).

En esencia, el Burnout es un agotamiento físico y/o mental, usualmente causado por estrés laboral siendo los médicos los trabajadores que con mayor frecuencia lo presentan dentro de los profesionales de la salud. Sin embargo, ha existido un consenso tácito sobre las dimensiones principales del fenómeno, lo que llevo en 1982 a que se postulara una teoría multidimensional del Burnout cuyos principios aun predominan en la investigación del tema Zalaquette y Wood (1997, en Uribe, 2008).

La investigación más empírica sobre el Burnout fue iniciada por Maslach y su colega Jackson a partir de 1980, cuando estudiaban la activación de la emoción producto de las relaciones interpersonales, y cómo las personas se adaptan a ello. Para esto, realizaron diversas entrevistas con profesionales que podían tener más probabilidad de sufrir activación, por lo que se seleccionaron ha aquellos que trabajaban en cargos dedicados al servicio y asistencia a personas con problemas (Maslach, 2001).

Los resultados obtenidos por Maslach y Jackson (1981) se limitaron únicamente al estudio del síndrome en profesiones relacionadas con el servicio y asistencia a clientes, por ello la mayor parte de estas investigaciones entendían al Burnout como una enfermedad asociada exclusivamente a este tipo de actividad (Cordes & Dougherty, 1993).

En la actualidad se ha superado dicho sesgo, ya que a lo largo de las diversas investigaciones realizadas se ha observado que el Burnout puede desarrollarse en profesiones cuyo trabajo no conlleve necesariamente contacto directo con personas. Sin embargo, se sabe que las profesiones que presentan una mayor vulnerabilidad al síndrome son aquellas relacionadas con la salud, educación, atención psicológica y psiquiatría (Cordes y Dougherty, 1993).

Con el paso del tiempo la definición del Síndrome ha evolucionado. En 1974 Freudenberger describió al Burnout como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador, que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral, ya que este síndrome es el que puede provocar dichas reacciones (Bosqued, 2005).

Freudenberger afirmaba que el Burnout era el síndrome que ocasionaba la adicción al trabajo, que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva, tales como endurecimiento psicológico, sentimiento irreversible de desvinculación o desapego y una pérdida total del interés en su trabajo (Bosqued, 2005).

Pines y Kafry (1981, en Maslach, 2001) definen al Burnout como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal que posteriormente tendría un desarrollo más completo y que influiría en los planteamientos teóricos de diversos autores.

Chemiss (1980) fue uno de los primeros autores que enfatizó la importancia del trabajo como antecedente en la aparición del Burnout y lo define como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas. Menciona que el síndrome de Burnout es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo y agotamiento psicológico, destacando tres momentos: desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés); respuesta emocional a corto plazo ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión); cambios en actitudes y conductas.

Otros autores que aportan una definición de Burnout en esta misma línea son Edelwich y Brodsky (1980, en Bosqued, 2005) que lo definen como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo.

Al paso del tiempo se ha ido clarificando la naturaleza del síndrome, principalmente con el trabajo de Maslach (1977) quien incorpora conceptos como fatiga emocional, despersonalización y logro personal reducido, que pueden ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes en donde hay un agotamiento emocional excesivo en los profesionales.

Así, Maslach (1977) lo define como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal que aparecería en el contexto laboral y que se le describe como un constructo trifactorial. Estos factores son:

- Agotamiento emocional: Se describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión en la medida en que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Cordes, 1993).

De acuerdo con Maslach (1977) el agotamiento no es simplemente experimentado, sino que genera en las personas la necesidad de realizar acciones para distanciarse emocionalmente y cognitivamente del trabajo, presumiblemente como una forma de lidiar con la sobrecarga.

- Despersonalización: La dimensión de despersonalización o cinismo, da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atienden a los colegas del trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Cordes, 1993).

Esta dimensión hace referencia al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre si misma y al que recibe el servicio por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos y comprometidos con las personas (Maslach, 2001).

Básicamente se refiere a la deshumanización del individuo, el cual se torna cínico a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando de forma distante e impersonal.

- Insatisfacción laboral o falta de realización personal: Alude a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo y autocalificándose negativamente (Cordes, 1993).

Esta dimensión describe la tendencia a autoevaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. Así mismo, se tiene la constante sensación de

falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach, 1997).

La teoría establecida acerca del síndrome de Burnout manifiesta que éste se considera como un trastorno adaptativo crónico, en asociación con las demandas psicosociales de trabajar directamente con personas. Se requiere al menos seis meses de periodo desadaptativo o puede ocasionarse tanto por un excesivo grado de exigencias como escasez de recursos (Gómez, 2005).

El Burnout es un síndrome que afecta directamente a los valores y la esperanza de las personas, provocando cuestionamientos existenciales y vocacionales, el Burnout afecta a todo tipo de personalidades, pese a que hay unas más vulnerables que otras. Es así como se considera que el síndrome de Burnout es precedido por el estrés, siendo una etapa final de un curso crónico.

## **II.II El proceso del Síndrome de Burnout y Consecuencias**

Actualmente, el trabajo y las actividades cotidianas representan una parte sustancial de la vida, donde se pasa la mayor parte del tiempo y donde se enfrentan situaciones de demanda constante. Lo más relevante es el desgaste físico y emocional que día a día se experimenta. Se debe reconocer que el desgaste psicológico se genera por las actividades como aglomeraciones, transporte, alimentación e insalubridad.

Estas demandas emocionales, son causadas por una combinación de expectativas altas y situaciones de estrés crónico; entre ellas la toma de decisiones que son un factor relevante por su significado en las actividades laborales, la enorme responsabilidad de algunos trabajos al tener que ver con la asistencia y con la vida de los demás, así como también, del exceso de carga de trabajo, entre otros.

Aunado a lo anterior la actividad laboral es un proceso cotidiano y continuo al que se enfrenta de la misma manera día tras día, cuando la actividad representa una amenaza que supera las capacidades del individuo, el proceso de estrés se vuelve crónico, generando así la manifestación del síndrome de Burnout.

Grau (1998, en Arita, 2006) menciona que el síndrome Burnout es un mecanismo particular de afrontamiento de estrés laboral, que a medida que se hace crónico y fallan las estrategias funcionales de afrontamiento se va manifestando.

En la actualidad se ha propuesto un modelo tridimensional de Leiter y Maslach (1988, en Uribe, 2002) el cual señala que el síndrome se desarrolla en cuatro fases, la secuencia se inicia con el cansancio emocional producto del desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales, posteriormente se genera la despersonalización, que se convierte en una salida a la situación creada y finalmente concluye en la falta de realización personal, resultado de la confrontación entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en el trabajo asistencial o de atención al público.

Figura 2.1. Proceso de Leiter y Maslach (1988, en Uribe, 2002)

Etapa	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Cansancio Emocional	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Despersonalización	Baja	Alta	Baja	Alta
Realización Personal	Baja	Baja	Baja	Alta

Figura 2.1. Modelo tridimensional de Leiter y Maslach en el que se muestra el desarrollo del síndrome de Burnout en sus cuatro etapas (Uribe, 2002).

Existen diversos tipos de manifestaciones que se pueden considerar como síntomas o signos de alarma del síndrome de Burnout, los cuales son importantes identificarlos para prevenir y resolver esta enfermedad, entre ellos se destacan Rocha (2002):

- Negación y aislamiento: Dentro de la negación la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema. En el aislamiento, es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, sus colegas y amigos.
- Ansiedad y miedo: En la ansiedad se presenta una sensación persistente que tiene el profesional de que algo va a suceder. En el miedo hay una sensación muy poderosa de angustia por ir al trabajo.
- Depresión e ira: La depresión es uno de los síntomas más peligrosos, ya que puede llevar al suicidio, y es uno de los datos más característicos del síndrome. La ira incluye perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado respecto de la causa que es motivo del disgusto, al tratar con otros médicos, con los pacientes o con las enfermeras.
- Fuga y adicciones: En la fuga o anulación, el profesional llega tarde al trabajo o muestra desinterés en éste. Con las adicciones se inicia o aumenta el consumo de sustancias, ni siquiera prohibidas, simplemente tabaco o alcohol.
- Cambios de personalidad y culpabilidad: En los cambios de personalidad se presenta incapacidad para confiar en el individuo. Con la culpabilidad el profesional siente que la actividad que desarrolla es prácticamente un castigo, o bien, tiene un sentimiento exagerado de ser indispensable en el trabajo.
- Sensación de desilusión y abandono de sí mismo: Con la impresión de estar desbordados y con la desilusión, se percibe la sensación de no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio y se siente con fatiga crónica. En cuanto al abandono de sí mismo, se presenta un cambio en la pulcritud que debe tener la persona al vestir, en su arreglo e higiene personal. Hay cambios en los hábitos alimenticios, con pérdida o ganancia exagerada de peso.
- Pérdida de memoria y desorganización: Existe dificultad para concentrarse y aprender, no se pueden recordar eventos importantes y puede haber trastornos del sueño (Rocha, 2002).

Dentro de los síntomas fisiológicos, Bosqued (2005) menciona el cansancio y fatiga crónicos que no se solucionan con el descanso de fines de semana, puentes y vacaciones, puesto que el simple hecho de la vuelta al trabajo provoca que aparezcan y, en ocasiones, con mayor intensidad que antes. También menciona la presencia de insomnio, cefaleas, dolores músculo esquelético, taquicardias, alteraciones gastrointestinales como gastritis, estreñimiento y aumento de la presión arterial.

Estos síntomas a diferencia de los trabajos físicos en los profesionales son de carácter psicosocial y afectan la calidad de vida laboral y la calidad de los servicios ofrecidos por ellos, además de manifestarse mediante las actitudes desarrolladas hacia los usuarios de las organizaciones. Así mismo, otros autores han explicado las fases del síndrome como se muestra en la figura 2.2.

Figura 2.2. Fases del Síndrome de Burnout

	Chernis (1980)	Bosqued (2005)	Corsi (2008)
Fase 1	Se produce un desequilibrio entre las demandas laborales, los recursos personales y emocionales para afrontarlas y las gratificaciones obtenidas por el esfuerzo.	Síntomas de insatisfacción laboral y cansancio, disminución en el rendimiento laboral y la eficacia del trabajo realizado.	Se presenta Agotamiento emocional, caracterizado por una pérdida progresiva de las energías vitales y las personas se vuelven irritables.
Fase 2	El sujeto comienza a experimentar síntomas de tensión psicofisiológica, desequilibrio emocional y cierta desgana y desmotivación hacia el trabajo.	Intensificación de los síntomas de la fase 1, se generan problemas en el sueño, dificultad de concentración, pesimismo, y disminución del deseo sexual	Se presenta despersonalización y en las personas se incrementa la sensación de agotamiento y se alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.
Fase 3	Se produce una modificación de actitud hacia el trabajo y se presenta una desmotivación hacia aspectos de la vida personal y familiar.	La productividad laboral disminuye marcadamente, aumentando el ausentismo laboral. Se presenta abuso de alcohol y de psicofármacos.	Se caracteriza por el abandono de la realización personal, en el cual las personas realizan un retiro de todas las actividades que no sean laborales y presentan una pérdida de ideales.
Fase 4		El individuo deja de encontrar sentido al trabajo y a la profesión. Siente que ha fracasado y presenta síntomas depresivos.	

Figura 2.2. Fases del síndrome de Burnout, basado en Bosqued (2005) y Corsi (2008).

Todas estas manifestaciones en el individuo ocasionan alteraciones en su adaptación presentando consecuencias en diversas áreas que de acuerdo con Gil- Monte y Peiró (1997) son las siguientes:

- *Consecuencias para el individuo:* Consideradas desde la perspectiva individual, las consecuencias del estrés asociado al síndrome produce un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral.
- *Consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales:* Las consecuencias del síndrome de Burnout sobre las relaciones interpersonales se asocian a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por el sujeto como el cinismo, no verbalizar, agresividad, aislamiento y agotamiento emocional, lo cual aumenta el índice de deterioro de las relaciones y un aumento de los conflictos interpersonales.
- *Consecuencias para la organización:* Entre las consecuencias más importantes que repercuten sobre los objetivos y resultados de las organizaciones cabe citar la satisfacción laboral disminuida, el absentismo laboral elevado, la propensión al abandono del puesto y/o de la organización, la baja implicación laboral, el bajo interés por las actividades laborales, el deterioro de la calidad de servicio de la organización, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización, el aumento de la rotación laboral no deseada, y el aumento de accidentes laborales.
- *Daños a la satisfacción laboral:* La satisfacción laboral se ha considerado una consecuencia actitudinal del estrés laboral. Es uno de los indicadores más clásicos y a los que con mayor frecuencia se recurre cuando se persigue conocer la actitud general de las personas hacia su vida laboral. Esto se debe a que el grado de satisfacción puede afectar a la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan los sujetos, además de incidir sobre otros aspectos como el absentismo laboral, los retrasos de la incorporación al puesto de trabajo, la propensión a abandonar la organización.
- *Propensión al abandono de la organización:* El abandono de la organización por parte de los sujetos va a tener importantes consecuencias negativas, entre esas consecuencias se pueden incluir gastos económicos, pérdida de eficacia y eficiencia

de la organización para conseguir sus objetivos, alteración de las redes de comunicación, implantación inadecuada de políticas organizacionales, etc.

- *Deterioro de la calidad de servicio en la organización:* El deterioro de la calidad del servicio se deriva de las actitudes de despersonalización, disminución de la satisfacción y motivación laboral, junto con el deterioro del rendimiento de los profesionales en el trabajo, especialmente en lo que a calidad se refiere, y el incremento de la frustración va a generar el desarrollo de actitudes poco positivas y de desinterés.

Los profesionales se enfrentan diariamente al estrés por diversas causas, tanto de carácter organizacional como propio de las tareas a realizar, que en algún momento determinado pueden generar daños irreversibles, por ello es importante que sean identificados para poder mantener un equilibrio en su actividad y brindar los cuidados de calidad profesional que los clientes demandan.

### **II.III Factores desencadenantes asociados con el Síndrome de Burnout**

Se sabe que la calidad de vida en el trabajo actúa sobre aspectos importantes para el desempeño psicológico y socioprofesional del individuo, y que produce motivación para su trabajo, capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente laboral, creatividad y voluntad para innovar o aceptar reformas a la organización. De acuerdo con esto, si la calidad de vida es pobre, puede generar insatisfacción y comportamiento inadecuado como errores en el desempeño, ausentismo y falta de eficacia.

Por esta razón, es importante conocer todos los factores que en algún momento dado pudieran desatar el estrés y generar daños a la salud de los trabajadores.

Existen diferentes factores desencadenantes del síndrome de Burnout, entre ellos se encuentran los que están relacionados con las características del cargo que desarrolla la persona en el lugar de trabajo. Este factor es uno de los más relevantes, ya que se refiere a las características propias de la relación entre el trabajador y el cliente y las que están relacionadas con el rol que se espera que cumpla (Cordes, 1993).

Por un lado, los cargos que se caracterizan por interacciones con el cliente de forma directa, frecuente, larga o con clientes que tienen problemas crónicos, son asociados con niveles altos de Burnout (Cordes, 1993).

Los conflictos, la ambigüedad de rol y la sobrecarga exigida por el rol desempeñado, son variables que dejan vulnerable al síndrome de Burnout, si hay presencia de conflicto, como resultado de incongruencia o incompatibilidad al ejercer el rol y tratar de cumplir las expectativas asociadas a él, la persona sería vulnerable a la presencia del Burnout (Cordes, 1993).

Se ha observado que el conflicto de rol tiene relación con los factores o dimensiones de Burnout, en especial de agotamiento emocional y manifestación de conductas de cinismo y despersonalización, así mismo el rol es ambiguo, en donde hay gran necesidad de certeza y predictibilidad y las personas no cuentan con la información ni claridad suficiente en los procedimientos para desempeñarse en su trabajo (Guerrero, 2001).

En relación a las características de la organización, cuando presentan un clima poco satisfactorio para las personas que ahí laboran, la forma en que está definido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son dificultosas, las personas están en riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout (Cheverría, 2007).

Generalmente el ambiente de trabajo, tiende a culpar al trabajador como responsable del síndrome de Burnout que sufre y se le encamina a buscar soluciones personales. Esta visión parece ser compartida por el trabajador, ya que las personas tienden a asumir su vivencia del síndrome de Burnout en términos personales (Cordes, 1997).

Otros autores como Nuñez (2006) y Ríos y Hill (2006) hablan de factores como:

Figura 2.3. Factores desencadenantes del Síndrome de Burnout

Autor	Año	Factores
Nuñez	2006	<p>Personales: Estas son condiciones inherentes al personal de salud que le impide ejercer su función con tranquilidad y efectividad. En general, se encuentran en personas propensas al estrés, con poca tolerancia a la abstracción, al liderazgo y a la toma de decisiones.</p>
		<p>Ambientales: Los factores ambientales son condiciones físicas externas que alteran el curso normal de la labor profesional en la salud debido a que distorsionan la concentración y tranquilidad que el personal requiere para ejecutar su labor de manera optima.</p>
		<p>Condición de trabajo: Las condiciones de trabajo dependen de la Institución donde se realiza la actividad profesional. Dentro de estas se encuentran factores como la responsabilidad en el trabajo, la interrupción frecuente en la realización de la tarea y recibir de manera constante críticas de otras personas.</p>
Ríos & Hill	2006	<p>La edad: Se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a este, siendo éstos los primeros años de carrera profesional, pues sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las prometidas ni las esperadas.</p>
		<p>Genero: El género femenino sería el grupo más vulnerable por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.</p>

Figura 2.3. Factores relevantes que desencadenan el síndrome de Burnout basado en Nuñez (2006); Ríos y Hill (2006).

De acuerdo con Barria (2002, en Ríos & Hill, 2006) aún cuando el síndrome de Burnout se ha asociado más con las personas que no tienen pareja estable, no hay acuerdo unánime al respecto, parece que las personas solteras tienen un mayor cansancio emocional, menor realización personal y más despersonalización que quienes están casadas o que conviven con parejas estables. En este mismo orden, la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres a ser personas más maduras y estables.

La presencia de familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad de afrontar problemas personales y conflictos y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

Respecto a la antigüedad laboral se ha encontrado una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, el primero corresponde a los dos primeros años de carrera profesional y el segundo a los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome (Ríos & Hill 2006).

Fenning (1991, en Ríos & Hill, 2006) encuentra una relación inversa, debido a que los sujetos que más experimentan el síndrome acabarían por abandonar su carrera, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos síndrome de Burnout desarrollaron y por ello siguen presentes.

Quienes trabajan directamente con personas, se ven expuestas a una serie de estresores organizacionales que, según como se vivan, resuelvan y enfrenten, determinarán la respuesta individual al estrés, esta respuesta puede dar lugar a comportamientos adaptativos, que conducen necesariamente al aprendizaje y la satisfacción profesional, o a comportamientos desadaptativos que provocan el desgaste y la insatisfacción profesional.

## **II.IV Diagnóstico y evaluación del Síndrome de Burnout**

Las distintas escalas elaboradas para la evaluación del síndrome de Burnout se diferencian según la calidad de estudios psicométricos realizados sobre ellas, y el volumen de investigaciones que se han generado (Gil-Monte & Peiró 1997).

El diagnóstico y la evaluación son imprescindibles para decidir cuándo, dónde y sobre quien se debe de intervenir si se presenta el síndrome de Burnout, para ello existen procedimientos cuantitativos y cualitativos.

Los procedimientos cualitativos consisten en la realización de entrevistas al trabajador, en la cual se interrogan los síntomas que percibe, como se siente respecto al trabajo, su relación con sus compañeros, con los clientes, etc.

Mientras que los procedimientos cuantitativos consisten en la aplicación de pruebas psicométricas para determinar el grado de incidencia de la patología además de saber cuales son los antecedentes más relevantes que originan el desarrollo de esta; por consiguiente es conveniente realizar un estudio diferencial utilizando los criterios normativos de las escalas, los cuales deben analizarse mediante índices estadísticos que permitan

identificar el grado de asociación entre las fuentes de estrés, los síntomas del Síndrome de Burnout , y sus consecuencias (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Para diagnosticar el síndrome de Burnout al igual que cualquier afección se requiere identificar los síntomas que tiene el individuo para determinar su perfil, y diferenciarlo de otras afecciones. Por lo que el objetivo de entrevistar al trabajador es averiguar si existe un deterioro de la salud, cómo a ocurrido este, y cuales son sus causas.

Entre los instrumentos más conocidos se encuentran (Lozano, 2010):

- Maslach Burnout Inventory-MPI Maslach & Jackson, 1981,1086, (en Gil-Monte & Peiró, 1999).
- Burnout Measure-BM- (Pines y Aronson, 1988; en Uribe, 2008)
- Teacher Stress Inventory –TSI- (Schutz & Long, 1988; en Uribe, 2008).
- Teacher Burnout Scale-TBS- Seiman & Zager, 1987, (en Buendía & Ramos, 2001; Uribe, 2008).
- Cuestionario Breve de Estrés, Satisfacción Laboral y Apoyo Social –EESSA- (Reig & Caruana, 1987; Uribe, 2008).
- El cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo CESQT (Gil-Monte, 2005), etc, (Uribe, 2008).

En México el más utilizado había utilizado el Maslach y Jackson (1981, 1986) que consta de 22 reactivos y se basa en los tres factores de Leiter, aunque diversos estudios han mostrado que presenta problemas de puntuación, clasificación de patologías, diagnostico en los niveles de Burnout, al igual que la diferencia entre las diferentes profesiones.

Uribe (2007) desarrolló la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo, compuesta por 110 reactivos, 30 teóricos que abordan los factores de agotamiento (9), despersonalización (9) e insatisfacción de logro (12); más 40 reactivos que evalúan trastornos psicósomáticos y 40 reactivos sociodemográficos.

## **II.V Tratamiento y Prevención**

Una de las causas del síndrome es la existencia de problemas organizativos en las empresas que pueden ser ocasionados por falta de comunicación vertical (directivo a empleado) y horizontal (entre los propios colegas).

Gill-Monte en 2005 menciona que para prevenir el síndrome de Burnout es necesario modificar las condiciones de trabajo por medio de la participación de los trabajadores así como la calidad de las relaciones interpersonales además de dotar a los trabajadores de habilidades y destrezas necesarias para el desempeño de su trabajo.

Los programas de prevención están recomendados sin importar el grado de afección del individuo y se debe considerar el entrenamiento a varios niveles los cuales no deben ser considerados como excluyentes sino como un complemento del otro (Gil-Monte 2005).

Fernández y Garrido en 1999 mencionan que cuando el paciente llega al sistema sanitario, se encuentra agotado psicológicamente y además de Burnout puede presentar trastornos depresivos, ansiedad o adaptativos, por esa razón se recomienda tratamiento farmacológico que debe incluir antidepresivos ansiolíticos o hipnóticos dependiendo de la sintomatología del paciente.

### **Estrategias de intervención para la prevención y afrontamiento del síndrome de Burnout.**

Las estrategias de intervención deben contemplar tres niveles (Ramírez, 2005)

- Individual.- Se recomienda la utilización del entrenamiento en solución de problemas, en el desarrollo de la afectividad, y en el manejo del tiempo libre.
- Grupal.- La estrategia por excelencia es la utilización del apoyo social en el trabajo, por parte de los compañeros y supervisores. Pues a través del apoyo social en el trabajo los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las poseídas, obteniendo refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de las tareas, así como apoyo emocional, consejos u otro tipo de ayuda.

- Organizacional.- Este nivel es de importancia debido a que el origen del problema está en el contexto laboral y por tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima organizacional.

Las estrategias más importantes que pueden ser implantadas desde la dirección de la organización son: los programas de socialización anticipada, la implantación de sistemas de evaluación y retroinformación, y los procesos de desarrollo organizacional.

Gil-Monte (2005) menciona que en las estrategias de intervención deben considerarse tres aspectos:

- Los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés.
- Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos profesionales.
- Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome.

### *Estrategias de afrontamiento*

De acuerdo a Lazarus (1991 en Franco, 1997) constituye una respuesta al estrés que tiene dos grandes funciones:

- Solucionar el problema: Implica cambiar el ambiente de alguna manera y/o cambiar de actividades.
- Actuar sobre las respuestas emocionales y físicas relacionadas con el estrés: Se aplica para mantener el ánimo y seguir funcionando esto utilizando diferentes mecanismos de defensa como la negación, la racionalización, la proyección y otros.

Se han establecido diversas taxonomías sobre estrategias de afrontamiento una de las más completas es la establecida por Lazarus y Folkman en 1991, contempla la distinción

entre estrategias de carácter cognitivo y conductual. El criterio de clasificación establece una taxonomía que consta de cuatro grupos de estrategias de afrontamiento (ver figura 2. 4)

Figura 2.4. Modelo de estrategias de afrontamiento

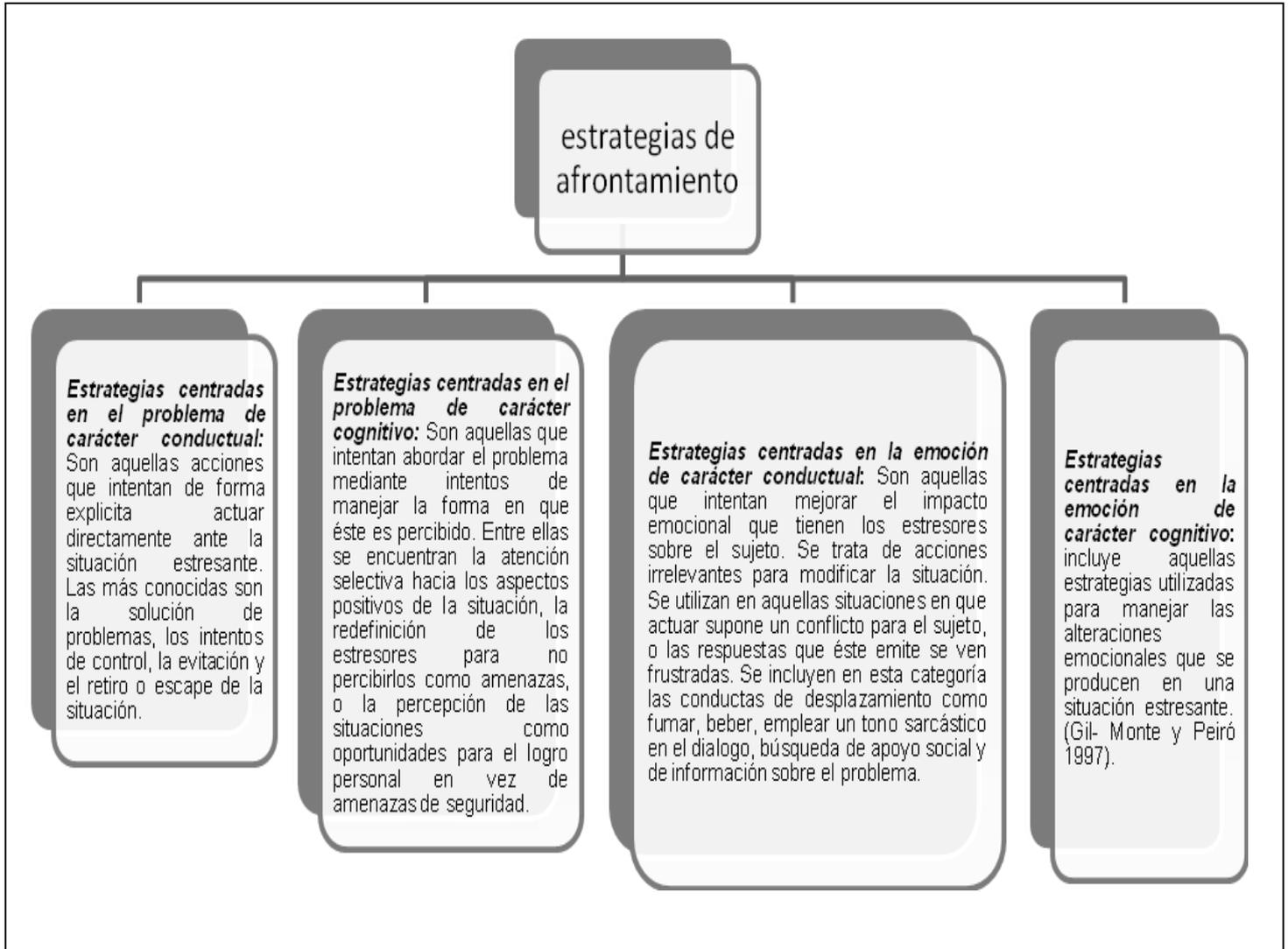


Figura 2.4. Modelo de la taxonomía de cuatro grupos de estrategias de afrontamiento al síndrome de Burnout, basado en Lazarus y Folkman, (1991).

El nivel individual debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés. El objetivo de esta intervención es que el individuo aprenda una serie de técnicas o estrategias que le permitan afrontar el estrés y prevenir sus consecuencias al margen de su entorno de trabajo (Ver figura 2.5).

Figura 2.5. Estrategias de Afrontamiento del estrés

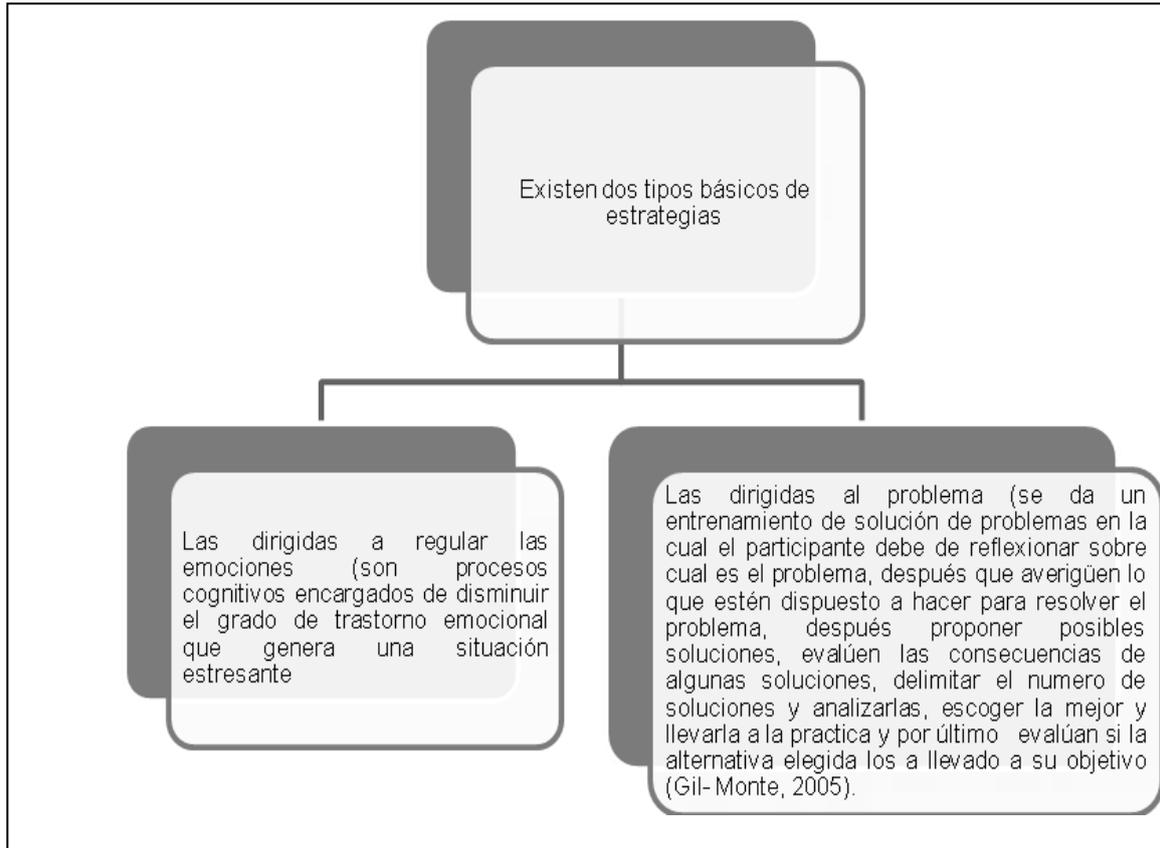


Figura 2.5. Modelo de las estrategias de afrontamiento al estrés basado en Gil-Monte (2005).

El nivel interpersonal considera los grupos de trabajo y la interacción social, por lo que debe incluir programas de formación sobre apoyo, habilidades sociales (en el caso de las profesiones del sector servicio se debe lograr que se asuma el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte fundamental de su trabajo), autoeficacia, liderazgo entre otros, al igual que dar apoyo social el cual es definido como la información que permite a las personas creer que:

- Otros se preocupan por ellos y los quieren.
- Son estimados y valorados.
- Pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Esto en seis formas diferentes de apoyo social como la escucha, el apoyo técnico, pensamientos de reto y desafío, haciendo reflexionar al individuo sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones, participar en realidad social con el individuo en cuestión sobre las creencias de si mismo (Gil- Monte, 2005).

Otros tipos de estrategias son los programas de entrenamiento para mejorar el tiempo de manera eficaz, los objetivos fundamentales de estos programas se dirigen a:

- Establecer prioridades para las actividades importantes que se deben realizar en horario disponible.
- Aumentar la cantidad de tiempo disponible para atender las actividades prioritarias.
- Reducir la percepción y frecuencia de las condiciones laborales de urgencia.

Otra estrategia es la de tener actividades socioculturales y recreativas que se organicen con los compañeros de trabajo en la organización. Esto es la realización de ejercicio, deporte, masajes, relajación, meditación, aunado de una dieta saludable, al igual que generar un cambio en el plan de vida terapia y cambio organizacional (Franco, 1997).

## **II.VI Profesiones que son afectadas por el Síndrome de Burnout**

El síndrome de Burnout se ha estudiado en diferentes profesiones en las que se ha observado que los trabajadores dedicados al servicio social están cada vez más vulnerables a los efectos del estrés sobre la salud en general y su relación con los problemas de salud mental, ausentismo laboral, afectando la productividad y la toma de decisiones en situaciones tan delicadas como la atención hacia los usuarios del servicio.

Algunas investigaciones arrojan que entre las profesiones más afectadas por el síndrome son: médicos, enfermeras, policías, profesores, estudiantes y todas aquellas que tienen que ver con el servicio a personas (Uribe, 2008).

Una de las investigaciones realizada en diferentes hospitales del IMSS en la cual se aplicó una encuesta a médicos, enfermeros, administrativos y a estudiantes de especialidades para conocer que tan alta era la incidencia del síndrome de Burnout en la cual los resultados fueron que entre el 50% y el 70% de ellos tenía todas las características de desgaste profesional (Uribe, 2008).

En la Ciudad de México, Hernández (2005) evaluó el nivel del síndrome de Burnout en 109 enfermeras del IMSS, obteniendo que el 67% de ellas presentaban Burnout en un nivel medio; los niveles bajo y alto se presentaron en 19% y 14% respectivamente.

Por su parte, Martínez y López (2005) estudiaron una muestra de 551 enfermeras y 71 enfermeros de la ciudad de México que asistieron a eventos científicos. Los varones mostraron mayor propensión a presentar manifestaciones de Burnout que las enfermeras pero también demostró que las mujeres son las que se encuentran más agotadas, menos eficaces y las que muestran mayores síntomas depresivos.

Otro estudio con enfermeras mexicanas fue llevado a cabo por Gutiérrez y Martínez (2006), en este caso con enfermeras oncológicas. Se utilizó el MBI y se obtuvo el 60% presentaron sintomatología moderada y alta.

Otra investigación sobre el síndrome de Burnout en población de enfermeras mexicanas, realizada por Cabrera (2005) en un Hospital de Especialidades de Guanajuato, México, en el cual se seleccionó a 236 enfermeras de forma aleatoria y se observó que el 39% de ellas mostraban datos compatibles con el síndrome del Burnout, se utilizó un cuestionario de 35 reactivos propuesto por Cyberia Shink.

En cuanto a investigaciones realizadas con profesores se muestra que existe mayor nivel de cinismo, menos eficacia profesional, más síntomas depresivos y menos satisfacción laboral en los profesores que se encuentran entre los 43-57 años, Salanova y Llorens (2003 en Martínez y López, 2005).

Otra de las profesiones afectadas por el síndrome de Burnout son los trabajadores sociales, ya que es una profesión que centra su satisfacción profesional en dos aspectos, ver logrado un determinado éxito en la persona o usuario con la que se establece una intervención así como la consecución de los objetivos y metas que ellos mismos se habían propuesto.

El síndrome afecta a toda profesión que implique un contacto constante con la gente, por tal motivo es importante tomar consciencia de las consecuencias que este síndrome puede traer a la sociedad Salanova y Llorens (2003 en Martínez y López, 2005).

## **Factores situacionales**

Entre las características relacionadas con el síndrome de agotamiento profesional puede identificarse una relación positiva entre la sobre carga de trabajo para el tiempo disponible. Esta relación es particularmente relevante con la dimensión de desgaste emocional y postración.

El conflicto y la ambigüedad de rol, la falta de recursos, apoyo social y del supervisor, al igual que la administración de la organización, además de que los sistemas de salud y de educación se encuentran sometidos a continuas presiones para cambiar. Ya que la profesión de enfermería es un área muy dinámica sometida a transformaciones en su estructura, procesos, tecnología y sistemas administrativos que son variables con una relación positiva hacia el desgaste profesional (Uribe, 2008).

## **Factores individuales**

Algunos estudios han encontrado que personas con un mayor nivel educativo reportan mayores niveles de Burnout en comparación con empleados menos ocupados. La interpretación de estos datos sin embargo no es clara, ya que la educación es un factor confusor de múltiples variables como ocupación y estatus socioeconómico Maslach, Schaufeli y Leiter (2001, en Uribe, 2008).

Otro ámbito que se ha explorado es el de las actitudes personales en cuanto al trabajo, ya que diferentes personas tiene expectativas diferentes. Se ha propuesto que las personas que llegan al trabajo con grandes expectativas, ya sea que se consideren idealistas o poco realistas, son un factor de riesgo para padecer Burnout (Uribe, 2008).



*CAPÍTULO 3.*  
*SÍNDROME DE BURNOUT EN LA*  
*PROFESIÓN DE ENFERMERÍA*

## **Capítulo III**

### **Síndrome de Burnout en la Profesión de Enfermería**

#### **III.I Síndrome de Burnout en enfermeras**

La enfermería al igual que otras profesiones ha experimentado cambios importantes en su formación, asociados al acelerado avance tecnológico de los servicios de salud del país y del mundo. Hoy en día se constituye en un factor imprescindible para el mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida en el proceso salud-enfermedad por su participación como integrante del equipo interdisciplinario de salud (Perfiles de enfermería s.f.).

Esta participación está determinada de acuerdo con los roles profesionales que asume según su posición dentro de la estructura organizacional: proveedor y gestor de cuidados, educador para la salud o investigador de su práctica. Todos estos roles tienen como eje el proceso de atención de enfermería a través de intervenciones generales y específicas que son determinadas por el nivel de dominio con el que se actúa (Perfiles de enfermería s.f.).

#### **III.II Funciones de las enfermeras**

La atención de servicios de enfermería no ha estado siempre en manos de profesionales, en la antigüedad el cuidado y tratado de los pacientes eran proporcionados por los familiares de los enfermos más tarde con el advenimiento del cristianismo, la medicina hospitalaria estuvo a cargo en forma integral en manos de religiosos, de modo que la atención de los pacientes estaba a cargo de monjas y más tarde se introdujo personal laico, tanto en atención médica como de enfermería (Barquín, 2003).

Posteriormente se introdujo en los sistemas hospitalarios las tareas no profesionales al igual que diversos puestos actuales como camareras, auxiliares de enfermería, roperas, auxiliares de limpieza y recepcionistas, de manera que se puede decir que la enfermería ha sido la ocupación de la cual se ha derivado una serie de profesiones, entre las que se incluyen la de partera o enfermera especializada en maternidad (Barquín, 2003).

En España al igual que en México las enfermeras son profesionales y están capacitadas para realizar todas las tareas que conllevan esta profesión (ver figura 3.1):

Figura 3.1. Jerarquía en la profesión de enfermería

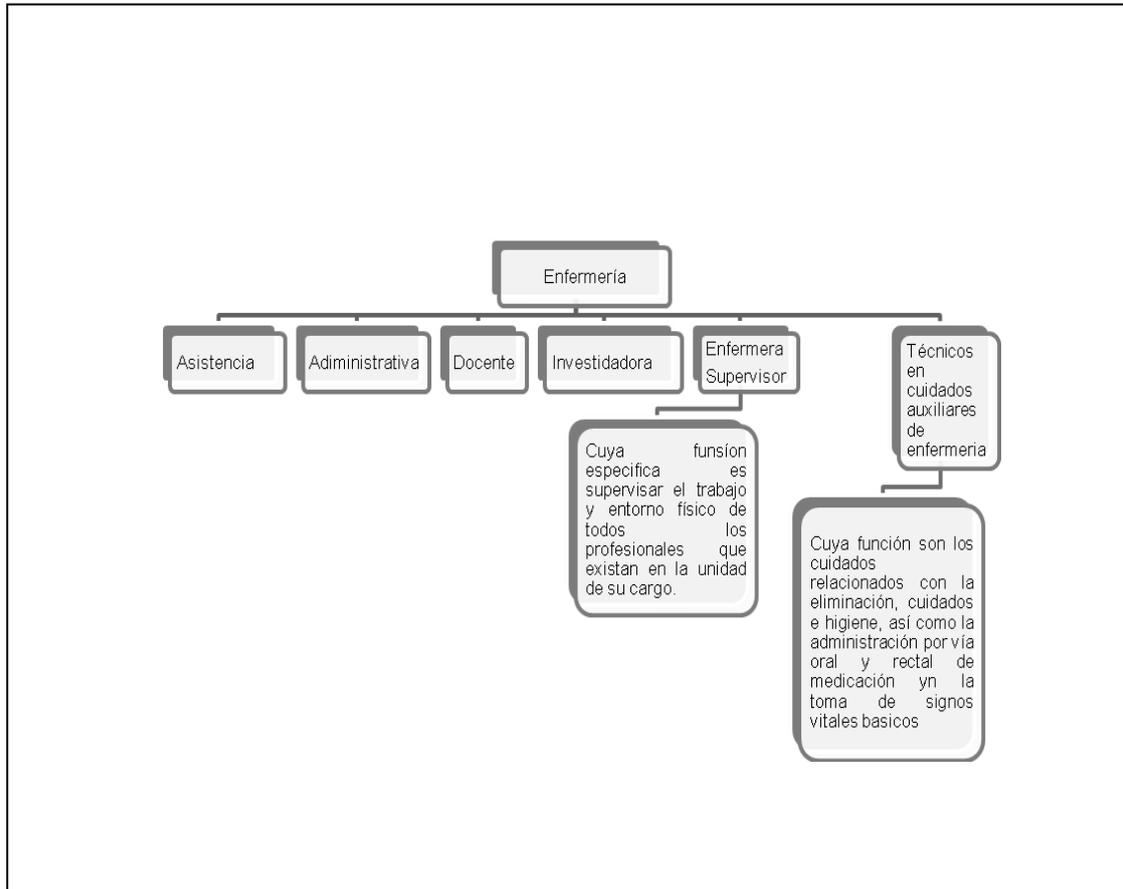


Figura 3. 1. Diagrama de la jerarquía de las enfermeras, basado en Barquín (2003).

Las enfermeras tienen funciones independientes (las relativas al cuidado) y dependientes o delegadas por el médico (administración de medicación, vendajes especiales y técnicas invasivas como la venopunción, básicamente) (Hernández, 1996).

En México, la enfermería brinda atención en fábricas, oficinas, hospitales, escuelas, centros deportivos, guarderías, casas particulares y asilos, entre otros. Sus tareas son diversas y poseen un carácter multidisciplinario, aunque del conjunto destacan: la verificación y el registro de signos vitales (toma de presión arterial y temperatura), la realización de curaciones y el control de enfermos (Hernández, 1996).

La enfermera suele intervenir proporcionando asistencia directa a enfermos, personas accidentadas y adultos en edad avanzada, para ello, inyecta soluciones, aplica sueros, realiza transfusiones y traslada a los pacientes en silla de ruedas o camilla al laboratorio, área de cuidados intensivos, consultorio, sala de operaciones, entre otros. Cuando se requiere, baña y viste al paciente, lo ayuda a caminar, a cambiar de ropa, de cama y, en su caso, lo apoya en la ingesta de alimentos. Puede distribuir entre los pacientes alimentos y recoger las viandas. La enfermera también interviene en el proceso de limpieza, esterilización y mantenimiento del instrumental quirúrgico utilizado en las intervenciones. Al respecto, puede tener a cargo la operación de una autoclave o equipo de esterilización (Hernández, 1996).

También puede desarrollar y participar en programas sanitarios y de educación para la salud. Para ello, puede trasladarse a comunidades de escasos recursos como parte del cuerpo médico para la aplicación de vacunas y la distribución de medicamentos (Hernández, 1996).

## **Actividades y Responsabilidades**

Las actividades son acciones específicas que se realizan para operar una intervención, por tanto cada actividad de enfermería se convierte en una acción concreta, necesaria para llevar a la práctica una intervención, a través de una serie de actividades (Perfiles de enfermería, s. f.).

La enfermería no sólo se ha considerado como una actividad de nivel técnico, sino que ha evolucionado hacia un sin número de especialidades. Entre las más importantes en los países latinoamericanos se pueden citar la pediatría, ginecoobstetricia, cirugía, psiquiatría y una serie más de especialidades médicas y quirúrgicas. Se encuentra también la administración, la enseñanza e investigación, por lo que se han desarrollado licenciaturas y maestrías para preparar enfermeras con mayor grado de conocimiento para la docencia e investigación fuera de las de supervisión y dirección de su campo profesional (Barquín, 2003).

Dentro de los objetivos que tiene la enfermería es proporcionar un apoyo eficiente a los médicos en la vigilancia y la atención continua del paciente en cuanto al proceso de diagnóstico y tratamiento (Barquín, 2003).

Las enfermeras deben de considerar ciertas normas éticas para su mejor desempeño, las raíces de estas normas han sido legadas por la sociedad y se relacionan con: la profesión, vocación, disciplina, atención al usuario, proteger la individualidad, proteger al usuario de causas externas que puedan producir enfermedad, mantener las funciones fisiológicas del usuario en parámetros normales y colaborar con la rehabilitación del usuario y su incorporación a la comunidad (Balderas, 1998).

### **Jerarquización del cuerpo de enfermería**

El cuerpo de enfermería es una organización piramidal, cuya base esta integrada por auxiliares, promotor, paramédico, estudiantes en formación, enfermeras de grado técnico que pueden subir a especialidades de grado de licenciatura o maestría.

El método de trabajo que utilizan las enfermeras en la mayoría de las veces es en equipo ya que se dividen las tareas de acuerdo a la jerarquía y la preparación (ver figura 3.2)

Figura 3.2. Jerarquización de las enfermeras

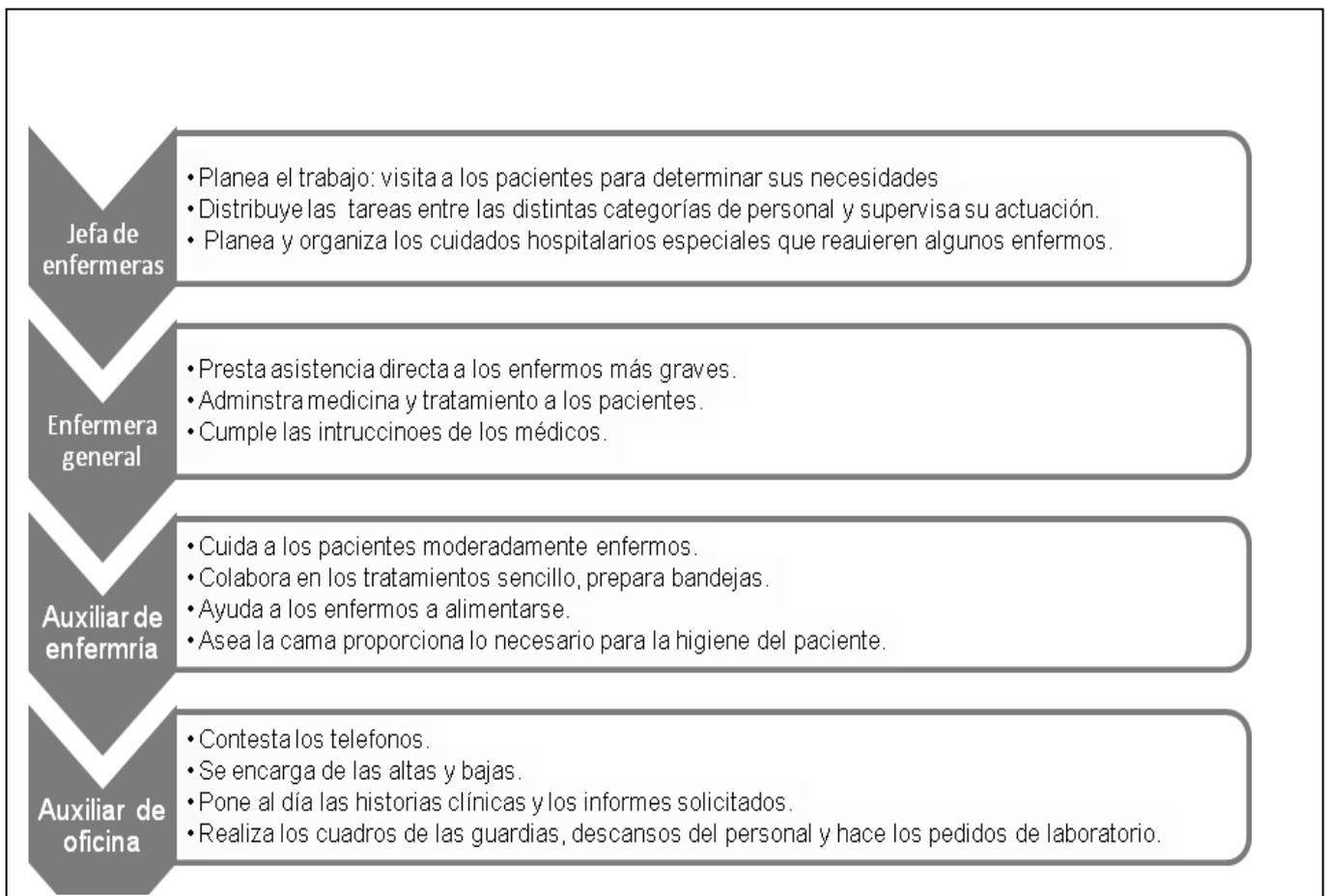


Figura 3.2. Diagrama de la jerarquía de las enfermeras, basado en Barquín (2003).

En ocasiones el personal no es suficiente por lo que la distribución de las tareas se tiene que rediseñar para cubrir las necesidades de los pacientes, las jornadas de trabajo en la mayoría de los hospitales se distribuyen en 8 horas en tres turnos de trabajo en 24 horas. Otra jornada que se maneja es el de 6 ½ horas por turno, lo importante de estos turnos es que no estén sin enfermeras entre cada turno (Barquín, 2003).

Algunos hospitales han implantado dos turnos de 10 horas y uno de 5 que va de las 7 a las 17 horas de las 17 a las 22 horas y de las 21 a las 7 del siguiente día. Las enfermeras más jóvenes tienen una actitud más favorable hacia el turno de 10 horas y citan las oportunidades sociales. Pero también es el que ha reportado mayor cansancio, peor comunicación entre médicos y enfermeras y falta de continuidad en el cuidado de los pacientes (Barquín, 2003).

Distintos hospitales han implantado el plan 7-70 que comprende un turno de 10 horas por 7 días a la semana, seguido de 7 días libres consecutivos. Otras instituciones adoptan el turno de 12 horas que va de las 7 de la mañana a las 19 horas y de las 19 a las 7 del día siguiente, esto para el mejor aprovechamiento del personal al igual que reducir las necesidades de incrementar el número, así se reduce el costo día- paciente (Barquín, 2003).

Por estas jornadas de trabajo tan largas en muchos países los reglamentos nacionales establecen que el promedio de horas de trabajo no debe ser superior a las 48 horas semanales durante un periodo medio de 17 semanas. Sin embargo, este lapso se puede ampliar a 26 semanas o a un año si se llega a un acuerdo entre empleadores y empleados, en el reglamento se especifica también los descansos diarios y semanales al que se tiene derecho.

Lo que corresponde al descanso diario los empleados tiene derecho a un periodo de descanso no inferior a 11 horas consecutivas en cada periodo de 24 horas durante que el empleado trabaje para el empleador. Respecto al descanso semanal los empleados tiene derecho a un periodo de descanso ininterrumpido de no menos de 24 horas en cada lapso de 7 días. Los empleados tiene derecho a una pausa de descanso cuando el tiempo de trabajo diario exceda de 6 horas (Balseiro, 2010).

El organigrama del departamento de enfermería es el siguiente (Ver figura 3.3):

Figura 3.3. Organigrama de enfermería

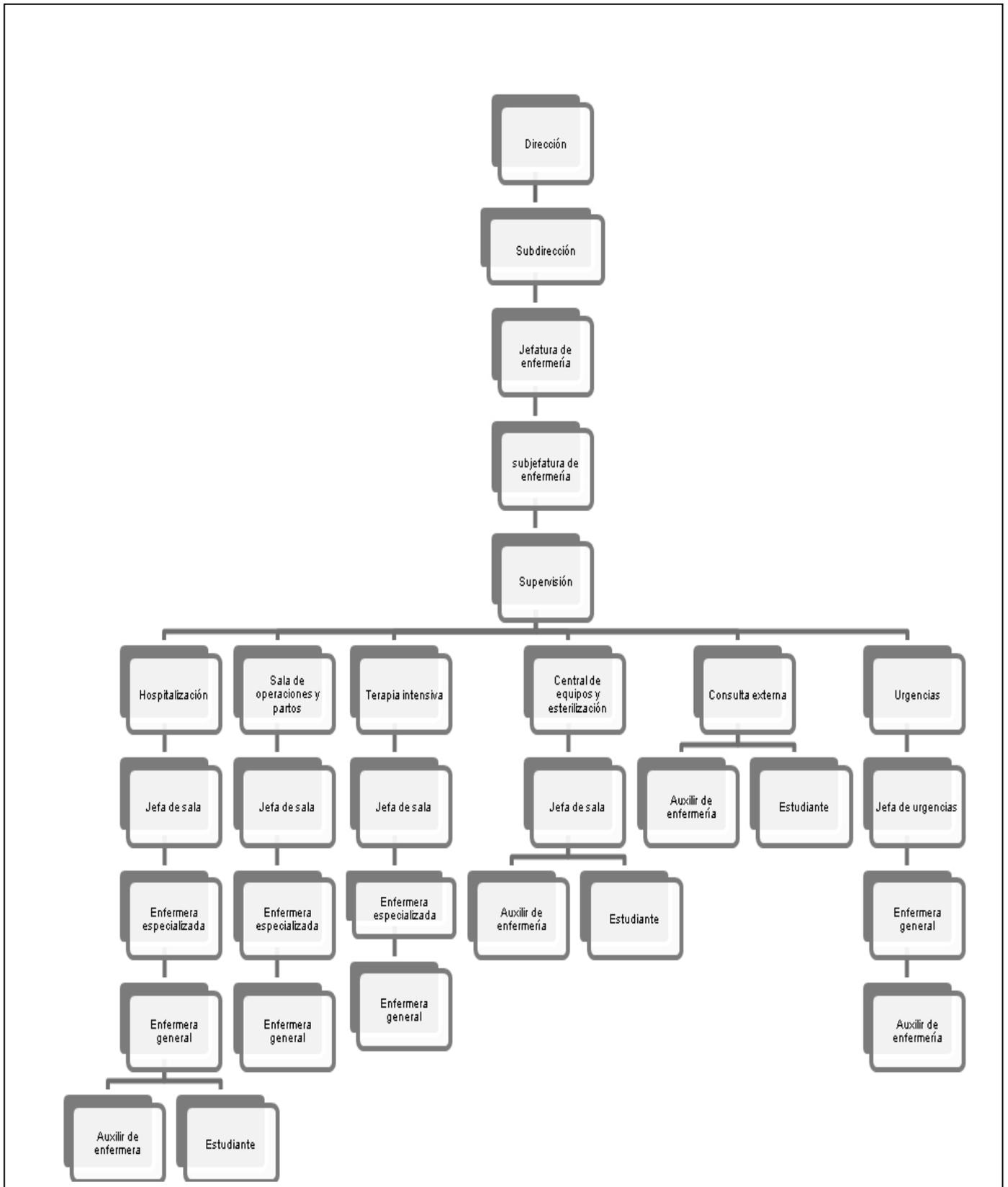


Figura 3.3. Organigrama de enfermería, basado en Balseiro (2010).

El trabajo que desempeñan las enfermeras conlleva largas jornadas laborales al igual que una mayor preparación académica práctica y personal para un desarrollo óptimo de sus actividades con la mejor calidad para el usuario de su servicio.

Las enfermeras deben ser eficientes en el cumplimiento de sus funciones para aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y financieros de la organización y así el logro de sus objetivos con la menor inversión de esfuerzo y tiempo.

El ser eficaz es un sinónimo de utilidad y se refiere al grado de cumplimiento obtenido al producir un resultado como consecuencia de la ejecución de una acción. Esto se realiza con la suma de esfuerzos de un equipo de trabajo que en forma ordenada y organizada cumple con sus funciones asignadas y coadyuva en el logro de los objetivos de los servicios de enfermería, éstos son: (Balseiro, 2010).

- Establecer los planes y programas para que el servicio de enfermería brinde una atención óptima a la población solicitante.
- Intervenir en la determinación de los recursos materiales, su aprovisionamiento, adecuada utilización y control de los mismos.
- Óptima administración a los recursos humanos acorde al número, tipo de servicios y categorías de personal en un ambiente óptimo propiciando su propio desarrollo.
- Evaluar la participación del personal durante el proceso de atención proporcionada.

### **III.III Síndrome de Burnout como factor de riesgo en el personal de enfermería**

Se denomina riesgo laboral a la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. En el caso de los trabajadores de los hospitales, particularmente el personal de enfermería, están expuestos a una serie de riesgos que no son naturales o inevitables sino que normalmente son consecuencia de condiciones de trabajo inadecuadas; por ejemplo, instalaciones, equipos, productos y otros (Balseiro, 2010).

El convenio 149 de la Organización Internacional del trabajo (OIT) ha reconocido la función vital que desempeña el personal de enfermería, junto con otros trabajadores de la salud, en la protección y los cuidados que brindan a la salud; por ello, reconoce que en muchos países las enfermeras encuentran en su trabajo muchas deficiencias, así como

políticas inadecuadas en materia laboral, que les perjudican en su desarrollo profesional. (OIT, 2005)

La OIT ha propuesto el Convenio 149 y las recomendaciones 157, en el año 2002, con el fin de evitar los niveles de violencia en el trabajo, disminuir la mortalidad y morbilidad de los pacientes, evitar la insatisfacción en el trabajo, inhibir la migración de estos profesionales y reconocer como vital el trabajo de las enfermeras en el cuidado de la salud de la población. (OIT, 2005)

Los aspectos de soporte de la OIT para el personal de enfermería son los siguientes:

- Adecuada educación y adiestramiento en sus funciones.
- Empleos atractivos con buenas condiciones de trabajo, remuneración, seguridad social y ascensos laborales.
- Empleos seguros que eviten la discapacidad profesional.
- Su participación en la planeación hospitalaria y en las normas.
- Consulta acerca de cómo tener mejores condiciones salariales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), con sus resoluciones WHA 42.27, WHA 54.12, WHA 45.5 Y WHA 47.9, reconoce la importancia del personal de enfermería para mejorar la salud de la población mundial, por lo que recomienda medidas para fortalecer la enfermería y su entorno laboral. Por tal razón para la OMS la promoción de la salud en el sitio laboral incluye la realización de una serie de políticas y actividades diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles y aumentar el control sobre su salud a mejorarla favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económicos y social de los países. (OMS, 2005)

Dentro de las políticas diseñadas se encuentran los siguientes principios:

Figura 3.4. Políticas diseñadas para ayudar a empleadores y trabajadores.

Carácter Participativo	Participación de los trabajadores y directivos, a través de la organización de comités de salud, seguridad e higiene ocupacional.
Cooperación Multisectorial y Multidisciplinaria	Participación de todos los actores sociales interesados de los diferentes sectores, como el gobierno, las empresas y los lugares de trabajo, los sindicatos entre otros.
Justicia Social	Los programas deben ofrecerse a todos los miembros del lugar de trabajo, independientemente de su cargo, tipo de contrato, nacionalidad, sexo o grupo étnico.
Sustentabilidad	La promoción y la protección de la salud de los lugares de trabajo deben convertirse en parte integral de la gestión y organización de la empresa o lugar de trabajo, así como de la organización comunitaria que la rodea.
Carácter Integral	Los programas deben reconocer el efecto combinado de los factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales e informativos sobre el bienestar del trabajador.

Figura 3.4. Modelo de políticas para ayudar a empleados y trabajadores, para mejorar su salud y favorecer la productividad y competitividad de las empresas, basado en la Organización Mundial de la Salud (2005).

Una enfermedad profesional o derivada del trabajo es aquel deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador, producido por una exposición prolongada a situaciones adversas, sean estas producidas por el ambiente en el que se desarrolla el trabajo o por la forma en que este se encuentra organizado (Real Decreto de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, 2007).

Por tanto, si la enfermedad profesional es un deterioro lento y paulatino de la salud, puede aparecer después de varios años de exposición a la condición peligrosa. Por ello, hay que evitar que se presenten este tipo de situaciones, ya que los efectos de estas enfermedades son irreversibles.

Los factores responsables de que se produzca una enfermedad pueden ser: (Unión Federal de Trabajadores, 2007).

- La concentración del agente contaminante en el ambiente de trabajo.
- El tiempo de exposición.
- Las características personales de cada trabajador.
- La relatividad de la salud.
- La presencia de varios contaminantes al mismo tiempo.

Cuando no existen controles adecuados sobre las condiciones de trabajo, pueden materializarse los riesgos y entonces aparecer los daños a la salud (Unión Federal de Trabajadores, 2007).

Los factores de riesgo asociados con el trabajo de enfermería se han clasificado en cuatro grupos (Balseiro, 2010):

1. *Psicosociales*: Se han definido como fenómenos, situaciones o acciones producidos por la interacción humana con el medio político, social, laboral y cultural; por tanto los factores de riesgo psicosocial relacionados con el trabajo de Enfermería son:
  - Inadecuada organización del trabajo, la abolición de los departamentos de enfermería en algunas instituciones de salud repercuten en la pérdida de identidad y autonomía en el trabajo.

- Múltiples empleos y flexibilidad laboral. Aumentan la exposición a los factores de riesgo laboral.
- Trabajo nocturno y por turnos. Desequilibra la salud física, mental y social de este grupo laboral.
- Sobrecarga laboral.
- Ausencia de estímulos y desarrollo profesional. Ya que las categorías de contratación van desde el nivel de auxiliar de enfermería hasta cargos administrativos incluyendo otras categorías como pasantes, enfermeras generales, licenciadas y especialistas, el salario mensual va de los 9000 a los 16000 y en algunos casos el salario es inferior a los 4000 mil.
- Sentimiento de angustia y depresión. Suceden por el contacto permanente con el dolor y la enfermedad.

Efectos en la salud de los factores de riesgo psicosocial:

- La fatiga muscular puede generar disminución del rendimiento laboral y de la fuerza y velocidad del movimiento, así como mayor posibilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares, patologías lumbares y de los diferentes segmentos corporales.
- La fatiga mental puede producir sensaciones de malestar general, estrés, disminución de la autoestima y de la motivación, irritabilidad y preocupación permanentes, insomnio, ansiedad, estados depresivos. Ausentismo laboral, tendencia a las adicciones y disminución de las funciones mentales superiores.
- El trabajo por turnos y horas extras sin periodos de descanso generan aumento de accidentes de trabajo por disminución del nivel de alerta alteración del ritmo sueño-vigilia, fatiga general crónica, limitaciones en la vida familiar y social, errores frecuentes en procesos muy sencillos, y perturbaciones nerviosas psicosomáticas.

2. *Biológicos*: Son agentes vivos o inertes capaces de producir enfermedades infecciosas o reacciones alérgicas, causadas por el contacto directo de las personas que están laboralmente expuestas. Los mecanismos de transmisión de las infecciones ocupacionales en el personal de enfermería pueden ser por vía percutánea (picaduras) a través de contacto con sangre o fluidos corporales, parenteral, secreciones infectantes y por vía respiratoria. (Balseiro, 2010).

Los principales agentes virales contaminantes del personal de enfermería son la Hepatitis B, la Hepatitis C, y el VIH; las bacterianas incluyen la Tuberculosis y el Tétanos, entre otras. Las principales medidas de control de riesgo biológico están asociadas con el desarrollo de un programa de promoción de la salud y prevención de las patologías profesionales por estos riesgos relacionados con las preocupaciones universales, lo mismo que la aplicación de protocolos adecuados y oportunos para atender los accidentes de trabajo por riesgo biológico. (Balseiro, 2010).

3. *Fisicoquímicos*: Son los espacios y las instalaciones tanto en las unidades de pacientes como en las salas de cirugías las centrales de esterilización y las unidades de cuidados intensivos y urgencias.
4. *De seguridad y ergonómicos*: Se relacionan con los equipos e instrumentos de trabajo en donde puede haber golpes, cortes, pinchazos, traumatismos, lesiones oculares e infecciones. De igual forma, en el ámbito ergonómico las cargas físicas, los requerimientos excesivos de fuerza de las enfermeras y las necesidades extenuantes de movimiento hacen que se adopten posturas inadecuadas; así mismo, resultan nocivas ciertas actividades como el trabajo prolongado de pie, el sobre esfuerzo físico en el transporte de pacientes, los movimientos repetitivos, los grandes recorridos en su jornada de trabajo y la alta concentración en la actividad cotidiana (Balseiro, 2010).

La protección del trabajador frente a los riesgos laborales exige una actuación en el lugar de trabajo que desborda el mero cumplimiento formal de un conjunto predeterminado, más o menos amplio, de deberes y obligaciones empresariales y más aún, la simple corrección a posteriores situaciones de riesgo manifestadas.

La planificación de la prevención desde el diseño del proyecto, la inicial evaluación de los riesgos laborales y su actualización periódica a medida que se alteren las circunstancias, la ordenación de un conjunto coherente y globalizador de medidas de acción

preventiva adecuadas a la naturaleza de los riesgos detectados, así como el control de la efectividad de dichas medidas, constituyen os elementos básicos del nuevo enfoque en la prevención de riesgos laborales (Rivera, 2004).

En el caso de los Hospitales las estrategias se muestran en la tabla 3.5 (en Balseiro, 2010):

Figura 3.5. Estrategias de prevención contra riesgos laborales.

Estrategias de Prevención	Conceptualización
Barreras físicas	Utilización de guantes, mascarillas, lentes, batas y cualquier otro equipo de protección individual.
Barreras químicas	Estas barreras implican el uso de desinfectantes como hipoclorito sódico, formaldehído, glutaraldehído, gluconato de clorhexidina, etc., así como biocidas en la limpieza de los conductos del aire.
Barreras biológicas	Implican la utilización de vacunas, inmunoglobulinas y quimioprofilaxia.

Figura 3.5. Estrategias generales de prevención, basada en el establecimiento de barreras físicas, químicas y biológicas, basado en Balseiro (2010).

Así mismo, se han implantado precauciones universales en las cuales se considera a todos los pacientes como potencialmente infecciosos por lo que se deben de tomar en cuenta las siguientes recomendaciones Geo Salud (2007, en Balseiro, 2010):

Figura 3.6. Precauciones universales para pacientes potencialmente infecciosos.

Precauciones Universales	a) Vacunar contra la hepatitis B a todo el personal
	b) Aplicar normas de higiene personal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de manos antes y después de atender a un paciente.</li> <li>• Cubrir cortes y heridas con apósitos.</li> <li>• Manejar lesiones con guantes.</li> <li>• Retirar anillos y otras joyas.</li> </ul>
	c) Elementos de protección de barrera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar siempre guantes en el manejo de sangre y fluidos corporales.</li> <li>• Usar mascarillas cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre, para proteger las mucosas nasal y oral.</li> <li>• Proteger los ojos cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o fluidos corporales hacia la mucosa ocular.</li> <li>• Emplear batas y delantales impermeables en caso de grandes volúmenes de salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos.</li> </ul>
	d) Manejo de objetos punzocortantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener extremo cuidado.</li> <li>• No reencapsular las agujas.</li> </ul>
	e) Señalización de muestras consideradas potencialmente infectantes:
	f) Eliminación adecuada de residuos.
	g) Esterilización y desinfección: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar de preferencia material desechable para cada paciente.</li> </ul>

Figura 3.6. Tabla descriptiva de recomendaciones universales para prevenir daños en las instituciones de salud, basado en Balseiro (2010).

El elevado nivel de competitividad e inseguridad que expresa el actual ámbito laboral, las exigencias del medio, las variaciones radicales en los enfoques de la vida y las costumbres, condicionan un ritmo cotidiano que genera angustia, agotamiento emocional, trastornos en los hábitos de alimentación y otros factores de riesgo, lo que pone en entre dicho la calidad de vida de los individuos.

Estas manifestaciones se dan con mayor énfasis en los profesionales que de alguna manera proveen una relación de ayuda, como es el caso de asistentes sociales y personal del cuidado de la salud, como las enfermeras.

### **III.IV Enfermería e investigaciones realizadas**

Se debe reconocer el papel que tiene la profesión de enfermera dentro de las instituciones de salud ya que esta profesión se responsabiliza de funciones que son básicas para el adecuado servicio dentro de los hospitales.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que prestan, asimismo, las actitudes que desarrollan los profesionales como prestadores de servicio hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen están asociados a los riesgos laborales de su entorno, siendo de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas (Arita, 2006).

Debido a esto, se han llevado a cabo diversas investigaciones en el área de enfermería en cuanto a los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de Burnout, siendo una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, fuente de accidentes y ausentismo. Estas investigaciones se han llevado a cabo en diversas partes del mundo y todas ponen de manifiesto la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

Una investigación realizada en Australia por Flynn y Aiken (2002), acerca del síndrome de Burnout en 820 enfermeras y 621 pacientes de 40 unidades de hospitales, se encontró que cuando los pacientes tienen mayor satisfacción por los cuidados de enfermería las manifestaciones del síndrome de Burnout en el personal disminuyen.

De igual manera las enfermeras con altos niveles del síndrome generan insatisfacción en sus pacientes. Por supuesto, las enfermeras con niveles bajos del síndrome también se caracterizan por tener un equipo que respalda con un soporte administrativo para sus tareas, así como por la existencia de buenas relaciones entre enfermeras y médicos. Esto desde luego genera altos niveles de satisfacción en los pacientes ( Flynn y Aiken, 2004).

En otro estudio realizado por Porras (2005), en Málaga, España, con 110 individuos, hombres y mujeres, del servicio de enfermería, dedicados a la atención primaria y a la hospitalización, se encontró la presencia del síndrome de Burnout por la monotonía de las tareas, la sobrecarga laboral del trabajo nocturno, la no participación en la toma de decisiones, las exigencias del entorno familiar y las relaciones interpersonales con los usuarios.

Esto significa que la presencia del Burnout no se limita a las áreas críticas en donde hay más demanda de atención del personal de enfermería, sino que también se presenta en servicios de hospitalización con cuidados custodiales, pero donde la sobrecarga laboral sigue presente.

En otro estudio realizado por Díaz y Muñoz (2005) en Málaga, se aplicó el inventario de Burnout de Maslach en 52 trabajadores del servicio de enfermería, reportaron cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, por el estrés que experimenta el personal en el cuidado de pacientes cardiopatas.

En una investigación realizada por García (2004) en 366 sujetos, comparando hospitales de alta tecnología, docentes de referencia y hospitales no docentes de Barcelona, se encontró el síndrome de Burnout por cansancio emocional, baja realización personal y alto nivel de despersonalización. Estos niveles bajos de realización personal se asocian significativamente con el trabajo de turnos de noche y años en la Unidad de Cuidados Intensivos y esto provoca desmotivación y aumento de conflictos interpersonales.

En San Luis, Argentina, Albanasi (2004) encuestó a 54 enfermeras y 18 médicos que realizaban guardias en el Hospital de San Luis, se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) y se encontró que, al comparar los resultados entre médicos y enfermeras, las puntuaciones obtenidas por los médicos fueron mayores en la variable cansancio emocional y despersonalización. Sin embargo, entre el grupo de enfermeras se encontró la aparición de sentimientos negativos, falta de sensibilidad, deshumanización y cansancio emocional con escasa realización personal.

Una investigación efectuada por Carlotto (2004), con 255 alumnos de un curso técnico de enfermería se encontró agotamiento por el estrés percibido al conciliar el estudio con las actividades de ocio, realizar exámenes y hacer trabajos académicos.

Se mostraron las dificultades vivenciales por los estudiantes durante su formación: esquema de estudio, sensaciones experimentadas en clase y en las prácticas, sentimientos de desamparo en relación con el poder de los profesores, contacto con la intimidad corporal y emocional de los clientes, pacientes terminales, dilemas éticos y miedo a cometer errores.

En el caso de la vida personal de los estudiantes hay falta de tiempo para el ocio, la familia, los amigos, las necesidades formales, las preocupaciones sobre la capacidad personal para retener toda la información a lo largo de los recursos y la preocupación por los ingresos futuros. Así todos los alumnos relacionados con las ciencias humanas presentaron mayor nivel de agotamiento.

García (2002) llevo a cabo un estudio descriptivo transversal para conocer el comportamiento de la tarea laboral en el personal de enfermería y el síndrome de Burnout en el Policlínico Comunitario Docente Previsora, de la Ciudad de Camagüey, Cuba, la muestra incluyó 57 enfermeras. Los resultados mostraron exceso de trabajo, poco apoyo en las decisiones que las enfermeras toman, escasas relaciones gratificantes porque toman pocas decisiones, y disgusto por el clima organizacional y el desorden de trabajo. Por tanto, se demostró cansancio emocional, fatiga y despersonalización en las 57 encuestadas.

Otro estudio realizado por Herrera y Cassals (2005), acerca de algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de Enfermería en 20 enfermeras del Instituto de Medicina Tropical Pedro Koun, de la Habana, Cuba, se encontró que el estrés de origen ocupacional en las enfermeras se debe a la interacción de múltiples factores de riesgo como el ambiente físico, los trastornos de las funciones biológicas, el contenido y la organización del trabajo, y diversos componentes psicosociales, tanto laborales como extralaborales.

De acuerdo con esto la enfermería es una de las profesiones que esta sometida a altos niveles de estrés, lo que puede conducir a insatisfacción laboral. En los resultados se encontró que la mayor preocupación de las enfermeras se relaciona con la agonía y muerte de los pacientes. Sin embargo, la satisfacción por el trabajo, la alta autoestima del personal, su excelente preparación, al igual que el clima de camaradería y amistad entre los informes, impiden que se presente el Síndrome de Burnout.

En cuanto al contexto nacional mexicano también se han llevado a cabo diversas investigaciones.

En una investigación realizada por Parada (2005) acerca de la satisfacción laboral y el síndrome Burnout en 104 personas de enfermería en un hospital de Mérida, hallaron que la profesión de enfermería es particularmente estresante y que afecta la salud y el bienestar del personal, así como la satisfacción laboral. En el estudio se detectó cansancio emocional, despersonalización y desgaste emocional.

Estos resultados incrementan el riesgo epidemiológico en la población, lo que significa que si la salud de estos trabajadores se encuentre alterada, puede provocar yatrogenias y patologías en los pacientes. Se encontró, que en el 45% de los trabajadores hay disminución de la satisfacción intrínseca por la variedad de tareas que realizan, falta de conocimiento, responsabilidad en sus labores, disminución de utilización de sus capacidades, fallas en las posibilidades de promoción y poca atención a sus sugerencias.

Otra investigación realizada por Hernández (2005), en 109 enfermeras del Hospital La Raza, del IMSS, en la Ciudad de México, se evaluó el síndrome mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el agotamiento emocional y la despersonalización. Se encontró una relación significativa entre Burnout y la sintomatología cardiovascular de las enfermeras, que posteriormente puede ser somatizada.

La problemática fisiológica se manifiesta por agotamiento físico, cansancio, dolencia de cuello, espalda, cefalea y migraña, así como problemas cardiovasculares y gastrointestinales. Desde el punto de vista psicológico, el personal de enfermería presenta estrés, aislamiento y tristeza. En la problemática conductual se encontró automedicación, aumento o disminución del apetito, drogadicción con nicotina, cafeína y alcohol, facilidad para llorar y olvidos.

En la investigación realizada por Uribe (2000) en el Instituto Nacional de Cancerología, con 287 enfermeras de los cuatro turnos de trabajo que atienden a pacientes agudos y en fase terminal de cáncer, se comprobó que el personal de enfermería tenía manifestaciones fisiológicas y conductuales, incluso había quien presentaba parálisis facial a causa del estrés laboral.

En otra investigación, realizada por Cortéz (2001) en el Hospital General de México, con 200 personas de enfermería que laboran en las áreas críticas, se pudo comprobar que el 53% presentaron angustia por exceso de trabajo, el 45% padecen estrés y ansiedad y el 47% exhiben tensión emocional cuando el trabajo aumenta. Las enfermeras afirmaron estar agotadas cuando las labores se incrementan, e indicaron que tal agotamiento físico no se les quita ni en los días de descanso, el 68.5% del personal tiene insuficiencia venosa y 44% muestra agotamiento. La principal alteración de las enfermeras es de carácter psicológico y fisiológico.

En una investigación realizada por Bernal (2002) en 228 enfermeras del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, del ISSSTE, en el 2002, se constato que el grupo de enfermería padece estrés por la falta de personal, material y equipo, así como problemas con sus compañeros, exceso de trabajo y cirugías no programadas.

Las áreas conductual y emocional apenas se empiezan a alterar, pues en ese hospital existe una alta autoestima con reconocimiento del grupo médico, lo que les permite pasar por alto el síndrome de Burnout, ya que el centro médico tienen alto prestigio dentro de las organizaciones de salud.

En la investigación llevada a cabo por Anzaldo (2002) en 100 enfermeras que trabajaban en servicios de urgencias, medicina interna, cirugía y pediatría, en los cuatro turnos del Hospital General de Zona número 27, del IMSS, se pudo comprobar que 79.3% del personal está cansado por exceso de trabajo y 60.84% padece estrés, angustia y ansiedad, lo que da idea del síndrome de Burnout.

En una investigación llevada a cabo por Balseiro (2007) donde el objetivo principal era identificar el nivel del síndrome de Burnout del personal de enfermería en un hospital público y uno privado, en México D.F. se aplicó un cuestionario tipo Likert con 42 preguntas y respuestas cerradas y estructuradas, la población estuvo compuesta por 377 enfermeras: 194 del hospital privado de las cuáles 112 de áreas críticas y 82 del área de hospitalización. En el caso del hospital público, fueron 183 enfermeras: 80 de áreas críticas y 103 de hospitalización.

En la investigación se encontró que el personal de enfermería del hospital privado tiene el nivel II del síndrome de Burnout y el personal de enfermería del hospital público lo tiene en el nivel I. Esta más marcada esta sintomatología en las áreas críticas, por el exceso de trabajo del área.

Las áreas más afectadas en ambos hospitales son la fisiológica, la presencia de várices, exceso de trabajo, molestias gastrointestinales, fatiga, cansancio, agotamiento, afecciones respiratorias, cefaleas o migrañas y molestias cardiovasculares, en el área psicológica la presencia de angustia y estrés. En el área laboral, el sueldo bajo del hospital privado y la falta de los días de descanso.

En otra investigación llevada a cabo por Regalado (2008) en el Hospital General de Iztapalapa en la Ciudad de México en el personal de enfermería, con una muestra de 125 enfermeras en donde se utilizó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) se encontró que existe una incidencia del síndrome de Burnout en las enfermeras que laboran en dicho hospital.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación las variables sociodemográficas edad, sexo, estado civil, nivel académico no tiene una relación significativa con la presencia del síndrome de Burnout.

Por otra parte las enfermeras que tiene trato directo con los pacientes, manifestaron una relación significativa con el padecimiento del síndrome de Burnout ya que presentaron mayor agotamiento y trastornos psicósomáticos, también se pudo constatar que el personal de enfermería tienen manifestaciones fisiológicas y psicológicas que evidencian la presencia de Burnout y presentando problemas como: cansancio, fatiga, agotamiento físico, cefaleas, migrañas, y dolencias físicas como dolor de espalda y cuello. En relación a los factores psicósomáticos se encontró una relación estadísticamente significativa con las variables: sueño, dolor, gastrointestinales, depresión, ansiedad, psicosexuales y psiconeuróticos.

Una investigación llevada a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México por Gutiérrez (2010) con una población de estudio de 120 enfermeras, en el periodo del 18 de Noviembre de 2009 al 29 de Enero de 2010, donde se utilizaron las escalas de Maslach Burnout Inventory, Afrontamiento de Lazarous y la Escala de depresión y ansiedad de Goldberg. Se encontró que en relación ha el Afrontamiento que es la manera en la que un individuo responde ante una situación estresante; el 88% de las enfermeras encuestadas tiene un afrontamiento adecuado, en comparación con el 12% que lo hace de manera inadecuada. En cuanto a la antigüedad la cual se agrupó en los siguientes rangos: menos de un año, de uno a diez años, de once a veinte años y de veintiuno a treinta, se encontró una relación significativa entre el rango correspondiente entre uno y diez años y el síndrome de Burnout.

En relación a la edad se encontró una incidencia que va en el rango de 26 a 31 años teniendo una media de 29 años. En cuanto a la presencia del síndrome de Burnout se observó una incidencia del 38%, mientras que el 59% se encuentran en riesgo de padecer el síndrome y solo el 3% no se encontró afectado; esto muestra un panorama general sobre el estado físico y mental de la población estudiada. Con respecto a la ansiedad y depresión, el 22% de las personas encuestadas presentaron afección por ansiedad, el 3% depresión, 55% presentaron ambas y el 20% no se encontraron afectadas.

Las enfermeras difícilmente tienen estrategias para enfrentar el síndrome ya que muchas tienen más de un trabajo por lo que el descanso, la convivencia familiar, el relajarse, el estar tranquilas es imposible.

El síndrome de Burnout ha sido objeto de estudio por autores internacionales y nacionales de enfermería, quienes señalan la gravedad del problema que viven los profesionales de enfermería en su enfrentamiento con el estrés en instituciones de salud públicas y privadas. La necesidad de estudiar este síndrome viene unida a los requerimientos de analizar los procesos de estrés laboral, así como el énfasis que ponen las organizaciones respecto a la preocupación por sus empleados, para otorgarles una mejor calidad de vida laboral.

Ante estas evidencias es posible afirmar que el personal de enfermería que está sometido a un elevado nivel de estrés, angustia, ansiedad, sobrecarga de trabajo, actividades insatisfactorias o cansancio podría presentar el síndrome de Burnout lo que implica la baja calidad en la prestación del servicio.



## *MÉTODO*

## **Método**

### **Objetivo de la investigación**

Identificar la presencia del Síndrome de Burnout en enfermeras que laboran en Hospitales Públicos de la Ciudad de México.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la incidencia del síndrome de Burnout en una muestra de enfermeras que laboran en Hospitales Públicos en la Ciudad de México?

### **Hipótesis**

- Existe una relación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y los factores Sociodemográficos.
- No existe relación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y los factores Sociodemográficos.

### **Definición conceptual**

**Síndrome de Burnout.** Conjunto de respuestas crecientes, compuestas por sentimientos de agotamiento emocional, actitudes negativas hacia los receptores del servicio (despersonalización) y una tendencia a evaluarse así mismo de manera negativa, relacionado con sentimientos de insatisfacción con el puesto de trabajo (Maslach y Jackson 1982, en Uribe, 2002).

### **Definición operacional**

**Síndrome de Burnout.** Los puntajes emitidos por cada uno de los sujetos de la muestra, en la **Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)**, desarrollada por Uribe (2008), basada en los constructos de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal propuestos por Maslach y Jackson (1981, 1982) y por Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) para medir Burnout (Uribe, 2007). Dicha escala está conformada por 30 reactivos teóricos que miden los factores de Agotamiento,

Despersonalización y Falta de realización personal, 70 reactivos que miden trastornos psicosomáticos y 40 reactivos sociodemográficos.

### **Tipo de estudio**

El diseño de investigación fue no experimental, al no realizar la manipulación deliberada de las variables debido a que sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos; de tipo transversal-correlacional, al describir las relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, (Hernández, Hernández & Baptista, 2006).

### **Muestra**

El muestreo fue no probabilístico de tipo accidental, de conveniencia, debido a que se refiere a un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las características de la investigación. (Hernández, et al., 2006).

La muestra se conformó por 200 enfermeras que laboran en Hospitales Públicos en la Ciudad de México ya sea como pasantes, estudiantes en prácticas profesionales o trabajadores.

### **Instrumento**

Se utilizó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), elaborada por Jesús Felipe Uribe Prado y por un grupo de psicólogos de la UNAM en el 2006 (Uribe, 2008) con una consistencia interna general de 89% (Alfa de Cronbach); está conformada por 30 reactivos los cuales miden 3 factores (agotamiento, despersonalización e insatisfacción), y por 40 reactivos que miden 7 trastornos psicosomáticos (ver anexo 1).

Las definiciones de cada factor del EMEDO tal como lo reporta Leos (2006) son:

- **AGOTAMIENTO.** Es el estado de agotamiento físico, emocional y mental, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento, en el que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.
- **DESPERSONALIZACIÓN.** Desarrollo de sentimientos y actitudes negativas de robotización y comportamientos de cinismo que reflejan indiferencia, estancamiento

hacia el trabajo, irritabilidad y respuestas frías e impersonales hacia los destinatarios del trabajo.

- **INSATISFACCIÓN.** Tendencia a evaluarse negativamente, afectando la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que se atiende. Descontento consigo mismo, desmotivación e insatisfacción en sus resultados laborales.
- **PSICOSOMÁTICOS.** Grado y tipo de trastornos psicosomáticos relacionados con el Burnout, tales como: alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlceras, insomnio, mareo, diarrea, depresión, ansiedad, adicciones, etc.

Tabla 4.1. Estructura de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)

	FACTORES	REACTIVOS	TOTAL
SINDROME DE BURNOUT	Agotamiento	2,4,5,6,14,19,20,26,27	9
	Despersonalización	3,7,9,16,18,21,22,23,29	9
	Insatisfacción	1,8,10,11,12,13,15,17,24,25,28,30	12
TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS	Sueño	31,33,36,40,42,51,52,55,56,58,64	11
	Psicosexuales	38,39,50,61,65,66,67,68,69,70	10
	Gastrointestinales	35,44,45,57,60,62	6
	Psiconeuroticos	37,46,48,53,54,63	6
	Dolor	34,43,47,49,59	5
	Ansiedad	41	1
	Depresión	32	1
SOCIODEMOGRÁFICAS		71-110	40

Nota: Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) conformado por 30 reactivos teóricos que miden los factores de Agotamiento, Despersonalización y Falta de Realización Personal, 70 reactivos que miden Trastornos Psicosomáticos y 40 reactivos Sociodemográficos.

## **Procedimiento y Análisis Estadístico**

Se aplicó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) a la muestra en un periodo de seis meses.

1. Se acudió a la Secretaria de Salud Pública del Distrito Federal solicitando su apoyo para llevar a cabo la presente investigación.
2. Se acordó una cita con la Coordinadora de investigaciones la Dra. Martha Leticia Mendoza López a quien se le planteo la idea de la investigación. Posteriormente nos planteo las condiciones para poder llevar acabo la investigación, las cuales consistían en llevar una copia del proyecto de tesis registrado en la Facultad de Psicología de la UNAM, al igual que una carta emitida por el coordinador del área laboral y la directora de tesis.
3. Una vez cubiertos los requisitos anteriores se procedió a la asignación del hospital pediátrico Moctezuma.
4. Se efectuó con el protocolo de investigación el cual fue aceptado después de su análisis y autorización ver anexo 3.
5. Teniendo la autorización del protocolo se acudió al hospital asignado con una carta que iba dirigida al director de hospital Carlos Dixon Olvera de la Rosa, quien nos permitió la estancia y la aplicación del instrumento (EMEDO) en el hospital.
6. Estando en el hospital se acudió con cada enfermera pidiéndole su colaboración y explicándole el objetivo de la investigación, dependiendo del horario de la enfermera nos organizábamos para recoger el instrumento, señalándoles que contestaran d forma sincera y completa.
7. Debido a la poca colaboración del personal de enfermería, por diversas causas como el poco personal, rotación de turnos y la carga laboral, pedimos la autorización para que se nos asignara otra institución hospitalaria el cual fue el hospital pediátrico Coyoacán.

8. Se acudió a la institución para pedir la autorización con el director del hospital el Dr. Miguel Camarillo Valencia.
9. Durante nuestros dos meses de estancia en el hospital nos encontramos con la misma situación que el hospital Moctezuma.
10. Debido a esta situación la directora de esta investigación nos sugirió que acudiéramos a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), a la cual de igual forma se llevo una carta dirigida al director de la escuela el Lic. Severino Rubio Domínguez, quien nos autorizo la aplicación del instrumento a los estudiantes de último semestre quienes se encontraban realizando su servicio social y/o prácticas profesionales.
11. En la escuela de enfermería hubo mayor participación por parte de los estudiantes. Siendo uno de los beneficios que el instrumento se recogía el mismo día a diferencia de las instituciones hospitalarias, ya que el tiempo en el que se contestaba el instrumento era de aproximadamente 20 minutos.
12. En los lugares de aplicación al recoger el instrumento se corroboró que el instrumento estuviera correctamente contestado.
13. Con los datos obtenidos se realizó un análisis estadístico cuantitativo en el sistema SPSS a fin de dar respuesta a la pregunta de investigación planteada anteriormente.
14. Se realizó la correspondiente interpretación de los resultados.

### *Estadística descriptiva*

Se realizó una estadística descriptiva en la cual se obtuvo la frecuencia y las medidas de tendencia central (media, mediana, modo, varianza y desviación estándar) de algunas variables Sociodemográficas, así como la incidencia de cada una de las fases del síndrome de Burnout a partir del modelo de Leiter y Maslach (1997).

### *Estadística inferencial*

En un primer momento se realizaron correlaciones de Pearson entre las siguientes variables:

Síndrome de Burnout (Desgaste emocional, Despersonalización e Insatisfacción), trastornos psicósomáticos (sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuroticos, dolor, depresión, ansiedad) y algunas variables sociodemográficas con el objetivo de determinar la existencia de relación entre ellas.

Posteriormente, con la finalidad de determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medias grupales, se realizaron análisis de varianza de una vía (ANOVA) y pruebas T (para diferentes variables) las cuales confirmaron los resultados encontrados en los ANOVAS, entre los trastornos psicósomáticos (Sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, dolor, depresión y ansiedad) y las Fases Modelo de Leiter y Maslach con la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).



## *RESULTADOS*

## Resultados

Los resultados se presentan agrupados en dos secciones. En la primera se describen las variables sociodemográficas a partir de los análisis de estadística descriptiva en el que se obtuvieron frecuencias y las medidas de tendencias central (media, mediana y moda) de los datos; en la segunda sección se describen los análisis correspondientes a la estadística inferencial como son: Correlaciones, ANOVAS, Prueba T y los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach para cada uno de los factores y las escalas completas.

### Estadística Descriptiva

Variables sociodemográficas

#### SEXO

Figura 5.1. Variable Sociodemográfica Sexo.

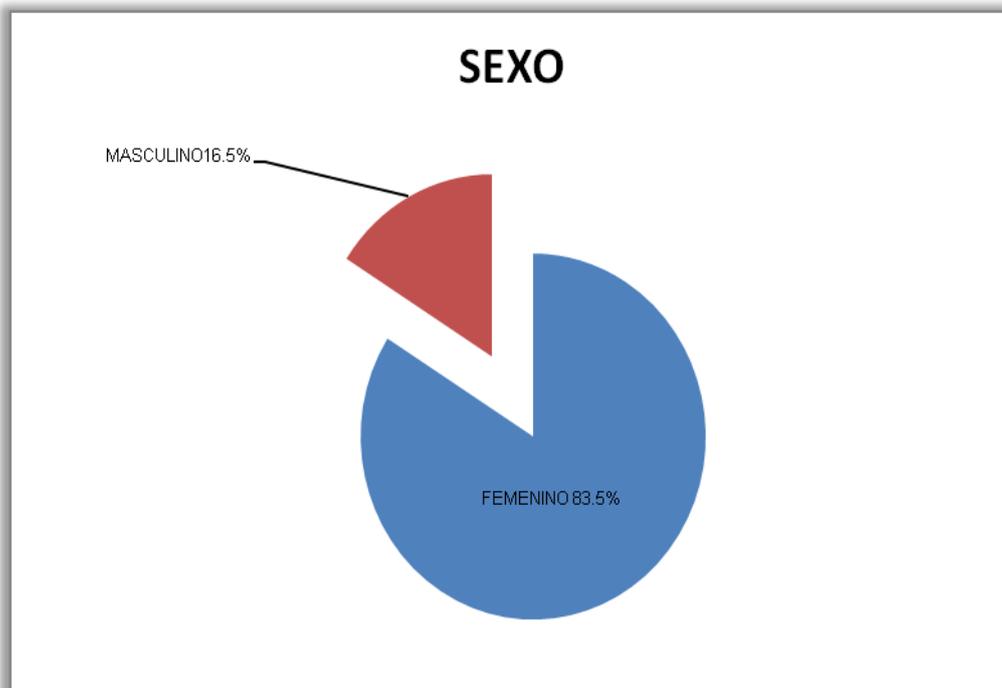


Figura 5.1. Se puede observar que de las 200 enfermeras (os) que conformaron la muestra del presente estudio el 83.5% (167) eran mujeres y el 16.5% (33) eran hombres.

## EDAD

Figura 5.2. Variable Sociodemográfica Edad.

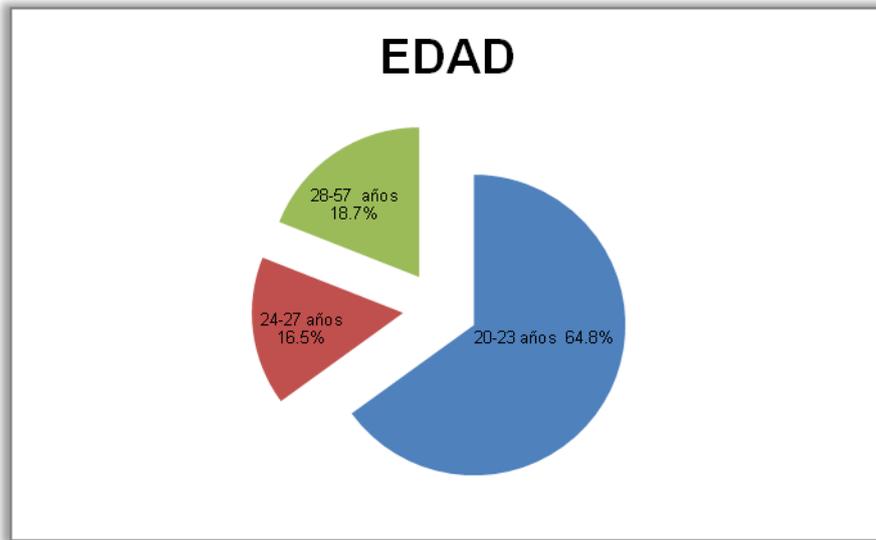


Figura 5.2. Se observa que el rango de edad de la muestra en estudio fue de los 20 a los 57 años, donde el 64.8% (129) tienen de entre los 20 a los 23 años, el 16.5% (33) de 24 a 27 años, el 18.75% (38) de 28 a 57 años.

## ESTADO CIVIL

Figura 5.3. Variable Sociodemográfica Estado Civil.

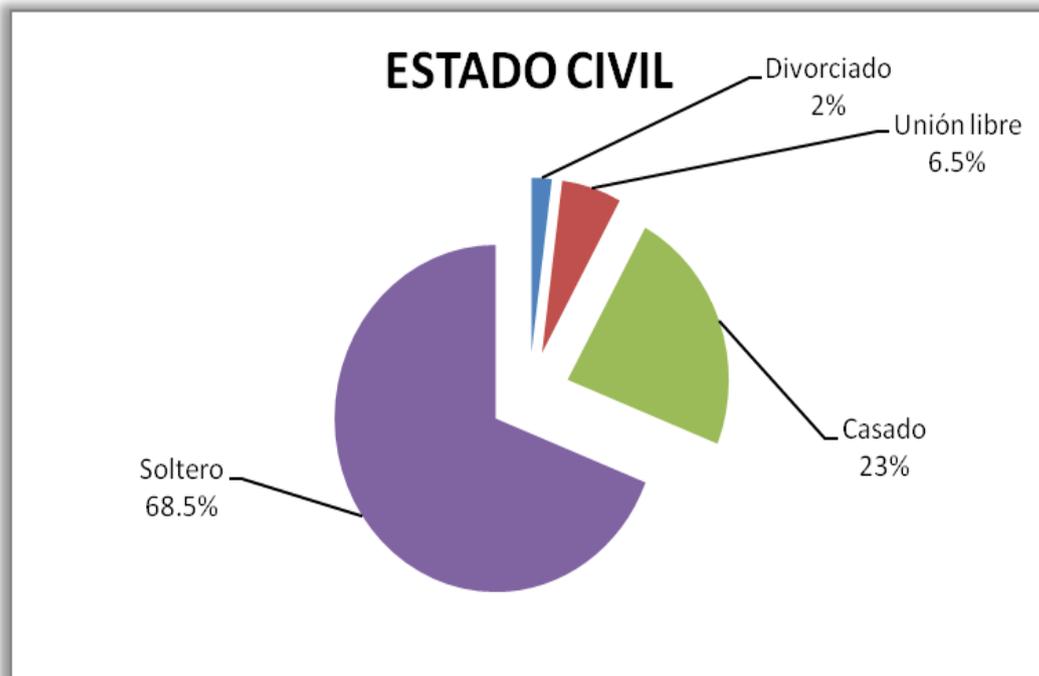


Figura 5.3. Se puede observar que el 68.5% (137) reportó ser soltero, el 23% (46) reportó ser casado, el 2% (4) reportó ser divorciado, el 6.5% (13) reportó vivir en unión libre.

## AÑOS CON PAREJA

Figura 5.4. Variable Sociodemográfica Años con Pareja.



Figura 5.4. Se puede apreciar que de las personas que reportaron tener pareja el 60% reportó tener de 0-5 años, el 9% reportó tener de 6-10 años, el 24% reportó tener de 11-20 años, el 7% reportó tener de 21-30 años.

## ESCOLARIDAD

Figura 5.5. Variable Sociodemográfica Escolaridad.

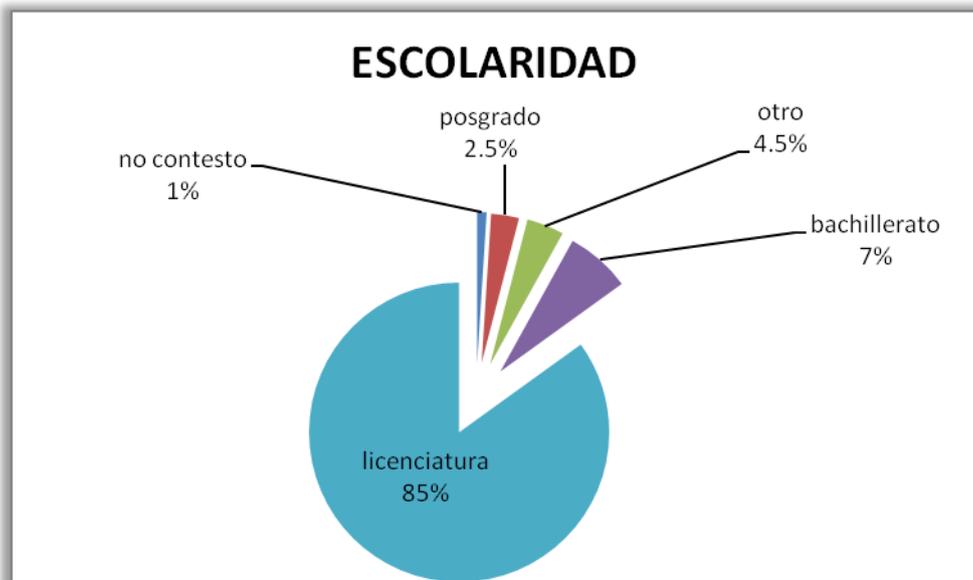


Figura 5.5. Se puede observar que el 7% (14) de la muestra reportó tener el nivel de bachillerato, el 85.5% (171) universidad, el 2.5% (5) postgrado, 4.5% (9) otro y 1.5% (1) no contestó.

## ANTIGÜEDAD

Figura 5.6. Variable Sociodemográfica Antigüedad.

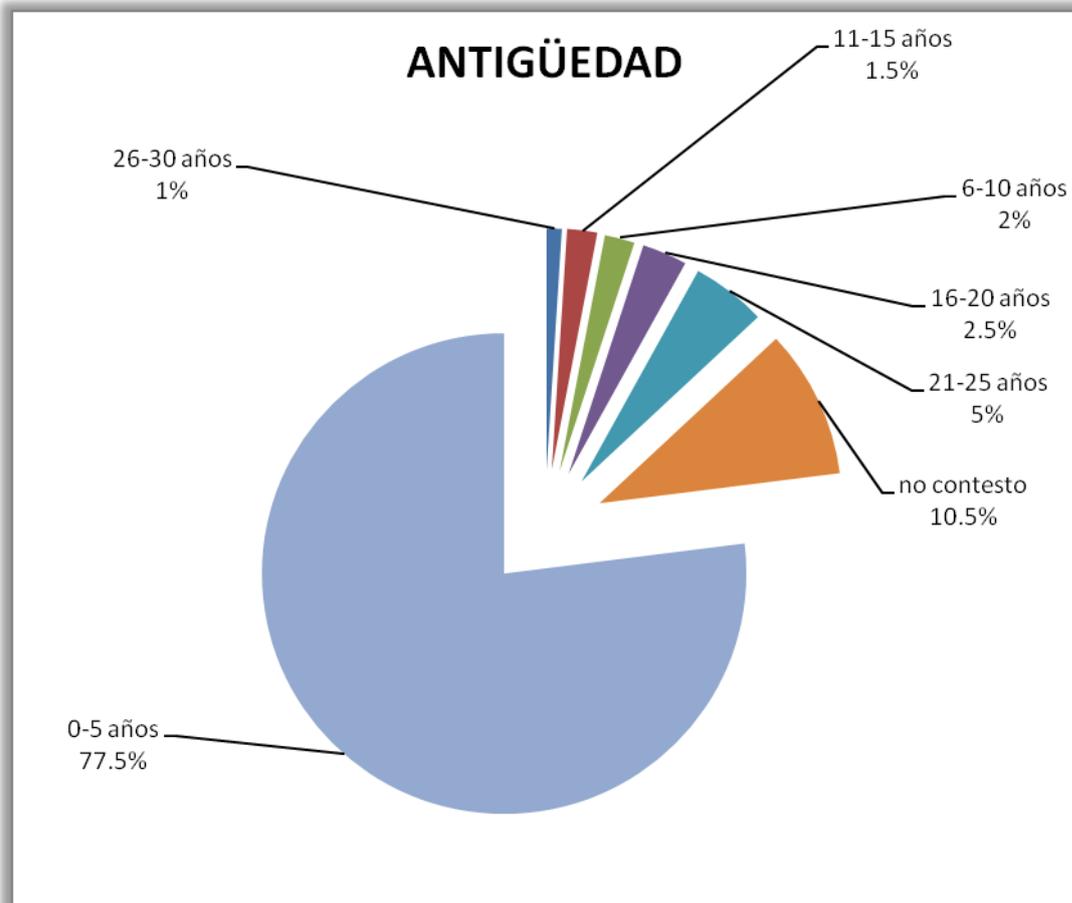


Figura 5.6. En la siguiente figura se puede observar que con respecto a la antigüedad el 77.5% (155) señalaron tener de 0 a 5 años, el 2% (4) de 6 a 10 años, el 1.5% (3) señalaron tener de 11 a 15 años, el 2.5% (5) de 16 a 20 años, 5% (10) de 21 a 25 años, el 1% (2) de 26 a 30 años, el 10.5% (21) no contestó.

## AÑOS TRABAJANDO

Figura 5.7. Variable Sociodemográfica Años Trabajando.



Figura 5.7. Se aprecia que el 72.5% (145) indicó tener de 0 a 10 años de trabajar, el 9% (18) de 11 a 20 años, el 8.5% (17) de 21 a 30 años, el 2.5% (5) de 31 a 40 años, el 7.5% (15) no contestó.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la estadística descriptiva de algunas variables sociodemográficas de la muestra conformada por 200 enfermeras el 83.5% corresponden al sexo femenino, en relación a la variable edad el 64.8% se encuentran en un rango de 20 a 23 años, con respecto a la variable estado civil el 68.5% son solteros, sin embargo el 60% reportó tener una relación con pareja de 0 a 5 años, en cuanto a la escolaridad el 85% reportó tener un nivel universitario, en relación a la antigüedad el 77.5% reportó tener una antigüedad laborando de 0 a 5 años y finalmente en relación a la variable sociodemográfica años trabajando el 72.5% reportó tener de 0 a 10 años.

Es importante recalcar que en la variable años trabajando los participantes no sólo reportan su tiempo laborando en la profesión de enfermería si no también de trabajos anteriores.

## Estadística Inferencial

### Correlaciones

Los datos reportados por la aplicación de la escala fueron sometidos a una serie de análisis de Correlación Producto-Momento de Pearson, en la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

#### EMEDO-Factores Psicosomáticos

En la Tabla 5.1 se pueden observar las relaciones significativas y positivas entre Desgaste emocional (F1) con los factores Despersonalización (F2), Insatisfacción (F3) y los Trastornos Psicosomáticos. Así como, el factor Despersonalización (F2) con Insatisfacción (F3) y el factor Insatisfacción (F3) con el factor Despersonalización (F2) y los Trastornos Psicosomáticos.

Tabla 5.1. Correlación Producto Momento de Pearson entre el síndrome de Burnout y los Trastornos Psicosomáticos.

Variables	F1 Desgaste emocional	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción	Psicosomáticos
F1 Desgaste emocional	1			
F2 Despersonalización	.222**	1	.414**	
F3 Insatisfacción	.524**	.414**	1	
Psicosomáticos	.413**		.244**	1

\* <.05 \*\* <.01

Nota: Los \* indican el tipo de correlación que existe el Síndrome de Burnout y los trastornos Psicosomáticos, en este caso indica que existe una relación significativa y positiva con una significancia <.01.

En la Tabla 5.2 se pueden apreciar las relaciones significativas y positivas existentes entre el síndrome de Burnout y los siete trastornos psicosomáticos. El factor Desgaste Emocional (F1) tiene relación con los trastornos de sueño, gastrointestinales, psiconeuroticos, dolor,

ansiedad, y depresión; el factor de Insatisfacción (F3) con los trastornos de sueño, gastrointestinales, dolor, ansiedad y depresión. En lo que respecta a los trastornos psicosomáticos entre si, se puede apreciar que: el trastorno de sueño tiene relación significativa y positiva con los trastornos gastrointestinales, psicosexuales en mujeres, psiconeuroticos, dolor, ansiedad y de depresión, los trastornos psicosexuales en mujeres tiene relación con los trastornos sueño, gastrointestinales, dolor, ansiedad y depresión y en cuanto a los psicosexuales en hombres tiene relación con el trastorno de ansiedad.

Los trastornos gastrointestinales tiene relación positiva con los trastornos psiconeuroticos, dolor, ansiedad y depresión, los trastornos psiconeuroticos tienen relación dolor, ansiedad y depresión. Finalmente el trastorno de dolor mostro relación positiva y significativa con el trastorno de ansiedad y depresión.

Tabla 5.2. Correlación Producto Momento de Pearson entre el Síndrome de Burnout y los trastornos Psicosomáticos.

	Desgaste emocional	Despersonalización	Insatisfacción	Sueño	Psicosexuales H	Psicosexuales M	Gastrointestinales	Psiconeuroticos	Dolor	Ansiedad	Depresión
Desgaste emocional	1										
Despersonalización	.222**	1									
Insatisfacción	.524**	.414**	1								
Sueño	.386**		.235**	1							
Psicosexuales H					1						
Psicosexuales M				.364**		1					
Gastrointestinales	.374**		.196**	.447**		.343**	1				
Psiconeuroticos	.204**			.313**			.346**	1			
Dolor	.318**		.163*	.402**		.418**	.534**	.365**	1		
Ansiedad	.272**		.224**	.380**	.422*	.377**	.460**	.312**	.405**	1	
Depresión	.272**		.245**	.518**		.400**	.279**	.313**	.337**		1

\* <.05 \*\* <.01

Nota: Los \* indican el tipo de correlación que existe el Síndrome de Burnout y los trastornos Psicosomáticos, en este caso nos indica que existe una relación significativa y positiva con una significancia <.01 y <.05.

### Análisis de varianza (ANOVAS)

Con objeto de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias grupales, se realizaron análisis de varianza de una vía (One Way ANOVA), entre el síndrome de Burnout (F1, Desgaste Emocional, F2, Despersonalización y F3 Insatisfacción), los trastornos psicósomáticos y la variable sociodemográfica sexo.

Tabla 5.3. Análisis de Varianza (ANOVA) entre el Síndrome de Burnout y la variable Sociodemográfica Sexo.

VARIABLES SOCIODEM OGRÁFICAS	GRUPOS	F1DESGASTE EMOCIONAL	F2 DESPERSONALIZAC IÓN	F3 INSATISFACCIÓN
SEXO	MASCULINO	2.9676	2.0887	2.2435*
	FEMENINO	2.8828	2.8623	1.8044*

\* <.05

Nota: Los \* indican si existe una relación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y la variable sociodemográfica sexo, en este caso se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa entre F3 (insatisfacción) con la variable sociodemográfica sexo.

En la tabla 5.3 se puede observar que el factor de Insatisfacción (F3) mostro diferencia estadísticamente significativa con la variable sexo (F. 6.573, p. < .011)

Tabla 5.4. Análisis de varianza entre los trastornos psicósomáticos y algunas variables sociodemográficas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	GRUPOS	SUEÑO	DOLOR	ANSIEDAD	GASTRO INTESTINALES	PSICONEUROTICOS	DEPRESIÓN
SEXO	MASCULINO	1.6910	1.9563*	2.0909	1.3333	1.3000	2.0909
	FEMENINO	1.6868	2.2549*	2.1018	1.5071	1.5000	2.3892
AÑOS CON PAREJA	0-5 AÑOS	1.6443	1.9538	1.8889*	1.4753	1.3500	2.1852
	6-10 AÑOS	2.1467	2.4900	3.5000*	1.5833	1.5500	2.5000
	11-20 AÑOS	1.8579	2.3600	2.0000*	1.6364	1.6300	2.6364
	21-30 AÑOS	1.6749	2.2000	1.0000*	1.5556	1.1800	2.0000

\* <.05

Nota: Los \* indican si existe una relación estadísticamente significativa entre los trastornos psicósomáticos y algunas variables sociodemográficas, en este caso se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable sociodemográfica años con pareja con el trastorno psicósomático ansiedad y la variable sociodemográfica sexo tiene una relación estadísticamente significativa con el trastorno psicósomático dolor.

En la Tabla 5.4 se muestra que el trastorno dolor obtuvo diferencias estadísticamente significativas con la variable sexo ( $F 3.939 p. <.049$ ), de igual forma el trastorno ansiedad obtuvo diferencias estadísticamente significativas con la variable años con pareja ( $F 3.262 P. <.031$ ), lo que nos indica que tanto hombres y mujeres en la muestra estudiada están propensos al dolor. En cuanto a la variable sociodemográfica años con pareja, y el trastorno psicossomático ansiedad, se pudo observar que sin importar los años que se tengan con una pareja, se presenta ansiedad.

Con objeto de determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medias grupales, se realizaron pruebas T (para diferentes variables) para confirmar los resultados arrojados por los análisis de varianza de una vía (ANOVA), entre los factores del síndrome de Burnout (Desgaste Emocional, Insatisfacción y Despersonalización), los Trastornos Psicossomáticos (Sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuroticos, dolor, depresión y ansiedad)

Tabla 5.5 Prueba T entre el síndrome de Burnout y algunas variables Sociodemográficas.

	Variables	Grupos	F	Media	Sig.	Sig. (2-tailed)
Gastrointestinales	Sexo	Masculino	6.687	1.3333	.010	.071
		Femenino		1.5071		
Despersonalización		Masculino	10.801	2.0887	.001	.135
		Femenino		1.8623		
Insatisfacción		Masculino	15.111	2.2435	.000	.011
		Femenino		1.8044		
Psiconeuroticos	Escolaridad	Bachillerato	6.686	8.9048	.011	.218
		Universidad		7.4911		
Ansiedad		Posgrado	6.667	2.4000	.027	.180
		Otro		2.1111		
Despersonalización	Antigüedad	11-15 años	5.715	1.6790	.054	.390
		16-20 años		2.3012		
Ansiedad		21-25 años	6.667	2.0000	.027	.180
		26-30 años		1.0000		
Dolor	Años con pareja	11-20 años	4.656	2.3600	.054	.757
		21-30 años		2.2000		
Ansiedad	Edad	20-23 años	3.642	2.2171	.058	.059
		24-27 años		1.8158		
Psiconeuroticos		28- 57 años	5.616	9.2647	.019	.130

<.05

Nota: En la tabla se puede observar que existe una relación significativa entre la variable sexo con los factores gastrointestinales (F 6.687), despersonalización (F 10.801) e insatisfacción (F 15.111); la variable escolaridad con el trastorno psiconeurótico (F 6.686) con el grupo correspondiente a bachillerato y universidad, ansiedad (F 6.667) con el grupo correspondiente a posgrado y otros; la variable antigüedad con los factores despersonalización (F 5.715) con el grupo correspondiente de 11 a 20 años y con la variable ansiedad (F 6.667) correspondiente al grupo de 21 a 30 años, la variable edad con el trastorno ansiedad (F3.642) correspondiente al grupo de 20 a 27 años y con el trastorno psiconeurótico (F5.616) correspondiente al grupo de 28 a 57 años. Finalmente la variable años con pareja con el trastorno dolor (F 4.656) con el grupo correspondiente de 11 a 30 años.

Figura 5.8 Fases del síndrome de Burnout a partir del Modelo de Leiter.

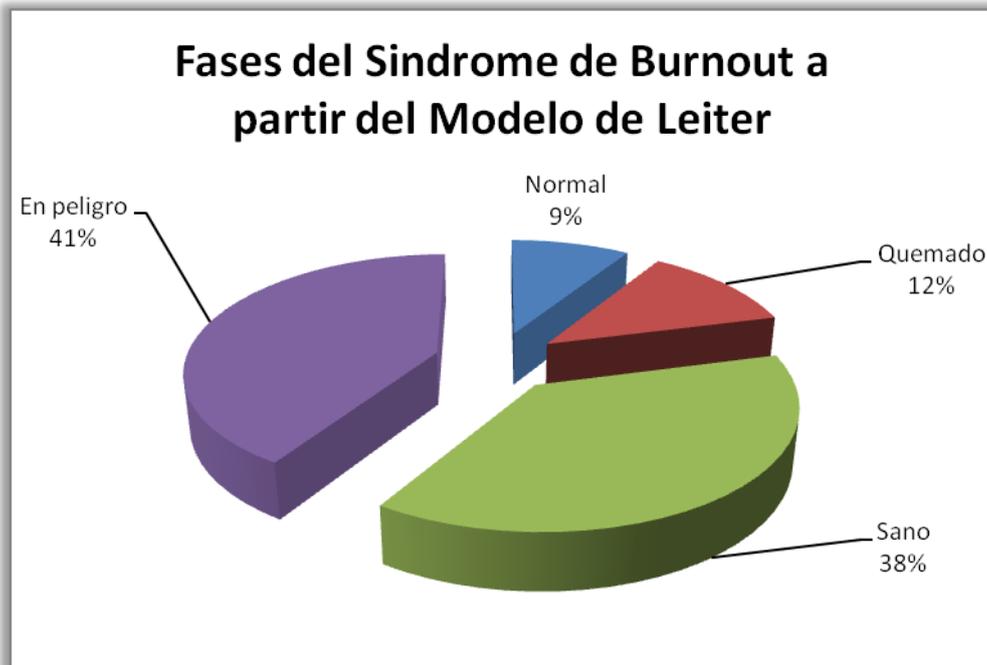


Figura 5.8 En la figura se aprecia la incidencia en cada una de las fases del síndrome de Burnout, a partir del Modelo de Leiter de las 200 personas encuestadas, donde se obtuvieron los siguientes resultados: El 41% (82) se encuentra en peligro, el 38% (76) están sanos, el 12% (24) están quemados y el 9% (18) tiene un nivel normal del síndrome.



## *DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES*

## **Discusión y Conclusiones**

El trabajo es una actividad fundamental y básica en la vida adulta, en el cual una de las prioridades es satisfacer las necesidades básicas tales como el desarrollo personal, profesional y emocional para una mejora en su calidad de vida. Sin embargo esta actividad también puede generar estrés, el cual en situaciones desfavorables afecta negativamente al personal en general, causando problemas como el ausentismo, disminución de la calidad en el trabajo y la productividad, entre otros (Balseiro, 2010).

Uno de los grupos más afectados por el estrés es el personal de enfermería, que esta expuesto a factores de riesgo relacionados con el trabajo de carácter organizacional en los hospitales, como propios de la tarea que ha de realizar, pues su servicio implica el trato directo con personas.

En esta profesión existe una alta exigencia de concentración y responsabilidad lo que trae como consecuencia desgaste generando manifestaciones de carácter físico, psicológico, conductual y laboral.

El síndrome de Burnout es definido por Maslach (1977) como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal que aparece en el contexto laboral y que esta compuesto por tres dimensiones: Desgaste Emocional, Despersonalización e Insatisfacción.

De acuerdo con Maslach y Jackson (1981, 1982) el Agotamiento se presenta como una pérdida progresiva de energía, el cansancio, el desgaste y la fatiga en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de si mismos a nivel afectivo es una experiencia de estar emocionalmente agotado por haber mantenido un contacto cotidiano con las personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La Despersonalización se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas. La Insatisfacción se manifiesta como respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar la presencia del síndrome de Burnout en enfermeras que laboran en Hospitales Públicos de la Ciudad de México, así como la incidencia del síndrome y la relación entre los factores de Agotamiento Emocional, Despersonalización e Insatisfacción y las variables Sociodemográficas.

Existe poca investigación en el sector salud en México utilizando un instrumento diseñado para la cultura mexicana como lo es la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) reconociendo el síndrome de Burnout como una enfermedad que afecta al personal de enfermería de las instituciones de salud al igual que a otras profesiones trayendo consecuencias a nivel organizacional profesional y personal.

La aplicación de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) en la muestra estudiada arroja la presencia del síndrome como lo muestran los siguientes resultados.

A partir de las correlaciones producto momento de Pearson y los Análisis de Varianza (One Way ANOVA) entre los factores del síndrome y las variables sociodemográficas, se obtuvieron las siguientes relaciones:

En cuanto a la relación entre los tres factores del síndrome de Burnout, se pudieron observar las relaciones significativas y positivas entre el Desgaste Emocional con los factores Despersonalización, Insatisfacción y los trastornos psicósomáticos, así como el factor Despersonalización obtuvo una relación significativa con el factor Insatisfacción y este último con el factor Despersonalización y los trastornos psicósomáticos.

Los presentes resultados concuerdan con la investigación realizada por Lozano (2010) en una muestra de 104 sujetos económicamente activos en la cual se encontró que a mayor Desgaste Emocional e Insatisfacción mayores serán los trastornos psicósomáticos, del mismo modo Uribe (2002) encontró que tanto el factor Agotamiento como el factor Insatisfacción mostraron altas correlaciones positivas con los trastornos psicósomáticos, sin embargo, dicho autor señala la relación del factor Despersonalización con los trastornos psicósomáticos.

De los autores mencionados en esta investigación se encontró una relación entre la insatisfacción y los trastornos psicósomáticos.

En otra investigación llevada a cabo por Parada (2005) se reportó que la profesión de enfermería es estresante y que afecta a la satisfacción laboral así como la presencia de Cansancio Emocional, Despersonalización y Desgaste Emocional.

Por su parte Hernández (2005) encontró una relación significativa entre el Burnout y la sintomatología cardiovascular la cual reportó ser manifestada por agotamiento físico,

cansancio, dolencia de cuello y espalda, cefalea y migraña, así como problemas cardiovasculares y gastrointestinales.

Con base en la bibliografía consultada y los resultados obtenidos en la muestra utilizada se reportó la presencia de la relación existente entre los factores del síndrome.

A partir de las Correlaciones producto momento de Pearson se obtuvieron relaciones significativas y positivas entre los tres factores del síndrome de Burnout y los siete trastornos psicósomáticos; (ver tabla 5.2). En donde, a mayor Desgaste Emocional mayor es la incidencia de los trastornos del sueño, gastrointestinales, psiconeuróticos, dolor, ansiedad y depresión. A mayor insatisfacción mayor es la incidencia de los trastornos del sueño, gastrointestinales, dolor, ansiedad y depresión.

Respecto a los trastornos psicósomáticos entre sí, se puede apreciar que: el trastorno de sueño tiene relación con los trastornos psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, de dolor, ansiedad y depresión. De igual forma los trastornos psicosexuales en hombres tienen relación con el trastorno ansiedad, y los trastornos psicosexuales en mujeres presentan una relación con los trastornos gastrointestinales, dolor, ansiedad y depresión; los trastornos gastrointestinales mostraron relación con los trastornos psiconeuróticos, dolor ansiedad y depresión, respecto a los trastornos psiconeuróticos se obtuvo una relación con el trastorno de dolor, ansiedad y depresión; finalmente el trastorno de dolor mostro relación con el trastorno de ansiedad y depresión.

La literatura reporta que dentro de las consecuencias fisiológicas que presenta el síndrome se encuentra el cansancio y fatiga crónica; así como la presencia de insomnio, cefaleas, dolores músculo-esqueléticas, taquicardias, alteraciones gastrointestinales como gastritis, estreñimiento y aumento de la presión arterial Bosqued (2005).

La investigación de Balseiro (2007) con personal de enfermería encontró que las áreas más afectadas son en la fisiológica con presencia de várices, exceso de trabajo, molestias gastrointestinales, fatiga y cansancio, agotamiento, afecciones respiratorias, cefaleas o migrañas y molestias cardiovasculares y en el área psicológica la presencia de angustia, estrés y trastornos del sueño.

Al igual que la literatura y las investigaciones reportadas nuestra investigación arrojo que existe la presencia de daños físicos y psicológicos en la muestra estudiada.

A partir de los análisis de varianza (One Way ANOVA) entre los trastornos psicosomáticos y las variables sociodemográficas se obtuvieron los siguientes resultados: (ver tabla 5.3, 5.4)

En cuanto a la relación entre los tres factores del síndrome de Burnout y la variable sexo, se encontraron diferencias significativa en el factor Insatisfacción que a diferencia a lo reportado por Lozano (2010) quien solo encontró que los hombres son los que sufren en mayor medida el factor de Insatisfacción.

En otra investigación realizada por Martínez y López (2005) encontraron que los hombres tienen mayor propensión a presentar manifestaciones de Burnout que las mujeres, pero también demostraron que las mujeres son las que se encuentran más agotadas, menos eficaces y las que muestran mayores síntomas depresivos. Al igual que Ríos y Hill (2006) menciona que el género femenino es el grupo más vulnerable por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades que prolongarían el rol de mujer.

En lo que respecta a los trastornos psicosomáticos tanto hombres como mujeres mostraron mayor nivel en el trastorno psicosomático dolor, de igual forma las personas con pareja presentaron mayores niveles del trastorno de ansiedad, a diferencia de esta investigación, Regalado (2008) obtuvo una relación estadísticamente significativa con las variables: sueño, dolor, gastrointestinales, depresión, ansiedad, psicosexuales y psiconeuróticos.

A partir de los análisis de la prueba T para muestras independientes entre el síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas se obtuvieron los siguientes resultados:

**Edad** (ver tabla 5.5) pág. 90.

Con lo que respecta a la variable sociodemográfica edad se encontró una relación estadísticamente significativa con el factor ansiedad correspondiente al rango de 20 a 27 años, lo cual nos indica que a menor edad se presento mayor ansiedad en la muestra estudiada. Así mismo hay una relación significativa con el trastorno psiconeurótico en el rango correspondiente de 28 a 57 años, lo cual nos indica que en la muestra estudiada a mayor edad se presentaron trastornos psiconeuróticos.

De acuerdo a la literatura se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable al síndrome de Burnout, siendo éstos los primeros años de carrera profesional, pues sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las prometidas ni las esperadas (Ríos & Hill, 2006).

A diferencia de otros autores como Albadejo Quiroz y Perezagua 2003 (en Espinoza, Zarate & Fernández, 2007) quienes refieren que la edad no tiene relación significativa.

### **Escolaridad** (ver tabla 5.5) pág. 90.

Con relación a la variable sociodemográfica escolaridad encontramos una relación estadísticamente significativa con el trastorno psiconeuróticos en el grupo correspondiente a bachillerato y universidad y una relación estadísticamente significativa con el trastorno ansiedad con el grupo correspondiente a posgrado y otros.

Lo cual nos indicó que sin importar el nivel de estudios se puede presentar daños psicosomáticos, a diferencia de Solano y Adali (2003, en Espinoza, Zarate & Fernández, 2007) quienes encontraron que aquellos que tiene un nivel académico más alto presentan niveles de moderado-alto de Burnout, ya que tiene mayor responsabilidad en cuanto a conocimientos.

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001, en Uribe, 2008) mencionan que personas con un mayor nivel educativo reportan mayores niveles de Burnout en comparación con empleados menos educados. Sin embargo esta interpretación no es clara, ya que la educación es un factor confuso de múltiples variables como ocupación y estatus socioeconómico.

### **Antigüedad** (ver tabla 5.5) pág. 90.

Gutiérrez (2010) en una investigación llevada a cabo en el Instituto de Cancerología encontró que en cuanto a la antigüedad, existe una relación significativa entre el rango correspondiente entre uno y diez años y el síndrome de Burnout. Así mismo Fenning (1991, en Ríos & Hill, 2006) encuentra que los sujetos que más experimentan el síndrome acabarían por abandonar su carrera, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout desarrollaron y por ello siguen presentes.

Ríos y Hill (2006) respecto a la antigüedad laboral ha encontrado una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

De igual forma Solano, Atance y Caballero (2002, en Espinoza, Zarate, & Fernández, 2007) hacen referencia que a mayor antigüedad laboral, se genera mayor Despersonalización y Agotamiento Emocional lo cual provoca el síndrome de Burnout y refieren que los años promedio para que se de esta situación son de más de 15 a 19 años laborando. Sin embargo Perezagua, Adali y Gil- Monte (2003, en Espinoza, Zarate, & Fernández, 2007) han encontrado que las personas en sus primeros años laborales, al no contar con la experiencia necesaria genera estrés ante una situación desconocida durante el proceso de adaptación haciéndolas más vulnerables al equilibrar las expectativas idealistas ante un contexto nuevo.

En relación con lo anterior en la presente investigación se obtuvo que entre 11 y 20 años de antigüedad se presentó mayor Despersonalización y entre 20 a 30 años laborando hubo presencia del trastorno de ansiedad. Lo cual concuerda con los resultados de las investigaciones mencionadas.

**Años con pareja** (ver tabla 5.5) pág. 90.

De acuerdo a la bibliografía revisada Barria (2002, en Ríos & Hill, 2006) menciona que aun cuando el síndrome de Burnout se ha asociado más con las personas que no tienen pareja estable, no hay acuerdo unánime al respecto. Parece que las personas solteras tienen un mayor Cansancio Emocional, menor Realización Personal y más Despersonalización que quienes están casadas o que conviven con parejas estables. En este mismo orden, la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres a ser personas más maduras y estables.

La presencia de familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad de afrontar problemas personales y conflictos, y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. Sin embargo es importante señalar que la presencia de un apoyo moral, radica en la percepción que las personas tienen del apoyo social con el que cuentan y reciben.

En la presente investigación se encontró que las personas que tiene entre 11 y 30 años con su pareja son más propensas a presentar alteraciones psicosomáticas como el dolor. Lo cual nos dice que cuando las personas tienen un apoyo social tienen menor probabilidad a presentar el síndrome de Burnout.

Con el objeto de identificar la incidencia del síndrome de Burnout a partir del modelo de Leiter, de las 200 personas encuetadas, se realizaron frecuencias, obteniendo los siguientes resultados: El 41% (82) se encuentra en peligro, el 38% (76) están sanos, el 12% (24) están quemados y el 9% (18) normal (ver figura 5.8).

De acuerdo con los resultados puede concluirse que existe un alto porcentaje con la presencia del síndrome en la población estudiada, por tal motivo es importante reconocer que existe un problema en el sector salud el cual esta generando consecuencias tanto a nivel individual como organizacional.

Entre las consecuencias a nivel individual se encuentran altos índices de estrés, fatiga, enfermedades gastrointestinales, irritabilidad, cambios de humor, ansiedad, depresión, pero no solo eso, sino que esto lleva a la persona a tener consecuencias en su ambiente laboral como el ausentismo laboral elevado, propensión al abandono del puesto y/o de la organización, la baja implicación laboral, el bajo interés por las actividades laborales, el deterioro de la calidad de servicio de la organización, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización, al igual que el aumento de la rotación laboral no deseada, y el aumento de accidentes laborales (Gil Monte, & Peiró 1997).

En la profesión de enfermería existen factores de riesgo particulares como son:

- Psicosociales.- Los cuales incluyen trabajo nocturno y por turnos, la sobrecarga laboral, el sentimiento de angustia y depresión, debido al contacto permanente con el dolor y la enfermedad, inadecuada organización en el trabajo, ausencia de estímulos y desarrollo profesional.
- Biológicos.- Los cuales incluyen la trasmisión de infecciones debido a las actividades que realizan y el contacto tanto con pacientes como con su equipo de trabajo.
- Físicoquímicos.- Lo cual tiene que ver con el espacio en las instalaciones en donde laboran.

- De seguridad y ergonómicos.- Lo cual se relaciona con los equipos e instrumento de trabajo, las cargas físicas, los requerimientos excesivos de fuerza, así como las posturas inadecuadas que resultan nocivas para las enfermeras (Balseiro, 2010).

Como ya se menciona, estos daños repercuten en la calidad de vida en el personal de enfermería y en consecuencia en la calidad del servicio que prestan, ya que cuando los niveles de bienestar de las enfermeras se afectan negativamente, repercute en su capacidad de participación, en la educación y la salud, dejando consecuencias en su desarrollo personal y social, perdiéndose sus capacidades humanas para el desarrollo de la creatividad y el crecimiento humano (Romero, Mesa & Galindo 2008).

Son muchas las exigencias que hacen complejo y difícil el ámbito laboral como lo son: insuficiencia, ineficiencia, inequidad, insatisfacción, inadecuada calidad e inseguridad por lo cual México debe reformar sus sistemas de salud a corto plazo para mejorar los niveles de vida para los trabajadores.

Estos factores que empobrecen el ejercicio de enfermería no se limitan a su entorno laboral y familiar, sino que trasciende los actos del cuidado de enfermería, percibiendo cambios de rumbos conceptuales y prácticos que se generan en el marco de las reformas en salud y de las políticas de flexibilidad laboral.

El perfil de calidad de vida de estos profesionales plantea revisar si el número de enfermeras que tienen las instituciones de salud es el necesario, si sus niveles de competencias y formación están siendo subutilizados, si las jornadas laborales permiten más eficiencia y seguridad en el cuidado y si sus condiciones laborales dignifican su condición humana, ya que ningún sistema de salud puede ser eficiente y digno de sus postulados si sus profesionales viven escasamente para la sobrevivencia día a día y postergan su pleno desarrollo humano.

La labor de las enfermeras es una parte clave para la transmisión efectiva y eficiente para el cuidado de la salud. Por lo que la educación y la capacitación de las enfermeras debe ser de la más alta calidad para que funcionen de manera competente.

Por ello es importante tomar conciencia de la situación que afronta esta profesión y tomar las medidas necesarias para enfrentar las situaciones que genera el síndrome de Burnout.

## **Limitaciones**

En la presente investigación la limitante principal, fue la poca colaboración del personal de enfermería de las instituciones hospitalarias, ya que por su sobrecarga de trabajo la mayoría se negaba a contestar el instrumento, lo que impidió tener una muestra uniforme. Así mismo los participantes postergaban la entrega del instrumento y en ocasiones el llenado era incompleto, debido a la falta de personal en el hospital, la carga de trabajo y el rol de turno por lo que no nos permitió tener una información más completa en ciertas variables de calidad de vida y sociodemográficas.

## **Sugerencias**

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación y a la literatura consultada, se observa que la incidencia del síndrome es grande no solo en la profesión de enfermería, sino en otras profesiones que tienen contacto directo con personas, por lo que es de suma importancia tomar cartas en el asunto proporcionando la información necesaria a los trabajadores de salud sobre dicho síndrome.

Una sugerencia para próximas investigaciones es no solo identificar la incidencia, sus causas y sus consecuencias del síndrome, sino implementar programas de intervención que resuelvan el problema.

Con respecto a la población de enfermería es importante llevar a cabo un análisis en cuanto a (Balseiro, 2010):

- Evitar interrupciones en el trabajo que incrementan la incertidumbre y duplican la realización de actividades.
- Identificar las molestias de índole físico, psicológico, conductual y laboral de este síndrome y canalizar aquellas enfermeras a los servicios psicológicos que presenten estas manifestaciones.
- Hacer una revisión exhaustiva del equipo de trabajo, ya que el no contar con los recursos necesarios genera insatisfacción ausentismo y trastornos en la salud mental de las enfermeras.

- Pagar el salario justo de acuerdo al nivel jerárquico y desempeño.
- Crear un área de descanso.
- Solicitar capacitación en las áreas donde se requiera.

De manera general que toda organización de cualquier índole implemente programas culturales, recreativos y deportivos en el personal que ahí labora para mejorar la calidad de vida y con esto disminuir la prevalencia del síndrome de Burnout.



## *REFERENCIAS*

## Referencias

- Albanesi S. (2004). *Burnout en guardias médicas y de Enfermería*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica ALCMEON. No. 3, Buenos Aires.
- Almendro, P.C. (2001). *Síndrome de Burnout* Recuperado el 18 de Febrero de 2011 en <http://www.diezminutos.org/burnout.Htm>.
- Anzaldo G. (2002) *El Síndrome de Fatiga Emocional (Burnout) en el personal de Enfermería del Hospital General de Zona No. 27, México, D.F.*
- Arita W. (2006). *Síndrome de Burnout (estrés crónico asistencial)*, México: creativos.
- Baez, M. E. (1982). *El edificio del Hospital de Jesús*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Balderas, M. (1998). *Ética de Enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana
- Balseiro L. (2007). *El Síndrome Burnout en el personal de Enfermería que labora en las áreas críticas de un hospital público y de un privado, en México, D.F.* Revista Enfermería Universitaria Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia - Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 4 No. 2 México.
- Balseiro A. L. (2010). *Síndrome de Burnout: factor de riesgo laboral en el personal de enfermería*, México: Trillas.
- Barquín C. C. (2003). *Dirección de Hospitales*, México: Mc Graw-Hill.
- Barragán M. L. (1968). *Historia del Hospital General de México*. México: Lerner Mexicana.
- Bernal C. (2002). *El nivel de estrés del personal de Enfermería que labora en el servicio de Quirófanos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE*. Escuela de Enfermería del ISSSTE, México.
- Bosqued, M. (2005). *Que no te pese el trabajo. Como cambiar el estrés y la ansiedad en el ambito laboral: Mobbing, estar quemado, tecnoestrés*. Barcelona: Librería de la empresa.

- Cabrera, L. S., Lopez, P., Salinas, S., Ochoa, G., Marin, I. A. y Haro L. (2005). *Síndrome de burnout en personal de enfermería de un hospital mexicano*. Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, 43 (1) 11-15.
- Calnan M. (1997). *Citizens, users and health care*. Eur J Public Health 7(1):1-2.
- Carloto M. (2004). *Predictores del Síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de Enfermería*. En la Revista Diversitas, Vol. 1; No. 2. Universidad Interna de Brasil.
- Chemiss, C. (1998). *Professional burnout in human service organization*. E.U. New York.
- Cheverría, M. (2007). *El exceso laboral: un peligro para la salud*. México: CMAC.
- Collière, F. (1993) .*Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Doyma.
- Cordellas P.S. (1942) *The Pantocrator, the imperial bizantyne medical Center of XIIIth century A.D. in Constantinople*. Bull Hist Med 392–410.
- Cordes, C.L. y Dougherty, T.W. (1993). *A review and an integration of research on job burnout*. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Corsi. J. (2008). *El Síndrome de Burnout en profesionales trabajando en el campo de la violencia doméstica*. México: Fundación de mujeres.
- Cortés del T. (2001). *El Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería que labora en las áreas críticas del Hospital General de México, en México, D.F. Fundamentos administrativos para su prevención*. Curso de Administración de los Servicios de Enfermería, Documento impreso del Hospital General, México.
- Denton, K; (1999). *La calidad en el Servicio a los Clientes*. España: Díaz de Santos.
- Díaz J. y Muñoz C. (2005). *Síndrome de quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital para pacientes cardíacos*. Revista Nurse Investigation No. 18 Madrid.

- Díaz de K. M., V. T. (1994). *Historia del Hospital General de México gráfico, creatividad y Diseño*. S.A de C.V
- Domínguez H. C. (1995). *Los Cuidados y la Profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Donabedian A. (1996). *Calidad de la Atención en Salud*. Vol. 3 Números 1 y 2. España.
- Fajardo, O. G. (2003). *Del Hospital de Jesus a Institutos Centros Médicos y Albergues*. Historia de los Hospitales de la Ciudad de México: Glaxo Smith Kline.
- Fernández del C. F. (1936). *La cirugía mexicana en los siglos XVI y XVII*. México. Ed. Laboratorios E R Squibb.
- Fernández C. F. De Asclepio a Hipócrates. (1982). De la medicina mitológica a la observación pura del enfermo. En: Facultad de Medicina, UNAM (eds). *Antología de escritos histórico-médicos del Dr. Francisco Fernández del Castillo*. Tomo I. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fernández, M.J. y Garrido L. E. (1999). *Psicopatología laboral. Trastornos derivados del trabajo*. Espana: Universitas Navarrensis.
- Ferrer, J, (2002). *Gestión de la Calidad y su Dimensión Ético Competitivo en la Pequeña y Mediana Empresa Metalmeccanica de la Región Zuliana*. Revista Venezolana de gerencia, volumen 7, Venezuela.
- Fitzpatrick R. (1991). *Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations*. BMJ; 302:887-9.
- Flynn y Aiken L. (2002). *Does International Nurse Recruitment influence practice value in USA Hospital?* En la Revista Journal of Noursing Scholarship No. 34 Vol. 1 , Philadelphia.
- Franco, M. (1997). *Manual integral de prevención: comparación del síndrome de burnout en un grupo de médicos, enfermeras y paramédicos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Panamericana.
- García N. G (2004). *Síndrome de Burnout en los equipos de Enfermería de Cuidados Intensivos de Cataluña*. En la Revista de Enfermería No. 7 Vol. 2, Barcelona.

- García S. (2002). *Tarea laboral y síndrome de Burnout en enfermeras de un área de salud*. Policlínico Comentario. Docente Previsora, Camagüey, Cuba.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró J. M. (1999). *Validez factorial de Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional*. *Psicothema*, 11, N 3, 679/ 689.
- Gil-Monte, P. R. (2003). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería*. *Revista electrónica InterAcao*. 1, n 1 de agosto de 2003, p. 19 33.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por El trabajo (Burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Piramide.
- Gómez A. y González, J. (2001). *El test de actividades de servicio como medio de evaluación en un proceso de selección de personal en una Institución Pública*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Salesiana A. C. Psicología.
- Gómez P. C. y Mesa M. L. (2007) *Vivencias en el cuidado de la salud y la vida en un contexto de precarización del trabajo en enfermería*. Colombia: Biblioteca de las casas.
- Gómez S. M. y Bondjale O. T. (2005). *Síndrome de Burnout o quemamiento de los profesionales: Prevención y tratamiento*. Barcelona.
- Guerrero, B.E. (2001). *Síndrome de Burnout o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Cáceres: Universidad de Extremadura.
- Gutierrez G. N. Y. y Pedraza A. C. B. (2010). *Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de enfermería del Instituto Nacional de Cancerología*. *Revista de Cancerología* Vol. 5: 31-35.
- Hernández C. (1995). *Historia de la enfermería: Un análisis histórico de los Cuidados de Enfermería*. Interamericana, McGraw-Hill. Madrid, p. 27.
- Hernández C. J. (1996). *Cuestiones de Enfermería*. España: McGraw-Hill/Interamericana.

- Hernández V. (2005). *Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en Enfermería de una institución de salud en el D.F.* Revista de Enfermería del IMSS. V.3, N° 13. México.
- Hernández S. R. Hernández C.C. y Baptista L. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Herrera S. y Cassals M. (2005). *Algunos factores influyentes en la ciudad de vida laboral de enfermería*. Revista Cubana de Enfermería, La Habana.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca.
- Leos, J. B. (2006). *Estudio preliminar y para la construcción de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)*. Tesis inédita de Licenciatura, México. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lozano V. A. (2010). *Relación entre el síndrome de Burnout y la percepción de restauración del medio ambiente físico, en una muestra de trabajadores mexicanos: un estudio correlacional*. Tesis de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Malagón L. (2006). *Garantía de Calidad en Salud*. Bogotá: Médico Internacional.
- Martínez H, G. y Salinas, V. M. L. (2008). *Autoestima y Calidad en el Servicio en el Hospital de la Mujer*. Tesis de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, C. y López, G. (2005). *Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas*. Archivos en Medicina Familiar, 7(1), 6-9
- Marquet R, Pujol G, Jiménez J. (1995). *Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo?* Cuadernos de Gestión 1(1):23-33.
- Mesa M. L. P. (2007) *La precarización del trabajo de enfermería: una consecuencia de las políticas públicas en salud*. Memorias del XVII Coloquio de Investigación Nacional en Enfermería. Paipa.

- Maslach, C., Schaufeli, W., y Leiter, M. (2001). *Job Burnout. Annual Review of Psychology*, 52, N° 1, 397-422.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Published.
- Menchaca I. Juan (1998). *Manual de estrategias para la búsqueda de la información: medicina basada en evidencias*.
- Mendoza, M. M., (2000). *Elaboración de Programas Anuales de Capacitación Tendientes a Elevar la Calidad en el Servicio en una Institución Pública*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mira JJ, Aranaz J. (2000). *La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria*. *Med Clin (Barc)*; 114(Supl 3):26-33.
- Núñez, R.V., (2006). *Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería*. Bogotá Organización Mundial de La Salud, (2002).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2005). *La convención No. 149 y la Recomendación 157*. Ginebra.
- Organización Munial de la Salud (2005). *Fortalecimiento de la Enfermería y la Partería*. Resolución 54.12 y 47.27. Revista de Enfermería del IMSS no. 9 (3) México.
- Porras, C. A. (2005). *Identificación de estresores laborales en profesionales de Enfermería*. Revista Presencia de Enfermería en Salud Mental No. 1 Enero-Junio, Malaga España.
- Parada, M. E. (2005). *Satisfacción laboral y Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del Instituto Autónomo Hospitalario Universitario "Los Andes" en Mérida, Venezuela*. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 23, No. 1 Enero-Junio, Universidad de Antioquia. Medellín.
- Ramírez T. J. y Rangel L. A. (2005). *Confiabilidad Del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores mexicanos pertenecientes al Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

- Real Decreto de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (2007). *Ley de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. Legislación Española en materia de riesgos laborales. Madrid, 2
- Regalado S. M. T. (2008). *El Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un Hospital General de la Secretaría de Salud del GDF*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Rivera T., J. A. (2004). *Prevención de riesgos laborales*. Revista BioMéd No. 15 BUAP. México, p. 139.
- Ríos, M. y Hill W. (2006). *Síndrome de Burnout*. Recuperado el 7 de Octubre del 2010 en <http://www.monografías.com> Ayacucho, Venezuela.
- Roa G. y López C. (1995). *Cambio de Actitudes en un Subsistema del Sector Público (S.T.C)*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología
- Rocha L. J. M. (2002). *Síndrome de Burnout: ¿El medico de urgencias incansable?* Revista Medicina de Urgencias, Abril-Junio México.
- Romero B. M. N. (2007) *El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia*. Avances de Enfermería. XXV (2).
- Romero B. M .N (2007) *Calidad de vida: entre la adversidad y los procesos de empoderamiento*. Ponencia en el XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Paipa. Agosto 23 a 25.
- Romero B. M. N., Mesa M. L. y Galindo H. S. (2008) *Calidad de vida de los profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado*. Artículo de Investigación AV. Enferm., XXVI (2): 59-70.
- Ruiz, G. H. y Saldaña, P. E. P. (2003). *Implementación de un Programa de Capacitación para Favorecer el Desarrollo de una Cultura de Calidad en el Servicio*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Secretaria de Salud Pública. (2008). Recuperado el 20 de Mayo del 2011 en: <http://www.salud.gob.mx>

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación Sectorial (1998). *Programa de Trabajo Comisión Interinstitucional de enfermería*. Documento de Trabajo. México.

*Segundo Informe de Gobierno*. (2009). Recuperado el 15 de Mayo del 2011 en: <http://www.segundo.informe.gob.mx>

Standing H. y Bloom G. (2002). *Beyond public and private? Unorganised markets in health care delivery*. Oxford, World Development Report (WDR) 2003/4, presentado en Making Services Work for Poor People.

Temes, M. J. L., (2002). *Gestión Hospitalaria*, España: McGraw Hill. 3 Ed.

Tonon, G. (2004). *Calidad de vida y desgaste profesional una mirada del Síndrome del Burnout*. Argentina: Espacio.

Unión Federal de Trabajadores (2007). *El trabajo y la salud, los factores de riesgos profesionales*. Delegados sobre Seguridad y Salud en el Trabajo. Madrid.

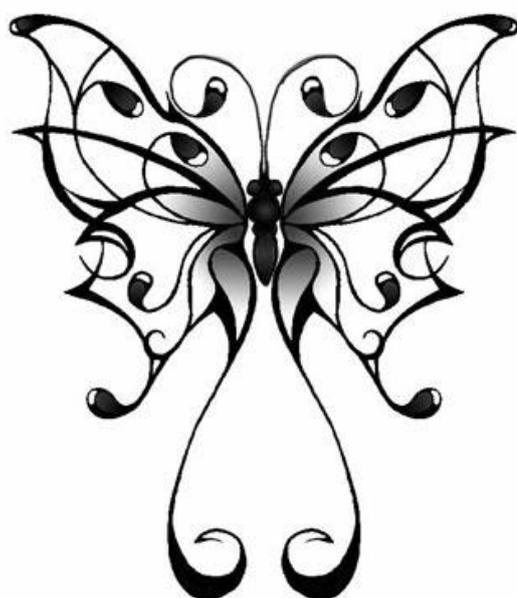
Uribe D. (2000). *El Síndrome de Burnout y síntomas en el personal de Enfermería por la atención a pacientes agudos y en fase terminal en el Instituto Nacional de Cancerología, en México, D.F.* Documento impreso de la ENEO, México.

Uribe, P. J. (2008). *Psicología de la Salud ocupacional en México*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Uribe, P.J., García, S. A., Leos, C. J. B., Archundia, M. J. V., Pizano, C. D. A. M. y Lozano, G. M. (2008). *La escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Estudio exploratorio de un instrumento de burnout para mexicanos*. Revista de Psicología Social y Personalidad Vol. XXIV, 71-96.

Vahey D. y Aiken L. (2004). *Nurse Burnout and patient satisfaction*. Revista Medical Care No. 42, Vol. 2 Suplemento II Febrero, Australia,

*Perfiles de enfermería* (s.f.) Recuperado 30 Mayo de 2011. [www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/.../cod\\_perfiles\\_libr.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/.../cod_perfiles_libr.pdf).



*ANEXO 1 ESCALA MEXICANA DE  
DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO)*

## ANEXOS

### Cuestionario

#### ANEXO 1 ¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO? BN30 SIN CLAVES

##### INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice las **HOJAS DE RESPUESTA** (F02) anexas, marcando con una "X" el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo va en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD)** a **Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

**Ejemplo Tipo 1):** 1. Considero que es importante asistir a fiestas

TD					TA
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

**Ejemplo Tipo 2):** ¿Con qué frecuencia...?

	2. Tienes sangrado por la nariz.					
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO**

**NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS  
Sus respuestas son anónimas y confidenciales  
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos**

**NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO  
¡GRACIAS!**

**¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?  
BN 30**

1. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.

- 29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
- 30. En mí trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

### **¿Con qué frecuencia...?**

- 31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
- 32. Te sientes deprimido (muy triste).
- 33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
- 34. Tienes dolores de cabeza.
- 35. Sientes dificultad para deglutir.
- 36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
- 37. Te has desmayado.
- 38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
- 39. Sientes indiferencia sexual.
- 40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
- 41. Te sientes desesperado (ansioso).
- 42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
- 43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
- 44. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
- 45. Sufres vómitos.
- 46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc).
- 47. Tienes dolores en el abdomen.
- 48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
- 49. Te duele la espalda y el cuello.
- 50. Tienes molestias al orinar.
- 51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).
- 52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
- 53. Sientes un nudo en la garganta.
- 54. Llegas a perder la voz.
- 55. Dejas de dormir por varios días.

56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres náuseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **65, 66 y 67** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** sólo para **MUJERES**.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
71. ¿Qué edad tienes?
72. Sexo
73. Estado civil
74. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
75. ¿Qué escolaridad tienes?
76. ¿Tienes hijos?
77. ¿Cuántos?
78. En tú trabajo ¿qué tipo de puesto ocupas?:
79. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
80. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
81. ¿Cuántos trabajos tienes?

82. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? P.E. (Trabajos, deportes, religión, club, etc).
83. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
84. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
85. ¿Cuántos años has trabajado en tu vida?
86. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
87. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
88. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
89. ¿En qué tipo de organización laboras?
90. ¿Qué tipo de contrato tienes?
91. ¿Tienes personas a tu cargo?
92. ¿Cuántas?
93. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
94. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?
95. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
96. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
97. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
98. ¿Fumas?
99. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
100. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
101. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
102. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes?
103. ¿Haces ejercicio físico?
104. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?
105. ¿Practicas alguna religión?
106. ¿Cuál?
107. ¿Tienes alguna preferencia política?
108. ¿De qué tipo es tu preferencia política?
109. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?
110. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?

Hoja de Respuestas

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

BN 30

**TD: Totalmente en Desacuerdo**

**TA: Totalmente de Acuerdo**

	TD					TA
1.	<input type="radio"/>					
2.	<input type="radio"/>					
3.	<input type="radio"/>					
4.	<input type="radio"/>					
5.	<input type="radio"/>					
6.	<input type="radio"/>					
7.	<input type="radio"/>					
8.	<input type="radio"/>					
9.	<input type="radio"/>					
10.	<input type="radio"/>					
11.	<input type="radio"/>					
12.	<input type="radio"/>					
13.	<input type="radio"/>					
14.	<input type="radio"/>					
15.	<input type="radio"/>					
16.	<input type="radio"/>					
17.	<input type="radio"/>					
18.	<input type="radio"/>					
19.	<input type="radio"/>					
20.	<input type="radio"/>					
21.	<input type="radio"/>					
22.	<input type="radio"/>					
23.	<input type="radio"/>					
24.	<input type="radio"/>					
25.	<input type="radio"/>					
26.	<input type="radio"/>					
27.	<input type="radio"/>					
28.	<input type="radio"/>					
29.	<input type="radio"/>					
30.	<input type="radio"/>					

¿Con qué frecuencia...?

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
31.	<input type="radio"/>					
32.	<input type="radio"/>					
33.	<input type="radio"/>					
34.	<input type="radio"/>					
35.	<input type="radio"/>					
36.	<input type="radio"/>					
37.	<input type="radio"/>					
38.	<input type="radio"/>					
39.	<input type="radio"/>					
40.	<input type="radio"/>					
41.	<input type="radio"/>					
42.	<input type="radio"/>					
43.	<input type="radio"/>					
44.	<input type="radio"/>					
45.	<input type="radio"/>					
46.	<input type="radio"/>					
47.	<input type="radio"/>					
48.	<input type="radio"/>					
49.	<input type="radio"/>					
50.	<input type="radio"/>					
51.	<input type="radio"/>					
52.	<input type="radio"/>					
53.	<input type="radio"/>					
54.	<input type="radio"/>					
55.	<input type="radio"/>					
56.	<input type="radio"/>					
57.	<input type="radio"/>					
58.	<input type="radio"/>					
59.	<input type="radio"/>					
60.	<input type="radio"/>					
61.	<input type="radio"/>					
62.	<input type="radio"/>					
63.	<input type="radio"/>					
64.	<input type="radio"/>					
65.	<input type="radio"/>					
66.	<input type="radio"/>					
67.	<input type="radio"/>					
68.	<input type="radio"/>					
69.	<input type="radio"/>					
70.	<input type="radio"/>					

71. \_\_\_\_\_ años

72. Masculino  Femenino

73. Con pareja  Sin pareja

74. \_\_\_\_\_ años

75. Primaria  Secundaria  Bachillerato  Licenciatura

Postgrado  Otro: \_\_\_\_\_

76. SI  NO

77. Núm. \_\_\_\_\_

78. Operativo  Medio  Ejecutivo

79. Empleado

Comerciante

Empresario

Profesionista Independiente

Otro \_\_\_\_\_

80. Directo  Indirecto

81. Núm. \_\_\_\_\_

82. Núm. \_\_\_\_\_

83. \_\_\_\_\_ Horas

84. \_\_\_\_\_ Años

85. \_\_\_\_\_ Años

86. Núm. \_\_\_\_\_

87. Núm. \_\_\_\_\_

88. \$ \_\_\_\_\_

89. Privada  Pública

90. Obra Determinada (Por proyecto)

Tiempo Determinado (Eventual o temporal)

Tiempo Indefinido (Base o planta)

91. SI  NO

92. Núm. \_\_\_\_\_

93. SI  NO

94. \_\_\_\_\_

95. \_\_\_\_\_ Años

96. SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_

97. SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_

98. SI  NO

99. Núm. \_\_\_\_\_

100. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

101. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

102. \_\_\_\_\_ Horas

103. SI  NO

104. \_\_\_\_\_ Horas

105. SI  NO

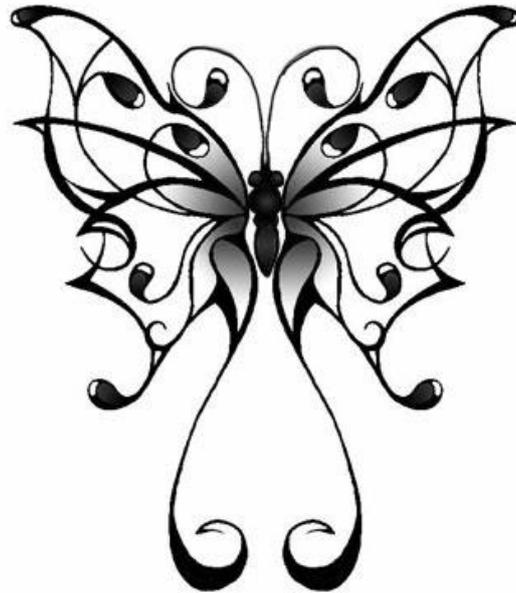
106. Religión: \_\_\_\_\_

107. SI  NO

108. Derecha  Centro  Izquierda

109. Poco       Mucho

110. Poco       Mucho



*ANEXO 2 FORMATO DE  
CALIFICACIÓN DE LA ESCALA  
MEXICANA DE DESGASTE  
OCUPACIONAL (EMEDO)*

**FORMATO DE CALIFICACIÓN (F04) Ver Manual Capítulos 5 y 6**

El EMEDO puede calificarse en dos formas:

- a) Por área bajo la curva (normas) Pasos 1 a 4
- b) Por el Modelo de Leiter, Paso 5 (forma rápida)

**Paso 1 Promedios**

Sobreponer la Plantilla de Calificación (F03) sobre la Hoja de Respuestas (F02) para sumar y dividir los valores correspondientes de acuerdo a la plantilla según las siguientes Tablas 1 y 2:

**Tabla 1 Desgaste ocupacional**

Factores	Reactivos a sumar	Sumatoria	Dividir entre	Resultados Paso 1*
F1 (x1) Agotamiento	2,4,5,6,14,19,20,26,27		9	
F2 (x2) Despersonalización	3,7,9,16,18,21,22,23,29		9	
F3 (x3) Insatisfacción	1,8,10,11,12,13,15,17,24,25,28,30		12	

\* Estos valores son los que se utilizan para obtener el modelo de Leiter

**Tabla 2 Factores psicossomáticos**

Factores	Reactivos a sumar	Sumatoria	Dividir entre	Resultados Paso 1**
F4a Sueño	31,33,36,40,42,51,52,55,56,58,64		11	
F4b Psicosexuales	38,39,50,61,(65,66,67 hombres) ó (68,69,70 mujeres)		7	
F4c Gastrointestinales	35,44,45,57,60,62		6	
F4d Psiconeuróticos	37,46,48,53,54,63		6	
F4e Dolor	34,43,47,49,59		5	
F4f Indicador ansiedad	41		1	
F4g Indicador depresión	32		1	
F4 Total ** Sumar Resultados	F4a,F4b,F4c,F4d,F4e,F4f, F4g	**	7	

**Pasos 2 y 3 Puntaje Z**

$$Z = \frac{X - M}{s}$$

Para obtener el puntaje Z aplicar la siguiente formula  $Z = \frac{X - M}{s}$   
 Elegir una o más variables normativas de su interés. En caso de no desear utilizar los promedios de alguna variable en particular, deberá utilizar el promedio y la desviación estándar general de alguna variable. Ver Tabla 3

Tabla 3 Valores área bajo la curva

Factor	Resultado Paso 3 (X)	Promedio Normas (M)	Desv. Est. Normas (S)	Valor Z	Área Bajo curva	"T"
F1 agotamiento						
F2 despersonalización						
F3 Insatisfacción de logro						
F4a Trastornos de sueño						
F4b T. psicosexuales						
F4c T. gastrointestinales						
F4d T. Psiconeuróticos						
F4e T. dolor						
F4f Indicador ansiedad						
F4g Indicador depression						
F4Total psicósomático						

Paso 4 Graficar los valores Z obtenidos en el paso 3, Tabla 4

Tabla 4 GRÁFICA DEL ÁREA BAJO LA CURVA

Calificación/ Factor	Área Bajo curva	"T"	F1	F2	F3	F4a	F4b	F4c	F4d	F4e	F4f	F4g	F4 Total
Muy alto	47.73 a 50	71 a 100											
Alto	34.14 a 47.72	61 a 70											
Arriba término medio	0 a 34.13	51 a 60											
Abajo término medio	0 a - 34.13	40 a 49											
Bajo	-34.14 a - 47.72	30 a 39											
Muy Bajo	-47.73 a - 50	0 a 29											

Nota: F1=agotamiento; F2=despersonalización; F3=insatisfacción de logro; F4a=Trastornos de sueño; F4b=T. psicosexuales; F4c=T. gastrointestinales; F4d=T. psiconeuróticos; F4e=T. dolor; F4f=Indicador ansiedad; F4g=Indicador depression; F4T=T. psicósomáticos general.

**Paso 5 Calificación rápida con el Modelo de Leiter**  
**PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LOS PUNTAJES DE CALIFICACIÓN DEL MODELO DE LEITER**

1. Se utilizarán los puntajes de la Tabla 1 de Resultados (X1, X2, X3= promedio de calificación bruta de desgaste ocupacional F1, F2 y F3 respectivamente)
2. Si el valor de X1 de F1 es  $\leq$  a Y1=1; si X1 de F1 es  $>$  a Y1=3;
3. Si el valor de X2 de F2 es  $\leq$  a Y2=1; si X2 de F2 es  $>$  a Y2=2;
4. Si el valor de X3 de F3 es  $\leq$  a Y3=1; si X3 de F3 es  $>$  a Y3=2.

**Tabla 5**  
 Conversión de promedio individuales a valores Leiter

	X $\leq$ Y	X $>$ Y	Calificación
F1 Y1= 2.8784	1	3	
F2 Y2= 2.0730	1	2	
F3 Y3= 2.1071	1	2	

**Nota:** Y=promedio del grupo n=2225 s; X= promedio individual bruto de cada factor (Tabla 1)

5. Con los valores obtenidos en la Tabla 5, deberán llenarse la Tabla 6 y así obtener un diagnóstico de acuerdo a la Tabla 7

**Tabla 6**

	Valor Leiter
F1	
F2	
F3	
<b>Suma</b>	

**Tabla 7**

Suma	Fase Leiter	Diagnóstico Modelo Leiter	Marcar "X"
<b>3</b>	<b>Fase 1</b>	Desgaste ocupacional Bajo "Sano"	
<b>4</b>	<b>Fase 2</b>	Desgaste ocupacional Regular "Normal"	
<b>5 ó 6</b>	<b>Fase 3</b>	Desgaste ocupacional Alto "En peligro"	
<b>7</b>	<b>Fase 4</b>	Desgaste ocupacional Muy alto "Quemado"	

Nombre:	Departamento:
Institución:	Núm. Empleado:
Núm. de Hojas de Respuesta:	Fecha:

**PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LOS PUNTAJES DE CALIFICACIÓN DEL MODELO DE LEITER**

1. Obtener los puntajes para los factores 1, 2 y 3 (promedios de calificación bruta)
2. Obtención de puntajes altos y bajos para cada factor a partir de la media (paso 1) y asignar los valores correspondientes a la siguiente tabla:

Factor	0 a X	X+.0001 a 6
valores	BAJO	ALTO
F1	1	3
F2	1	2
F3	1	2

X= promedio factor

3. De acuerdo a la tabla anterior, se deberán **sumar** los 3 factores (altos y bajos) pudiendo presentarse la siguiente combinación para asignar valores que se puedan clasificar en las 4 fases de Leiter:

	Fase 1	Fase 2	Fase3	Fase 4
F1	1	1	3	3
F2	1	2	1	2
F3	1	1	1	2
suma	3	4	5 y 6	7

**FACTORES Y REACTIVOS**  
Cuestionario Burnout  
BN 30

FACTORES	REACTIVOS	Total X
F1 Agotamiento	2+, 4+, 5+, 6+, 14+, 19+, 20+, 26+, 27-	9
F2 Despersonalización	3-, 7+, 9-, 16+, 18+, 21-, 22-, 23-, 29-	9
F3 Insatisfacción	1+, 8+, 10+, 11+, 12+, 13+, 15+, 17+, 24+, 25+, 28+, 30+	12
F4 Psicosomático (+ -)	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70	40
F4a sueño	31, 33, 36, 40, 42, 51, 52, 55, 56, 58, 64	11
F4b psicosexuales	38, 39, 50, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 70	10
F4c gastrointestinales	35, 44, 45, 57, 60, 62	6
F4d psiconeuróticos	37, 46, 48, 53, 54, 63	6
F4e dolor	34, 43, 47, 49, 59	5
F4 f ansiedad	41	1
F4 g depresión	32	1

○ React a un q Psicoficac

Plantilla (F03)  
EMEDO®

	TD					TA *					Nunca	Siempre	
1.	1	2	3	4	5	6							
2.	1	2	3	4	5	6							
3.	6	5	4	3	2	1							
4.	6	5	4	3	2	1							
5.	1	2	3	4	5	6							
6.	1	2	3	4	5	6							
7.	1	2	3	4	5	6							
8.	1	2	3	4	5	6							
9.	6	5	4	3	2	1							
10.	1	2	3	4	5	6							
11.	1	2	3	4	5	6							
12.	1	2	3	4	5	6							
13.	1	2	3	4	5	6							
14.	6	5	4	3	2	1							
15.	1	2	3	4	5	6							
16.	1	2	3	4	5	6							
17.	1	2	3	4	5	6							
18.	1	2	3	4	5	6							
19.	1	2	3	4	5	6							
20.	1	2	3	4	5	6							
21.	6	5	4	3	2	1							
22.	6	5	4	3	2	1							
23.	6	5	4	3	2	1							
24.	1	2	3	4	5	6							
25.	1	2	3	4	5	6							
26.	1	2	3	4	5	6							
27.	6	5	4	3	2	1							
28.	1	2	3	4	5	6							
29.	6	5	4	3	2	1							
30.	1	2	3	4	5	6							
31.	1	2	3	4	5	6							
32.	1	2	3	4	5	6							
33.	1	2	3	4	5	6							
34.	1	2	3	4	5	6							
35.	1	2	3	4	5	6							
36.	1	2	3	4	5	6							
37.	1	2	3	4	5	6							
38.	1	2	3	4	5	6							
39.	1	2	3	4	5	6							
40.	1	2	3	4	5	6							
41.	1	2	3	4	5	6							
42.	1	2	3	4	5	6							
43.	1	2	3	4	5	6							
44.	1	2	3	4	5	6							
45.	1	2	3	4	5	6							
46.	1	2	3	4	5	6							
47.	1	2	3	4	5	6							
48.	1	2	3	4	5	6							
49.	1	2	3	4	5	6							
50.	1	2	3	4	5	6							
51.	1	2	3	4	5	6							
52.	1	2	3	4	5	6							
53.	1	2	3	4	5	6							
54.	1	2	3	4	5	6							
55.	1	2	3	4	5	6							
56.	1	2	3	4	5	6							
57.	1	2	3	4	5	6							
58.	1	2	3	4	5	6							
59.	1	2	3	4	5	6							
60.	1	2	3	4	5	6							
61.	1	2	3	4	5	6							
62.	1	2	3	4	5	6							
63.	1	2	3	4	5	6							
64.	1	2	3	4	5	6							
65.	1	2	3	4	5	6						H	
66.	1	2	3	4	5	6						H	
67.	1	2	3	4	5	6						H	
68.	1	2	3	4	5	6						M	
69.	1	2	3	4	5	6						M	
70.	1	2	3	4	5	6						M	

\*TD= Total Desacuerdo

TA= Total Acuerdo

H= sólo hombres

M= sólo mujeres



*ANEXO 3*  
*Formato Estandarizado de*  
*Protocolo de Investigación*



Formato Estandarizado de Protocolo de Investigación

Instructivo:

Este formato se fundamenta en la normatividad vigente en materia de investigación para la salud. La orientación presente en cada apartado es importante en aspectos específicos, el documento *información básica para la elaboración de Protocolos de Investigación*, ofrece información suficiente para su llenado correcto. Para ingresar información posicione el cursor en la celda o espacio inferior izquierdo de encabezado o instrucción de cada apartado, el documento crecerá lo necesario abriendo nuevas páginas automáticamente, si es necesario para mejorar su paginación, puede pasar un apartado a otra página insertando un cone de hoja desde el menú de comandos; >insertar; >salto; >e página. Se recomienda mantener el tipo de letra Arial Narrow tamaño 10, con espaciado sencillo y no abusar de las mayúsculas. Para complementar la información puede anexas las hojas que considere necesarias.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN																															
1.1. Título del proyecto de investigación: "Burnout en enfermeras (c) que laboran en un hospital del sector público en la Ciudad de México"																															
1.2 Investigadores participantes: Nombre: Bautista Flores Tania Becerra Mora Nancy Patricia				Puesto o cargo: Pasantes de la Licenciatura en Psicología				Firma:																							
I. Investigador principal Bautista Flores Tania Becerra Mora Nancy Patricia																															
II. Investigador titular en la institución (en caso de inv. extra institucional)																															
III. Asesor de la investigación o Investigador asociado Lic. Alejandra García Saisó																															
Domicilio y teléfono del investigador titular Oriente 33 No. 8 Col. Peñon de los Baños C.p. 15520 Delegación Venustiano Carranza Norte 94-A No. 8519 Edificio A29 Depto. 303 Colonia La Esmeralda C.P. 07548 Delegación Gustavo A. Madero.																															
Unidad (es) operativa (s) donde se realizará el estudio Hospital Pediátrico Moctezuma																															
Servicio donde se realizará el estudio:																															
<input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Administración <input checked="" type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Trabajo Social <input type="checkbox"/> Otra, especifique.																															
Área de especialidad donde se realizará el estudio:																															
<input type="checkbox"/> Anastasiología <input type="checkbox"/> Medicina Interna <input type="checkbox"/> Urgencias, Médico - Quirúrgicas <input type="checkbox"/> Dermatopatología <input type="checkbox"/> Cirugía General <input type="checkbox"/> Medicina Familiar <input type="checkbox"/> Cirugía Pediátrica <input type="checkbox"/> Medicina del Enfermo en Estado Crítico <input type="checkbox"/> Ginecología y Obstetricia <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica y Reconstructiva <input type="checkbox"/> Otra, Especifique. <input type="checkbox"/> Enfermeras sin importar área de especialidad <input type="checkbox"/> Medicina Legal <input type="checkbox"/> Fisiatría <input type="checkbox"/> Dermatología																															
Periodo de estudio:																															
Dia			Mes			Año			al			Dia			Mes			Año													
1.3 Datos de validación:																															
I. Jefe de Enseñanza e Investigación      Nombre      Firma																															
II. Director de la Unidad Operativa																															
III. En caso de tesis; Profesor Titular de la Especialidad																															
(para ser llenado por el Secretario Técnico del Cuerpo Colegiado que corresponda)																															
1.4 Aprobación y registro:																															
Fecha de recepción				Dia				Mes				Año				Fecha de aprobación				Dia				Mes				Año			
<b>Presentes en sesión de trabajo, los miembros del Cuerpo Colegiado que se señala, perteneciente a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por acuerdo de consenso, firman la evaluación del protocolo que se indica.</b>																															
Presidente...						Vocal de Bioética.																									
Vicepresidente.						Vocal de Bioseguridad.																									
Secretario Técnico.						Vocal de Bioseguridad																									
Vocal de Bioética.						Vocal de Investigación.																									
Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación						Aprobado (anotar en que número de revisión)																									
Subcomisión de Investigación y Bioética						Aprobado con observaciones (en anexo)																									
Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética						Hacer correcciones y presentar nuevamente (en anexo)																									
Unidad operativa:						Rechazado (ver anexo)																									



Según Aranda (2006) la palabra "burnout" es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo.

Uno de los problemas laborales que afecta la calidad de vida es el síndrome del burnout, identificado en la década de los 70's por Herbert Freudenberger (1974) y definido como un estado caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés, como consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados al servicio y la ayuda, que no logran alcanzar las expectativas depositadas en su trabajo (Tonon, 2004).

Una de las consecuencias que afecta la salud de los trabajadores de los servicios de salud es el burnout el cual se caracteriza por afectar 3 dimensiones básicas: el agotamiento, la despersonalización y la falta de realización personal. Este trabajo se basa en el marco referencial que propone el abordaje psicosocial y en especial sigue la línea desarrollada por Maslach y Jackson en 1981.

Según Maslach el Burnout es un síndrome que afecta tres dimensiones básicas:

1. El agotamiento. Impulsa acciones por parte del individuo para aislarse emocional y cognitivamente de su trabajo, probablemente como una forma de afrontar la sobrecarga profesional, por lo que abarca agotamiento físico, emocional y mental.

- Agotamiento físico. Se caracteriza por una baja energía, cansancio crónico y debilidad general; se aumenta la propensión a los accidentes y la vulnerabilidad a las enfermedades, se cambian los hábitos alimenticios y pueden aparecer insomnio y pesadillas.

- Agotamiento emocional. Comprende sentimientos de desamparo, desesperanza y entrapamiento, que puede llegar a hundimiento emocional. Es común la sensación de vacío, la depresión puede ser una de sus consecuencias extremas.

- Agotamiento mental. Se caracteriza por el desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, el trabajo y la vida en general, se presentan bajo autoconcepto, insatisfacción, incompetencia y complejo de inferioridad.

2. La despersonalización. Comprende la respuesta impersonal y la falta de sentimientos por los sujetos atendidos, que se expresa en el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad, deshumanización y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Con frecuencia se desarrollan actitudes negativas similares hacia los colegas.

3. Falta de realización personal. Se refiere a los sentimientos de competencia y realización exitosa en la tarea laboral que se desempeña cotidianamente y que en el caso del síndrome del Burnout corresponde a evaluar el propio trabajo en forma negativa, con el reproche de no haber alcanzado los objetivos propuestos y con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

Las condiciones sociales y económicas determinan una fuerte influencia sobre la percepción del trabajo y la propensión del Burnout por los trabajadores. Dado que es importante la influencia situacional en el desarrollo de este síndrome, el estudio del cuadro remite a considerar variables en relación a cuatro entornos:

- Social: se refiere al estudio de los cambios producidos en las leyes que rigen el ejercicio profesional y en la formación profesional, las definiciones en el ejercicio del rol profesional y las condiciones laborales de riesgo, así como la estructura burocrática.

- Organizacional: se centra en el estudio de las relaciones entre los diferentes grupos que conforman la organización, así como al proceso de socialización laboral por el cual los miembros de la organización aprenden los valores, las normas y las pautas de conducta de la misma. Cabe señalar que en un primer momento se había considerado que era la organización en sí misma la que producía el síndrome, pero en realidad, son los efectos que esta produce en el proceso de interacción entre el profesional y la persona que acude a consultarlo.

- Interpersonal: se refiere a las relaciones que los profesionales tienen con sus compañeros de trabajo y con los usuarios del servicio.

- Individual: tienen en cuenta las características de personalidad de cada uno de los profesionales.

La forma de manifestarse se presenta bajo unos síntomas específicos y éstos son los más habituales:

- Psicosomáticos: fatiga crónica, trastornos del sueño, úlceras y trastornos gástricos, tensión y dolor muscular, enfermedades como catarros, gripes, virusis, dolores de muelas, náuseas, dolores de espalda además de modificación en los hábitos alimenticios.

- De conducta: absentismo laboral, adicciones (tabaco, alcohol, drogas)

- Emocionales: irritabilidad, incapacidad de concentración, distanciamiento afectivo.

- Laborales: menor capacidad en el trabajo, acciones hostiles, conflictos.

Dentro del hospital una de las partes más importantes es el servicio brindado por las enfermeras por lo tanto es importante reconocer el papel que juegan para mantener la calidad, eficacia y eficiencia de un hospital. Por lo que tradicionalmente la profesión de enfermería ha sido identificada como una práctica centrada en el enfermo, una fuerte connotación humanística.

Uno de los riesgos laborales de carácter psicosocial, es el Síndrome de Burnout, quien ocupa un lugar sobresaliente en la actualidad ya que es una de las principales causas del deterioro de las condiciones laborales.

Este síndrome ha aumentado debido a que los servicios hospitalarios exigen un mejor rendimiento, preparación y atención adecuada por parte de los trabajadores del área de la salud, lo cual aunado a la carga excesiva de trabajo disminuye la calidad de la atención, lo cual conlleva al trabajador de la salud al estrés, indiferencia y cansancio tanto físico como emocional (Paredes, 2009).

Este síndrome, cuyo desarrollo es progresivo, se acompaña de signos y síntomas tanto físicos como emocionales. En sus formas leves puede existir solamente dificultad al levantarse en la mañana, fatiga y quejas somáticas inespecíficas. Posteriormente se agregan manifestaciones cardiovasculares, fatiga, cefalea, insomnio, alteraciones dermatológicas, así como perspectivas negativas del trabajo y de los compañeros, aislamiento, suspicacia y al presentarse de forma severa, puede facilitar el consumo de alcohol, drogas psicotrópicas y aparecerá alteraciones de alimentaciones de alimentación, mal humos, cinismo, irritabilidad, ansiedad, defensivas y generar ausentismo retardos y falta de rendimiento, incluso con riesgo suicida.

La organización Internacional del Trabajo OIT y la Organización Mundial de la Salud OMS manifestaron en 1984 que los factores psicosociales relacionados con el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud, de carácter psicológico, de comportamiento o somático y condiciones de trabajo estresantes.<sup>14</sup>

Desde el punto de vista epidemiológico los aspectos que se describen en la literatura con respecto a características sociodemográficas y laborales que se han relacionado con la aparición del Síndrome Burnout presentan resultados contradictorios; tanto el género como el estado civil y el nivel asistencial han sido invocados como factores que afectarían al desarrollo del síndrome en médicos y enfermeras, pero aun no queda claro su papel.<sup>4</sup>

Según Linzer 2002, entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout no existe un acuerdo unánime entre los diferentes autores:

- Edad Laboral: Se refiere a los años que el profesional ha estado laborando, siendo la etapa de mayor riesgo los primeros años de servicio.
- Sexo: Son principalmente las mujeres el grupo más vulnerable debido a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar.
- Estado Civil: Se ha relacionado con personas que no tienen pareja estable y parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización.
- Rotación de Turno y horario laboral: Para algunos autores estos factores pueden conllevar a la presencia del síndrome, aunque no existe unanimidad en este criterio.

En 1998 Gonzalez, en un estudio realizado en Zaragoza España, 286 médicos familiares, documentó que 59.7% presentaban alto nivel del síndrome, en el 2000, Garcia documentó en 56 residentes de especialidades médicas, en el hospital la Fe, en Valencia, España que presentaron el síndrome, de ellos 7.1% presentó agotamiento emocional, 17.8% cinismo y el 23% pérdida de logro profesional.<sup>6</sup>

En 480 trabajadores de la salud de 12 instituciones hospitalarias de los sectores público y privado de México, informaron niveles de cansancio emocional alto en 10.9%, de despersonalización alta en 19.8% y baja calificación en realización personal en 74.9%.<sup>7</sup>

De acuerdo con el estudio realizado por el doctor Mario Arturo Álvarez Torrecilla en el año 2005, con los médicos legistas, se encontró que estos presentaban el síndrome de Burnout, en grado bajo 74%, grado moderado 13% y grado alto 13% siendo más frecuentes en hombres mayores de 45 años con experiencia laboral menor de 10 años, sin pareja estable, la cual presentaba como principales manifestaciones clínicas, las siguientes: agotamiento emocional 67%, agotamiento mental y físico 60%, actitud de dureza 49%, sensación de estrés 48%, baja empatía 44.5% y frustración 34%.<sup>2</sup>

Este fenómeno social en la actualidad ha tomado auge y a generado consecuencias negativas tanto para el individuo como para el entorno en el que se desarrolla debido a esto, nuestro interés por estudiar el fenómeno en enfermeras que realizan su servicio social en un Hospital del Sector Público en la Ciudad de México debido a que la enfermería es una ocupación estresante y los estresores laborales elicitaban una serie de estrategias de afrontamiento que, en el caso de los profesionales de enfermería, deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, además de que es una población vulnerable al desarrollo de este síndrome debido a las características que su profesión demanda como son: el contacto con la gente, las demandas psicosociales del puesto, la estructura organizacional, las relaciones interpersonales al igual que su propia personalidad forman un cuadro que genera propensión a este fenómeno.

Planteamiento del problema Planteamiento del problema (con una descripción estructurada y en coherencia con los antecedentes, se expone el argumento que fundamenta la pregunta de investigación).

Debido al poco estudio del "síndrome de quemarse por el trabajo" en enfermeras (o) en un hospital del sector público de la Ciudad de México, surge la inquietud de abordar la incidencia del Síndrome de Burnout con esta población, a partir de identificar, determinar y conocer sus causas y el alcance de sus consecuencias, lo cual permita poder plantear las estrategias de análisis y prevención de este nuevo problema social-laboral.

### 2.3. Justificación

La necesidad de estudiar el síndrome de burnout, entendido como una patología derivada del trabajo, viene unida a la necesidad de estudiar el estrés laboral como precursor del deterioro de la salud mental, así como el énfasis que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados.

Además que en la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva, tiene repercusiones sobre la organización.

Con base en lo anterior nos damos cuenta de que el estudio del sistema hospitalario es de gran importancia ya que en la actualidad juega un papel sobresaliente en la sociedad, siendo un factor fundamental el trato emitido por las enfermeras hacia los usuarios, marcándose una diferencia de calidad en el servicio ofrecido tanto en el Sector Público y Privado, lo cual repercute en la prestación de asistencias emitidas por los trabajadores hacia los usuarios, al igual que hacia sus compañeros, así mismo generando efectos en su vida personal.

### 2.4 Hipótesis de trabajo y consecuencias verificables:

Las enfermeras presentan el Síndrome de Burnout.

Las enfermeras no presentan el Síndrome Burnout.

Las personas entregadas al trabajo, sin pareja, con poco apoyo familiar y que se encuentran en los primeros meses de realizar su Servicio Social presentan mayor incidencia del Síndrome Burnout.

## 2.5. Objetivos:

Conocer la incidencia del Síndrome de Burnout en enfermeras

### 2.5.1. General

Identificar la incidencia del Síndrome de Burnout en una muestra de enfermeras que laboran en Hospitales del Sector Público en la Ciudad de México.

### 2.5.2. Específicos

El Burnout tiene diferente incidencia en cuanto al sexo

El estado civil influye en la incidencia del Burnout

El apoyo familiar influye en la incidencia del Burnout

El horario laboral predispone la presencia del Burnout

Realizar una actividad extra influye en la presencia de Burnout

## III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Características metodológicas del estudio:

### Muestra

La muestra a obtener es no probabilística de tipo accidental, de conveniencia, debido a que se refiere a un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las características de la investigación. (Sampieri, 2006).

### Sujetos

La muestra esta compuesta por 200 enfermeras que laboran en un Hospital Público en la Ciudad de México.

### Tipo de estudio

El tipo de estudio que realizaremos será correlacional ya que de acuerdo con Sampieri, (2006) se pretende responder a preguntas de investigación y asociar variables mediante un patrón predecible para un grupo o población, permitiéndonos relacionar los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento denominado "Escala de Burnout" con las siguientes variables demográficas:

- Sexo
- Estado civil
- Apoyo familiar
- Horario laboral
- Tiempo de laborar en la institución
- Realización de actividades extras

### Tipo de Diseño

El diseño que se utilizará en la presente investigación es no experimental de tipo transversal y cuantitativo debido a que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado y cuantitativo por que usa una recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Sampieri, 2006)

### Análisis Estadístico

Se realizará un análisis estadístico cuantitativo de los datos con el sistema SPSS a fin de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas anteriormente. Debido a que en el enfoque cualitativo se usa una recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Sampieri, 2006)

Los análisis estadísticos a realizar son:

- Análisis de estadística descriptiva de los datos a partir del calculo de frecuencias y medidas de tendencia central como: media, mediana, moda y desviación estándar.
- Análisis de estadística "no paramétrica" debido a que la mayoría de estos análisis no requieren de presupuestos acerca de la forma de distribución poblacional. Aceptan distribuciones no normales. (Sampieri, 2006)
- Correlación múltiple. Al combinar diversas variables predictoras e incrementar la precisión del pronostico de una variable de criterio o de resultados. (Cozby, 2005)
- Correlación Spearman.

### Procedimiento

A partir de la muestra ya descrita se acudirán con cada prestador de servicio, al cual se le dará la siguiente información:

1. Bueno (días o tardes según sea el caso). Somos alumnas de nivel licenciatura de la Facultad de Psicología, de la UNAM, Campus C.U, estamos realizando nuestra tesis, por lo cual solicitamos su colaboración para contestar el presente instrumento.
2. Se aplicará el instrumento.
3. Se corroborará que el instrumento este correctamente contestado.
4. Se correrá el análisis estadístico en el programa SSPS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).
5. Se realizará la correspondiente interpretación de los resultados.

**Instrumento**

Se empleará la Escala Mexicana Ocupacional de Desgaste Ocupacional (EMEDO), elaborada por el psicólogo mexicano Jesús Felipe Uribe Prado y por un grupo de psicólogos de la UNAM en el 2006 (Uribe, en prensa) dicha escala es considerada como el primer instrumento de medición del Síndrome de Burnout para la población mexicana con una consistencia interna general de 88% (Alfa de Cronbach) y esta conformada por 30 reactivos los cuales miden 3 factores (agotamiento, despersonalización e insatisfacción), y por 40 reactivos que miden 7 trastornos psicósomáticos

**Área de Investigación**

<input type="checkbox"/> Biomédica	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Farmacológica	<input type="checkbox"/> Epidemiológica	<input type="checkbox"/> Sociomédica
<input checked="" type="checkbox"/> Servicios de Salud	<input type="checkbox"/> Educativa	<input type="checkbox"/> Otra; especificar:		

<b>3.1.2. Diseño del estudio:</b>		<b>Observacional:</b>	<b>De intervención</b>	<b>Cualitativo:</b>
Exploratorios:	<input checked="" type="checkbox"/> Transversal	<input type="checkbox"/> Descriptivo	<input type="checkbox"/> Experimental	
<input type="checkbox"/> Estudio de caso	<input type="checkbox"/> Longitudinal	<input type="checkbox"/> Comparativo	<input type="checkbox"/> Pre - experimental	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dx. situacional	<input type="checkbox"/> Prospectivo	<input type="checkbox"/> Casos y no casos	<input type="checkbox"/> Cuasi - experimental	
<input type="checkbox"/> Metaanálisis	<input type="checkbox"/> Retrospectivo	<input type="checkbox"/> Cohorte	<input type="checkbox"/> Ensayo clínico controlado	
<input type="checkbox"/> Inv. Bibliográfica	<input type="checkbox"/> Ambispectivo		<input type="checkbox"/> Ensayo comunitario	

**3.2. Definición del Universo**  
 Enfermeras que laboran en un Hospital Público en la Ciudad de México.

**3.2.1. Tipo:** Finito  Infinito  (El tipo de universo está relacionado con las pruebas estadísticas aplicables y el alcance de los resultados)

**3.2.2. Definición de unidades de observación** (características relevantes de los sujetos de estudio; en caso de dos o más grupos, establecer criterios para cada uno)

**3.2.2.1. Criterios de Inclusión:**  
 Enfermeras que laboran en el Hospital Pediátrico Moctezuma

**3.2.2.2. Criterios de Exclusión**  
 Que el personal solicitado no sean enfermeras (o)

**3.2.2.3. Criterios de Interrupción**  
 ninguno

**3.2.2.4. Criterios de Eliminación**  
 ninguno

**3.2.3. Diseño de la muestra**  
 El diseño que se utilizará en la presente investigación es no experimental de tipo transversal y cuantitativo debido a que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado y cuantitativo por que usa una recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Sampieri, 2006)

**3.2.3.1. Tamaño de la muestra**  
 La muestra esta compuesta por 200 enfermeras que laboran en un Hospital Público en la Ciudad de México.

**Tipo de muestreo**  
 La muestra a obtener es no probabilística de tipo accidental, de conveniencia, debido a que se refiere a un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las características de la investigación. (Sampieri, 2006).

Probabilístico:	Aleatorio simple <input type="checkbox"/>	Sistemático <input type="checkbox"/>	Estratificado <input type="checkbox"/>	Por conglomerado <input type="checkbox"/>	Polietápico <input type="checkbox"/>
Determinístico:	Intencional <input type="checkbox"/>	Por cuota <input type="checkbox"/>	Accidental <input type="checkbox"/>		

3.3. Determinación de variables:						
3.3.1. Operacionalización de variables						
VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE (forma genérica)	ANÁLISIS/ CONTROL
<p>3.3. Estrategias para la recolección de datos:</p> <p>Se aplicara el instrumento EMEDO (Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional)</p> <p>Se corroborara que el instrumento este correctamente contestado.</p> <p>Se correrá el análisis estadístico en el programa SSPS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).</p> <p>Se realizara la correspondiente interpretación de los resultados</p> <p>Fuentes e instrumentos para recolección de datos:</p> <p>EMEDO (Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional)</p>						
3.4.2. Instrumentos validados:      Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Especificar: _____						
3.4.3. Prueba piloto:                      Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Especificar: _____						
<p>3.4. Procesamiento estadístico:</p> <p align="center">Análisis estadístico en el programa SSPS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).</p>						
3.5.1. Plan de tabulación						
<p>Plan de análisis estadístico:</p> <p>Correlación múltiple. Al combinar diversas variables predictoras e incrementar la precisión del pronostico de una variable de criterio o de resultados. (Cozby, 2005)</p> <p>- Correlación Spearman.</p>						
<p>Estadística descriptiva:</p> <p>Análisis de estadística descriptiva de los datos a partir del calculo de frecuencias y medidas de tendencia central como: media, mediana, moda y desviación estándar.</p>						
3.5.2.2. Estadística analítica o Inferencial: (pruebas que se ocuparán según tipo de variables: en su caso, hipótesis estadísticas y procedimientos de prueba)						
<b>IV. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD</b>						
4.1. Riesgo de la Investigación:                      Sin riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo mínimo <input type="checkbox"/> Riesgo mayor al mínimo <input type="checkbox"/>						
a. Cobertura de aspectos éticos						
<p align="center">La posibilidad de causar alteración física o psicológica en el sujeto es muy remota ya que se llevara acabo una aplicación de cuestionario.</p>						
4.3. Medidas de bioseguridad para los sujetos de estudio						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se va a garantizar a los sujetos de investigación suspender su participación cuando lo deseen</li> <li>• Se asegura la información al individuo sujeto de investigación, según tipo de estudio</li> <li>• El proyecto de investigación respeta la dignidad del sujeto de investigación</li> <li>• Durante el estudio se prevé la protección a los Derechos y el bienestar del paciente</li> <li>• En el estudio se protege la privacidad del individuo sujeto de investigación</li> <li>• Se prevé en el estudio la suspensión de éste cuando se advierta algún riesgo</li> </ul>						
b. Medidas de bioseguridad para los investigadores o personal participante						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con los equipos adecuados para que garanticen la seguridad de los individuos</li> <li>• Los procedimientos prevén formas de cuidado a la seguridad de los participantes</li> <li>• La capacitación de los participantes es suficiente para atender los aspectos de seguridad</li> </ul>						
Se consideran aspectos ambientales						
4.5. Otras medidas de bioseguridad necesarias.						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las instalaciones de la(s) unidad(es) son las necesarias para la investigación propuesta.</li> </ul>						
<b>V. ASPECTOS LOGÍSTICOS</b>						
5.1. Etapas del estudio (Diseño de la manobra; procedimientos. Describir en forma genérica las actividades, por etapa y orden cronológico)						
Cronograma						

5.2. Recursos humanos

- En el hospital pediátrico Moctezuma solicitaremos el apoyo de las enfermeras que laboran en dicho lugar.

5.3. Recursos materiales

- 200 instrumentos (EMEDO) para aplicar a enfermeras, lápiz, lugar asignado para la aplicación.

5.4. Recursos físicos

- Hospital Pediatrico Moctezuma, lugar que se nos sea asignado.

5.5. Financiamiento: Autofinanciado  Interno  Externo  Mixto  (Anexar lista detallada de costos y patrocinador)

**VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Albadejo, R. Villanueva, R. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Revista Española de Salud Pública. 78 (2004), 505-515.
2. Alvarez T, M. Síndrome de Burnout en los Médicos Legistas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Tesis. 2006.
3. Anderson Spickard Jr. MD Strategies to prevent Burnout. British Medical Journal. Mayo 2000; Volumene 318.
4. Características del síndrome de Burnout en médicos Mexicanos de atención primaria. Archivos en medicina familiar vol. 9 (2) pp 75-79.
5. Cozby, P. C (2005). Métodos de Investigación del comportamiento. México: Mc Graw Hill.
6. Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. Salud mental, vol. 28 no. 1 febrero 2005.
7. Franco-Gontepo x. Nivel de Síndrome de Agotamiento en Médicos, Enfermeras y Paramédicos. Rev. Mex. De Puericult Pediatr 1999;6:252-260.
8. Gil M. y P.R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las organizaciones.
9. Gil M.P. (2003). El síndrome de Quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de la enfermería. Revista Electrónica Interamericana Psy. Universidad de Valencia. AÑO 1, nº 1- Ago 2003 – p. 19-33 25
10. Gil M.P (2005) El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide
11. Linzer Mark MD. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment and prevention Presidential address American Journal of Obstetrics and Gynecology April 2002; Volumene 186. Number 4.
12. Moratilla R. A. Síndrome de Burnout en los médicos legistas de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. 2008
13. Paredes B, J. E. Factores asociados en la aparición del síndrome de Burnout en ortopedistas en la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2009.
14. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de Mexico vol. 31. Supl. 1, abril-junio 2008.
15. Sampieri, H. R. (2006). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
16. Tonon, G. (2004) Calidad de vida y desgaste profesional una mirada del Síndrome del Burnout. Argentina: Espacio.

**VII. ANEXOS**

(relación y presentación de documentos que acompañan al protocolo; Carta de Consentimiento Informado, Cronograma, Instrumento de medición, instructivos, etc.)

(Información manuscrita y autógrafa)

Nombre y firma del Investigador:

Fecha de entrega a la Secretaría Técnica del Cuerpo Colegiado:

Sello y firma de recibo en la Secretaría Técnica del Cuerpo Colegiado: