



Universidad Nacional Autónoma De México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

**Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de
Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI**

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS LABORAL EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI”**

Tesis

Para obtener el grado de:

Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Ambiental

Presenta:

Dr. Alberto Oliver Franco Tapia

Asesores de Tesis:

Dra. Patricia Pérez Martínez
M en C Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a 29 de octubre de 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMAE HOSPITAL DE ONCOLOGÍA

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

PRESENTA:

DR. ALBERTO OLIVER FRANCO TAPIA

Categoría: Residente de 3er año de la Especialidad en Medicina del Trabajo y Ambiental

Sede: Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMNSXXI) del IMSS.

Domicilio: Dr. Jiménez 292. CP. 06720; CdMx.

E-mail: oliverfranco001@gmail.com

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO Y AMBIENTAL

ASESORES:

Dra. Patricia Pérez Martínez

Categoría: Médico No Familiar y profesora Titular de la Especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental; Sede "UMAE" Hospital de Oncología de CMN SXXI del IMSS.

Matrícula: 11588233.

Domicilio: Avenida Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, CP: 06720, Del. Cuauhtémoc, CdMx.

Teléfono: 5556276900 EXT. 22684

E-mail: patricia.perezma@imss.gob.mx

M en C Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez

Categoría: Investigador Asociado C

Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo de Centro Médico Nacional Siglo XXI

Matrícula: 99090675.

Domicilio: Avenida Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, CP: 06720, Del. Cuauhtémoc, CdMx.

Teléfono 5556276900 Ext. 21661

E-mail: carturojp@gmail.com



México, Ciudad de México 2019

I Dictamen de Autorización



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **3602** con número de registro **17 CI 09 015 057** ante COFEPRIS y número de registro ante
CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 022 2017082
HOSPITAL DE ONCOLOGIA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

FECHA Miércoles, 28 de noviembre de 2018.

DRA. PATRICIA PEREZ MARTINEZ
P R E S E N T E


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-3602-021

ATENTAMENTE


DR. PEDRO MARIO ESCUDERO DE LOS RÍOS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3602

IMSS

SEGURIDAD SOCIAL

II Firmas de Autorización

Dr. Alberto Oliver Franco Tapia
Residente de la Especialidad Médica de Medicina del Trabajo y Ambiental “UMAЕ”
Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

Dra. Patricia Pérez Martínez
Profesora Titular de la Especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental sede
“UMAЕ” Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

M. en C. Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez
Maestro en Ciencias en Salud Ambiental
Investigador Asociado C
Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Félix Odilón Quijano Castro
Jefe de la División de Enseñanza
“UMAЕ” Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS

III Dedicatorias y Agradecimientos

A Dios, porque siempre ha estado conmigo, por guiarme en este camino de la vida con rectitud, sabiduría y por las bendiciones que han llegado a mi vida en estos últimos años.

A mi esposa por siempre estar a mi lado, por ser mi compañera de aventuras, desvelos y alegrías. Por darme palabras de aliento cuando más lo necesitaba, por todo el amor que me has demostrado y tu gran apoyo en este largo camino que juntos hemos caminado para lograr todos nuestros planes. Sin ti nada de esto podría ser posible. Te honro por ser la mujer que Dios puso en mi camino.

A nuestro angelito que está en el cielo y a nuestro primer hijo que está por nacer, aunque no nos conocemos aún, todo este esfuerzo es por nuestra familia.

A mis padres y a mi hermana porque siempre me han demostrado su amor, apoyo incondicional y por siempre alentarme a alcanzar mis metas, aún en los momentos más difíciles de mi formación.

A mis abuelos y tíos que ya no están con vida, ya que cada uno puso una semilla dentro de mí con ideas y buenos consejos, que gracias a ellos formaron parte de mis sueños.

A mis profesores (as) de la especialidad ya que sin sus conocimientos y enseñanzas de vida todo esto no sería posible.

IV Resumen

Antecedentes: Un trabajador estresado suele ser más enfermizo, estar poco motivado, ser menos productivo y tener menos seguridad laboral. La enfermería se encuentra en relación con varios riesgos psicosociales, lo cual no es casual, ya que esta disciplina se reconoce como perteneciente al área de servicios (altamente expuestos a dichos riesgos). Diversos estudios muestran que un alto porcentaje de enfermeros/as percibe factores psicosociales desfavorables, además indican que su trabajo les genera desgaste e influye en una condición de salud desfavorable pudiendo presentar el síndrome de burnout.

Objetivos: Explorar la posible asociación del Síndrome de Burnout y el nivel de estrés laboral en el personal de enfermería de la UMAE Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

Metodología: Estudio transversal, en personal de enfermería que labora en la “UMAE” Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, la evaluación de intensidad de Estrés Laboral se realizó con el Cuestionario de Karasek y Baremo para dicho instrumento, para Síndrome de Burnout se utilizó el Inventario para Burnout de Maslach (MBI), que mide 3 esferas: Realización personal (RP), Despersonalización (DP) y Agotamiento emocional (AE), y hoja de recolección de datos para conocer las características sociodemográficas. Se analizó la posible asociación entre nivel de intensidad de Estrés Laboral y Síndrome de Burnout.

Resultados: Participó un total de 234 trabajadores del servicio de enfermería (40%), 77.8% mujeres y 22.2% hombres, promedio de edad 39.06 años, intensidad de Estrés Laboral muy alto con 12% (28/234), prevalencia de Síndrome de Burnout 3.0%, prevalencia de Síndrome de Burnout en intensidad muy alta de estrés laboral fue de 85.7% y en intensidad alta fue de 14.3%. Asociación entre Síndrome de Burnout e Intensidad de Estrés Laboral ($p=0.000$) ($\chi^2 p= 37.448$).

Conclusiones: Existe asociación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Palabras clave: Estrés Laboral, Síndrome de Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, enfermería, oncología.

Contenido

I Dictamen de Autorización	3
II Firmas de Autorización	4
III Dedicatorias y Agradecimientos	5
IV Resumen	6
1 Introducción	9
2 Marco Teórico	11
2.1 Síndrome de Burnout	11
2.1.1 Evolución Del Síndrome De Burnout	12
2.1.2 ¿A Quiénes afecta el Burnout?	12
2.1.3 Factores de Riesgo	13
2.1.4 Signos de Alarma	14
2.1.5 Tipos de Instrumentos de Medición	16
2.1.6 Estrategias de Intervención	18
2.2 Estrés Laboral	19
2.2.1 Respuesta fisiológica del estrés	20
2.2.2 Fases del estrés: síndrome general de adaptación	22
2.2.3 Dimensiones del modelo Karasek	25
2.2.4 Técnicas para la prevención del estrés	31
2.3 Antecedentes específicos Síndrome de Burnout y Estrés Laboral	33
3 Planteamiento del problema	39
4 Justificación	40
5 Objetivos	41
5.1 General	41
5.2 Específicos	41
6 Hipótesis	41
7 Material y métodos	41
7.1 Diseño de estudio	41
7.2 Ubicación temporal	41
7.3 Estrategia de trabajo	42

7.4	Análisis estadístico	44
7.5	Marco muestral	45
7.6	Universo de estudio	45
7.7	Sujetos de estudio	45
7.8	Criterios de selección de muestra	45
7.8.1	Criterios de inclusión:.....	45
7.8.2	Criterios de exclusión:	45
7.9	Tamaño de la muestra.....	46
7.10	Variables y Escalas de Medición.....	47
8	Logística	52
8.1	Recursos humanos	52
8.2	Recursos Materiales y Financieros	52
9	Resultados.....	53
10	Discusiones	72
11	Conclusiones	73
12	Limitaciones y Sesgos	73
13	Recomendaciones.....	74
14	Planteamientos Futuros	74
15	Conflictos de Intereses	74
16	Aspectos Bioéticos.....	74
17	Anexos.....	76
18	Referencias	78

1 Introducción

Los factores psicosociales pueden favorecer o perjudicar la actividad laboral y la calidad de vida laboral de las personas. En el primer caso fomentan el desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables perjudican su salud y su bienestar. En este caso hablamos de riesgo psicosocial, que es fuente de estrés laboral, o estresante, y que tiene el potencial de causar daño psicológico, físico, o social a los individuos. Por este motivo, las condiciones laborales de exposición crónica a riesgos psicosociales van más allá de ser un problema individual, y pueden constituir un verdadero problema de salud pública cuando su tasa de prevalencia e incidencia resulta alta. La promoción de la salud laboral es una estrategia de intervención importante para fomentar la salud de los trabajadores y, consecuentemente, de la población. Los trabajadores de salud, por las características de su trabajo que incluye situaciones desgastantes a las que se enfrentan en sus actividades cotidianas, con altas exigencias y múltiples factores psicosociales, así como la transferencia que reciben de sus pacientes, constituyen un grupo de alta vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el estrés ⁽¹⁾.

El Síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado. Este trastorno ha tomado tanta importancia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha catalogado como un riesgo laboral. Desafortunadamente presenta alta prevalencia en los profesionales de la salud, en los estudiantes y principalmente en los médicos y enfermeras de hospitales de alta concentración ⁽²⁾⁽³⁾.

La evidencia ha demostrado que estos factores pueden ser elementos positivos para el bienestar de los/las trabajadores/as, como también elementos negativos, constituyéndose, en este caso, en un riesgo para la salud. Es decir: cuando éstos son percibidos como negativos por los/las trabajadores/as, pasan a ser factores de riesgo o riesgos, generando posibles alteraciones que potencialmente pudieran causar daños psicológicos, fisiológicos o sociales en las personas ⁽⁴⁾.

El Síndrome de Burnout es de suma importancia ya que afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional de salud, y que en muchas ocasiones se llega a poner en peligro la salud de los pacientes. La frecuencia de este síndrome se ha ido elevando por lo que la OMS en el año 2000 lo calificó como riesgo laboral ⁽²⁾.

La frecuencia reportada de este síndrome en diferentes publicaciones menciona que el personal de enfermería muestra aproximadamente una prevalencia del 30.5 al 39% siendo el género más afectado el masculino. En cuanto al personal médico; los internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85% y de forma severa en el 52%. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los familiares en 59.7%, en cuanto a las demás ramas del campo médico no se ha reportado una frecuencia de aparición como tal ⁽²⁾.

Actualmente la enfermería es una de las profesiones más investigadas en relación con estos riesgos, lo cual no es casual, ya que esta disciplina se reconoce como perteneciente al área de servicios, lo que conlleva a que estos profesionales estén altamente expuestos a riesgos de tipo psicosocial. Diversos estudios muestran que un alto porcentaje de enfermeros/as percibe factores psicosociales desfavorables, además indican que su trabajo les genera desgaste e influye en una condición de salud desfavorable. Sumado a ello, autores plantean que las condiciones de trabajo de las enfermeros/as se caracterizan por sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios y carga psicológica por el manejo de situaciones críticas ⁽⁵⁾.

En este sentido, algunos/as enfermeros/as y profesionales investigadores se han preocupado por evaluar, difundir y generar debates respecto a la presencia de riesgos psicosociales en este grupo de trabajadores/as. Quizá el desafío para los tiempos actuales sea generar intervenciones exitosas que aporten al bienestar de las enfermeros/as, las cuales pudieran ser replicadas en otros lugares de trabajo. Al parecer, otras disciplinas como la Psicología pueden apoyar la enfermería al respecto y proponer intervenciones a trabajadores/as con riesgos psicosociales, sustentadas en teorías de enfermería centradas en el cuidado integral de las personas. Sumado a ello, los/as enfermeros/as investigadores/as deben visualizar la posibilidad de proponer al mundo científico teorías de rango medio para el cuidado de los trabajadores que padecen de este tipo de riesgos en el trabajo y hacer visible la disciplina de enfermería a otros saberes ⁽⁵⁾.

Un trabajador estresado suele ser más enfermizo, estar poco motivado, ser menos productivo y tener menos seguridad laboral; además, la entidad para la que trabaja suele tener peores perspectivas de éxito en un mercado competitivo. El estrés puede estar ocasionado por problemas domésticos o laborales. Por lo general, los empleadores no pueden proteger a sus empleados contra el estrés originado fuera del trabajo, pero sí pueden protegerlos contra el estrés derivado de su actividad laboral ⁽⁶⁾.

2 Marco Teórico

2.1 Síndrome de Burnout

La salud laboral es un tema prioritario de las agendas de organismos internacionales como la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Desde el año 2003 el día 28 de abril es instaurado por ésta última como el Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, para destacar la necesidad de prevención de enfermedades y accidentes laborales, utilizando como punto de apoyo el tripartismo y el diálogo social. En este contexto, las enfermedades “no físicas” asociadas al mundo del trabajo cobran especial importancia, especialmente en términos de ausentismo laboral y solicitud de licencias médicas. Por ejemplo, en los Países Bajos un tercio de los diagnósticos por incapacidad laboral están relacionados con la salud mental; en el Reino Unido ocurre también algo parecido: entre un 30% y un 40% de las licencias médicas se pueden atribuir a un trastorno de este tipo. Se pierden aproximadamente 30 veces más días de trabajo por esta causa que por conflictos sindicales. En Estados Unidos, en una investigación realizada en la década de los noventa, uno de cada tres trabajadores pensaba seriamente en dejar su empleo por estrés y/o agotamiento laboral ⁽⁷⁾.

Desde hace décadas se ha reconocido que el trabajo de enfermería en el contexto hospitalario tiene varias fuentes de estrés y que las enfermeras al estar expuestas de manera constante, pueden tener repercusiones en su salud física y mental; sin embargo esto depende de diversos factores entre ellos los factores psicosociales que median la relación causa efecto; tales como el trato con los usuarios demandantes, el contacto con la enfermedad, el dolor, la muerte, la escasez de personal, sobrecarga laboral y dobles jornadas de trabajo ⁽⁸⁾.

El Síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado. Este trastorno ha tomado tanta importancia que la OMS lo ha catalogado como un riesgo laboral. Esta afección implica casi siempre a profesionales que requieren un contacto directo con las personas y que tienen una filosofía humanística del trabajo; pero por desgracia no sólo afecta al personal que lo padece; sino que secundariamente afecta también a los que lo rodean ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁹⁾.

Burnout significa “agotado, exhausto, quemado, irritado, fatigado”. Y a este conjunto de síntomas se le ha llamado en distintas literaturas como: síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome de desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo, entre otros ⁽²⁾.

Este síndrome inició su estudio con el alemán Freudemberger en 1974, Maslach y Jackson en 1982. El síndrome era conceptualizado como efecto de la interacción con los usuarios de servicios, principalmente asistenciales.

2.1.1 Evolución Del Síndrome De Burnout

Si como plantea Cherniss (1993), el Burnout es un fenómeno transaccional y progresivo, el desarrollo del síndrome podría establecerse en las siguientes etapas:

1. Fase de motivación o entusiasmo: cuando el trabajo inicialmente es experimentado como algo motivante, y los conflictos se interpretan como algo pasajero y se les da poca importancia.
2. Fase de estancamiento o desilusión: cuando se comienzan a plantear dudas acerca del trabajo, del esfuerzo, de evaluar las expectativas iniciales, los objetivos ya no son tan claros y se comienzan a aislar y a interpretar negativamente las propuestas. Aparecen los primeros síntomas, dolores de cabeza, estomacales, aburrimiento.
3. Fase de fracaso/frustración: las herramientas de la organización y las personales hacen que o bien, se salve positivamente la situación, se recobre la ilusión por nuevos proyectos, las motivaciones cambien hacia un trabajo con mejores expectativas, o se entra en una etapa donde los problemas psicosomáticos se hacen crónicos y se adopta una actitud irritable, con dudas e inadecuación en las tareas.
4. Fase de apatía: o bien se reasigna la persona a cambiar las cosas, o entra en una etapa de no saber decir que no, de cinismo ante los clientes; comienzan las bajas laborales.
5. Fase de quemado: se produce un colapso físico e intelectual, se manifiesta la enfermedad en sus características más comunes y acentuadas ⁽¹⁰⁾.

Los trabajadores con fuertes sentimientos de autoeficacia experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, y las situaciones son menos estresantes cuando los trabajadores creen que pueden afrontarlas de manera positiva. El éxito y el logro de los objetivos personales por uno mismo aumenta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en alcanzar los objetivos conlleva sentimientos de fracaso y puede dar lugar al desarrollo del Síndrome de Burnout ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾.

2.1.2 ¿A Quiénes afecta el Burnout?

El síndrome afecta especialmente a personas que se dedican a prestar servicio a otras personas. Se da en cinco actividades, sobretodo, en religiosos, en los trabajadores en salud, en trabajadores de educación, políticos, madres y abuelas. Esto último es novedoso, ya que el 85% de las consultas son mujeres que mantienen el rol jerárquico en la familia. Todos están inmersos en instituciones diferentes pero que pueden ser afectados en la medida que tengan un fuerte compromiso vocacional, ya sea en iglesias, hospitales, escuelas, partidos políticos o familia. Estudios de la OMS indican e identifican los costos de tener a la fuerza laboral en condiciones ocupacionales estresantes: aumento del ausentismo, aumento en las tardanzas, aumento en la rotación de personal, reducción en el desempeño y la productividad, reducción en las tasas de crecimiento y ganancias, reducción en la calidad del trabajo y sus productos, aumento de las prácticas ocupacionales inseguras y de las tasas de accidentes, aumento en las quejas de clientes,

aumento de casos de violencia, aumento en las enfermedades ocupacionales, y aumento de los costos debido a todo lo anterior ⁽⁷⁾.

Es muy importante precisar que este síndrome no es igual al estrés laboral. Este último se hace cargo de los efectos del desgaste, y no de las causas, las cuales sobrepasan al estrés en el trabajo, para ello se hace la siguiente tabla comparativa:

ESTRÉS LABORAL	SÍNDROME BURNOUT
Sobre implicación en los problemas.	Falta de implicación.
Hiperactividad emocional.	Incapacidad sentir emociones.
El daño fisiológico es el factor primario.	El daño emocional es el factor primario.
Agotamiento o falta de energía física.	Agotamiento afecta motivación y a energía psíquica.
La depresión se da como reacción a mantener energía física.	La depresión en el Burnout es como una pérdida de ideales de referencia y tristeza.
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas.	Sólo tiene efectos negativos.
Tabla 1: Comparación del Estrés laboral vs. Síndrome de Burnout.	

2.1.3 Factores de Riesgo

Se han descrito varios factores de riesgo para que se desarrolle el Síndrome de Burnout entre los cuales se encuentran personas jóvenes, género femenino, estado civil (solteros o sin pareja estable), mayores turnos laborales o sobrecarga laboral, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, con deseo de prestigio y mayores ingresos económicos. El factor de riesgo que resulta ser más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo ^{(12) (13)}.

La vida laboral moderna también cambia constantemente, debido a los rápidos avances científicos y tecnológicos. Como consecuencia, se producen cambios rápidos en los sistemas de producción. Esto significa que los trabajadores deben enfrentarse a:

El aumento de los requisitos de aprendizaje de nuevas destrezas, la necesidad de adoptar nuevas formas de trabajar, la presión por una mayor productividad, las presiones por un aumento en la calidad del trabajo, un aumento de la presión de tiempo y trabajos agitados, mayor competencia por los trabajos, mayor inseguridad laboral y menos beneficios, menos tiempo para los compañeros de trabajo y para socializar.

Los riesgos psicosociales con origen en la actividad laboral pueden estar ocasionados por un deterioro o disfunción en: a) Las características de la tarea: cantidad

de trabajo, desarrollo de aptitudes, carencia de complejidad, monotonía o repetitividad, automatización, ritmo de trabajo, precisión, responsabilidad, falta de autonomía, prestigio social de la tarea en la empresa, etc. b) Las características de la organización: variables estructurales (tamaño y diferenciación de unidades, centralización, formalización), definición de competencias, estructura jerárquica, canales de comunicación e información, relaciones interpersonales, procesos de socialización y desarrollo de la carrera, estilo de liderazgo, tamaño, etc. c) Las características del empleo: diseño del lugar de trabajo, salario, estabilidad en el empleo y condiciones físicas del trabajo. El origen del problema en las situaciones de riesgo psicosocial no está en el individuo, sino que suele estar en el entorno que es de donde provienen dichas situaciones de riesgo debido a un mal diseño y ordenación del trabajo. Esto es, los riesgos psicosociales en el trabajo aparecen porque se generan unas condiciones laborales difíciles de tolerar para la mayoría de los trabajadores. Obviamente, podemos encontrar individuos que presentan unas cualidades personales superiores al resto de sus compañeros, pero no todos los seres humanos somos capaces de batir un récord olímpico. Por ello, es necesario evaluar el entorno e intentar modificarlo para generar unas condiciones de trabajo adecuadas para el “trabajador normal” que debe desempeñar el puesto ⁽¹⁴⁾.

2.1.4 Signos de Alarma

1. Negación: la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.
2. Aislamiento: es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, colegas y amigos.
3. Ansiedad: es la sensación persistente que tiene el médico de que algo malo va a suceder.
4. Miedo o temor: una sensación poderosa de temor de acudir al trabajo.
5. Depresión: este es uno de los problemas cada vez más comunes en médicos y estudiantes de medicina; siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y por supuesto uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio.
6. Ira: las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que es motivo del disgusto al tratar con compañeros, resto del personal o con los pacientes.
7. Fuga o anulación: el médico llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo.
8. Adicciones: se inicia o aumenta el empleo de sustancias, que pueden ser prohibidas o no.
9. Cambios de personalidad: hay una incapacidad para poder confiar en el individuo.
10. Culpabilidad: sienten que lo que desarrollan es prácticamente un castigo o bien tienen un sentimiento exagerado de ser indispensables en el trabajo.
11. Cargas excesivas de trabajo: el aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en el hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de auto negación.

12. Comportamiento riesgoso: no característico de la persona, el cual puede ir desde embarazoso a inapropiado e impulsivo; peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el sexual con conductas de riesgo.
13. Sensación de estar desbordado y con desilusión.
14. Se percibe la sensación de ya no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio, tiene sensación de fatiga crónica.
15. Abandono de sí mismo.
16. Se presenta un cambio en la pulcritud, higiene y arreglo personal. Hay cambios en el hábito alimenticio con pérdida o ganancia de peso exagerada.
17. Pérdida de la memoria y desorganización: existe dificultad para concentrarse y aprender. No se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales. Puede haber trastornos del sueño ⁽²⁾.

El Maslach Burnout Inventory, versión Human Services Survey (MBI-HSS) (Maslach & Jackson, 1981) ha sido considerado como el instrumento más ampliamente utilizado para medir el Síndrome de Burnout en personas que se desempeñan en actividades asistenciales ⁽¹²⁾.

El MBI-HSS define el Síndrome de Burnout como un constructo tridimensional que incluye tres aspectos específicos:

1. **Agotamiento emocional:** sensación de no poder dar más de sí en el ámbito emocional y afectivo.
2. **Despersonalización:** desarrollo de sentimientos de insensibilidad y actitudes negativas hacia los destinatarios de la labor profesional.
3. **Reducida realización profesional:** sentimientos de improductividad o falta de logros en el desempeño profesional ⁽²⁾.

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia:

- Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

- Etapa 2. El individuo realiza un sobre esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente, hasta aquí el cuadro es reversible.

- Etapa 3. Se presenta el Síndrome de Burnout con los componentes descritos.

- Etapa 4. El individuo deteriorado psicológica y físicamente ⁽²⁾ ⁽¹²⁾.

En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del Síndrome de Burnout para el individuo: salud, relaciones interpersonales; y para la institución: insatisfacción laboral, propensión al abandono y ausentismo, deterioro en la calidad del servicio, hostilidad y resentimiento ⁽²⁾.

Para Gil-Monte y Peiró (1997), existen dos tipos de consecuencias derivadas del Burnout, las del individuo y las de la organización, siendo las siguientes:

A) Consecuencias del individuo:

-Consecuencias sobre la salud: crisis asmáticas, dermatitis, propensión a infecciones, hipertensión arterial, aparición de alergias, dolores cervicales, insomnio, fatiga, úlceras gástricas, cefalea, etc.

-Consecuencias interpersonales extra laborales: estas actitudes inducen a un deterioro de las relaciones y un aumento de los conflictos interpersonales, como pueden ser: enfrentamientos matrimoniales, ruptura familiar, exigencia de mayor atención familiar, incomunicación o evitación y aislamiento con familiares o amigos, desplazar las relaciones familiares a un segundo plano, hostilidad, depresión, accidentes o abuso de medicamentos, drogas o alcohol, cambios de humor, incapacidad para concentrarse, trastornos de atención, ansiedad o depresión.

B) Consecuencias de la organización:

-Las consecuencias laborales incluyen insatisfacción, deterioro del ambiente laboral, disminución de la calidad en el trabajo, absentismo laboral, reconversión profesional, abandono de la profesión, baja involucración en las actividades laborales como la toma de decisiones, conflictos con compañeros, supervisores y usuarios, aumento de rotación de personal y accidentes de trabajo ⁽¹¹⁾.

2.1.5 Tipos de Instrumentos de Medición

Para evaluar el Síndrome de Burnout se han creado 15 distintos instrumentos de medición a lo largo de la historia. Unos creados para medir a un tipo específico de población y otros que pueden ser realizados en una población más generalizada. Posteriormente en la tabla 2 se muestran dichos instrumentos ⁽¹⁰⁾.

INSTRUMENTO	AUTOR (ES)
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Indicadores del Burnout	Gillespie (1980)
Emener-Luck Burnout Scale	Emenery Luck (1980)
Tedium Measure Burnout	Pines Aronsony Kafry (1981)
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Kackson (1981)
Burnout Scale	Kremery Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidmany Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden(1987)
Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)

Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveniy Albani (1992)
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Morenoy Oliver(1993)
Holland Burnout Assesment Survey	Hollandy Michael (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi, Dell' Erbay Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores	Friedman(1995)
Tabla 2: Instrumentos de medición de Burnout. [Garcés de Los Fayos, López, Soler y García Montalvo (1997)].	

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Maslach (1976) definía inicialmente el “Burnout” como “un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo”. En función de este enfoque, prioritariamente asistencial, se elaboró el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981) ⁽²⁾.

Las puntuaciones del MBI se correlacionan con informaciones obtenidas con otros instrumentos acerca de datos demográficos, características del trabajo, realización laboral, personalidad, evaluación de actitudes, información sobre la salud, etc. El desarrollo del instrumento tuvo una duración de 8 años en los que se fue perfilando el definitivo. Primariamente estaba compuesta por 47 ítems aplicada a 605 personas, los análisis estadísticos obtenidos redujeron el cuestionario a 25, quedando finalmente 22 ítems en una segunda muestra de 1025 personas. Con validez en poblaciones latinas y mexicanas.

Se plantea al individuo un conjunto de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos relacionados con diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El individuo debe contestar cada enunciado en base a la frecuencia, con 7 opciones, desde nunca hasta diariamente.

Este cuestionario tiene tres dimensiones:

- Agotamiento emocional con 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás. La puntuación máxima es 54.
- Despersonalización con 5 ítems (5,10, 11, 15, 22), valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es 30.
- Realización personal en el trabajo con 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La puntuación máxima es 48 ⁽²⁾.

La sintomatología clínica es no específica e incluye cansancio, dolores de cabeza, problemas alimenticios, irritabilidad, inestabilidad emocional y rigidez en las relaciones

interpersonales. La relación entre puntuación y grado del Burnout es dimensional. Es decir, no hay un punto de corte que indique si existe o no tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada aspecto en tres rangos que definen el nivel del Burnout experimentado como:

Criterios	Rangos		
	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional (AE)	0-18	19-26	27-54
Realización personal (RP)	0-33	34-39	40-48
Despersonalización (DP)	0-5	6-9	10-30

Interpretación será de la siguiente manera:

- Presencia del Burnout si la puntuación se encuentra elevada en AE y DP, baja en RP.
- No existe el Burnout si la puntuación es baja en AE y DP, pero elevada en RP ⁽⁹⁾ ⁽¹²⁾.

2.1.6 Estrategias de Intervención

La importancia de estudiar el Síndrome de Burnout es la posibilidad de intervenir para reducirlo, o desaparecerlo. La prevención se refiere a una serie de respuestas que se inician a nivel individual, grupal, u organizacional ante una situación que se considera amenazante y en la que la mayoría de los casos es para manejar la respuesta al estrés. Intervención, es la acción voluntaria en torno a un problema ocasionado por estrés, con fines de solucionarlo. El afrontamiento es aquel comportamiento que implica esfuerzo en un individuo para resolver las situaciones problemáticas en un intento personal de adaptarse al entorno.

Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout por el trabajo, pueden ser agrupadas en tres categorías ⁽²⁸⁾:

- Estrategias individuales
- Estrategias grupales
- Estrategias organizacionales

Dentro de las estrategias de **nivel individual**, el empleo de estrategias de afrontamiento, de control, o centradas en el problema, previene el desarrollo de Síndrome de Burnout. Por el contrario, el evitar o intentar escapar, propicia su aparición. En las técnicas y programas dirigidos se encuentran el entrenamiento en la solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo.

También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir. Es decir, desarrollar conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. Se debe aumentar y conservar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, delegar responsabilidades, no considerarse indispensable, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

En el **nivel grupal** la estrategia por excelencia es el uso de apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros y supervisoras. A través de esto, los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de tareas y consiguen apoyo emocional, consejos.

Es muy importante considerar el **nivel organizacional**, pues el origen del problema está en el contexto laboral, por lo tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente. Las estrategias más relevantes para la prevención del Síndrome de Burnout que pueden ser implementadas son los programas de socialización anticipada, la implantación de sistemas de evaluación y retroalimentación y los procesos de desarrollo organizacional ⁽¹⁵⁾.

Lo antes mencionado nos llevará a trabajar con programas de intervención multinivel que intenten lograr un ajuste persona-ambiente. Como se ha comentado, existen diversos programas de intervención contrastados que nos permiten la acción multinivel que se han clasificado a partir de dos criterios: según el nivel al que se orienta el programa y en función del impacto que busca la acción preventiva ⁽¹⁵⁾.

2.2 Estrés Laboral

El estrés laboral puede suponer un auténtico problema para la entidad y para sus trabajadores. Una buena gestión y una organización adecuada del trabajo son la mejor forma de prevenir el estrés. Si un empleado sufre estrés, su jefe debería ser consciente de ello y saber cómo ayudarlo.

Sólo en años recientes, tanto la sociedad como el mundo laboral, han comenzado a prestar atención a la importante influencia que tiene el estrés en la salud de las personas y los efectos negativos que produce al interior de una organización. El estrés es un tema que cada día adquiere mayor importancia por los efectos dañinos que trae al individuo que lo padece y por el aumento de situaciones sociales, familiares, laborales que lo provocan, siendo un fenómeno difícil de definir, pero fácil de reconocer a través de los cambios que engendra en la persona que lo sufre. Según la OIT, estrés laboral se define como: “enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo, que perjudica la producción, al afectar la salud física y mental de los trabajadores.” A fines

del decenio pasado, la OIT planteaba su preocupación ante el aumento de los índices de estrés laboral en el mundo. Para ese organismo, el estrés en el trabajo es uno de los grandes desafíos que se presenta a los gobiernos, a los empleadores y a los sindicatos. Se ha estimado que el estrés causa la mitad del ausentismo laboral y de la rotación y tiene consecuencias significativas en la productividad laboral ⁽⁶⁾.

En el marco de un estudio realizado en el año de 1999 en España, un grupo de expertos pertenecientes a diversas organizaciones técnicas en prevención (públicas y privadas, sindicales y universitarias) identificaban, entre otros, los siguientes factores explicativos de la falta de interés preventivo hacia los riesgos psicosociales:

- Falta de información respecto a la nocividad de los factores de riesgo psicosocial sobre la salud de los trabajadores.
 - Concepción de que los problemas de estrés son de carácter individual, y sólo afectan a personas "predisuestas".
 - Percepción del tópico cultural que sigue viendo el estrés como un problema de ejecutivos, y más relacionado con trabajo intelectual que manual, lo que lleva a considerarlo como algo inherente al trabajo, a ciertos trabajos, y a contemplar la prevención como un asunto de técnicas individuales de autocontrol.
 - Dificultades de evaluación por la falta de instrumentos objetivos.
- Actitud de incredulidad ante la imposibilidad de controlar o eliminar los factores psicosociales ⁽¹⁶⁾.

2.2.1 Respuesta fisiológica del estrés

La respuesta fisiológica es la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresantes. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipófisis-suprarrenal y del sistema nervioso vegetativo.

El eje hipófisis-suprarrenal (HSP) está compuesto por el hipotálamo, que es una estructura nerviosa situada en la base del cerebro que actúa de enlace entre el sistema endocrino y el sistema nervioso, la hipófisis, una glándula situada asimismo en la base del cerebro, y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre el polo superior de cada uno de los riñones y que están compuestas por la corteza y la médula.

El sistema nervioso vegetativo (SNV) es el conjunto de estructuras nerviosas que se encarga de regular el funcionamiento de los órganos internos y controla algunas de sus funciones de manera involuntaria e inconsciente.

Ambos sistemas producen la liberación de hormonas, sustancias elaboradas en las glándulas que, transportadas a través de la sangre, excitan, inhiben o regulan la actividad de los órganos (figura 1).

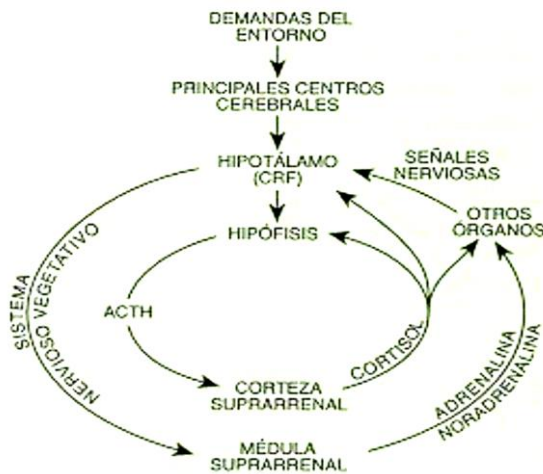


Figura 1: Producción de hormonas por el sistema nervioso vegetativo y el eje hipofisis-suprarrenal ⁽¹⁶⁾.

Eje hipofisis-suprarrenal

Se activa tanto con las agresiones físicas como con las psíquicas y, al activarse, el hipotálamo segrega la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y factor liberador de corticotropina (CRF), que actúa sobre la hipófisis y provoca la secreción de la hormona adrenocorticotrófica (ACTH). Esta secreción incide sobre la corteza de las glándulas suprarrenales, dando lugar a la producción de corticoides que pasan al torrente circulatorio y producen múltiple incidencia orgánica, como se verá más adelante. Los corticoides que se liberan debido a la ACTH son:

- Los glucocorticoides: El más importante es el cortisol que facilita la excreción de agua y el mantenimiento de la presión arterial; afecta a los procesos infecciosos y produce una degradación de las proteínas intracelulares. Tiene, asimismo, una acción hiperglucemiante (aumenta la concentración de glucosa en sangre) y se produce un aumento de calcio y de fosfatos liberados por los riñones, y de lípidos.
- Los andrógenos: Son las hormonas que estimulan el desarrollo de las características secundarias masculinas y estimulan el aumento tanto de la fuerza como de la masa muscular ⁽¹⁶⁾.

Sistema nervioso vegetativo

Este sistema mantiene la homeostasis del organismo. La activación simpática supone la secreción de catecolaminas, que son:

- La adrenalina segregada por parte de la médula suprarrenal, especialmente en casos de estrés psíquico y de ansiedad.
- La noradrenalina segregada por las terminaciones nerviosas simpáticas, aumentando su concentración principalmente en el estrés de tipo físico, en situaciones de alto riesgo o de agresividad.

Estas hormonas son las encargadas de poner el cuerpo en estado de alerta preparándolo para luchar o huir. Son las que permiten enlazar el fenómeno del estrés con los fenómenos psicofisiológicos de la emoción. Ambas intervienen en los siguientes procesos:

- Dilatación de las pupilas.
- Dilatación bronquial.
- Movilización de los ácidos grasos, pudiendo dar lugar a un incremento de lípidos en sangre (posible arterioesclerosis).
- Incremento del rendimiento cardíaco que puede desembocar en una hipertensión arterial.
- Vasodilatación muscular y vasoconstricción cutánea.
- Reducción de los niveles de estrógenos y testosterona, que son hormonas que estimulan el desarrollo de las características sexuales secundarias masculinas.
- Inhibición de la secreción de prolactina, que influye sobre la glándula mamaria.
- Incremento de la producción de tiroxina, que favorece el metabolismo energético, la síntesis de proteínas, etc.

Vemos pues que, ante una situación de estrés, existe un compromiso de todo el organismo ⁽¹⁶⁾.

2.2.2 Fases del estrés: síndrome general de adaptación

El origen histórico del concepto de estrés parte de las investigaciones que realizó Hans Selye en el año 1936 y que dieron lugar al llamado síndrome general de adaptación. Ante una situación de amenaza para su equilibrio, el organismo emite una respuesta con el fin de intentar adaptarse. Selye define este fenómeno como el conjunto de reacciones fisiológicas desencadenadas por cualquier exigencia ejercida sobre el organismo, por la incidencia de cualquier agente nocivo llamado estresante. Se puede definir, pues, como la respuesta física y específica del organismo ante cualquier demanda o agresión, ante agresores que pueden ser tanto físicos como psicológicos (figura 2).



Figura 2. Síndrome general de adaptación (Hans Selye, 1936).

En este proceso de adaptación por parte del organismo se distinguen las fases de alarma, de adaptación y de agotamiento ⁽¹⁶⁾.

Fase de alarma

Ante la aparición de un peligro o estresante se produce una reacción de alarma durante la que baja la resistencia por debajo de lo normal. Es muy importante resaltar que todos los procesos que se producen son reacciones encaminadas a preparar el organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo (coping). Esta primera fase supone la activación del eje hipófisis-suprarrenal; existe una reacción instantánea y automática que se compone de una serie de síntomas siempre iguales, aunque de mayor a menor intensidad:

- Se produce una movilización de las defensas del organismo.
- Aumenta la frecuencia cardíaca.
- Se contrae el bazo, liberándose gran cantidad de glóbulos rojos.
- Se produce una redistribución de la sangre, que abandona los puntos menos importantes, como es la piel (aparición de palidez) y las vísceras intestinales, para acudir a músculos, cerebro y corazón, que son las zonas de acción.
- Aumenta la capacidad respiratoria.
- Se produce una dilatación de las pupilas.
- Aumenta la coagulación de la sangre.
- Aumenta el número de linfocitos (células de defensa) ⁽¹⁶⁾.

Fase de resistencia o adaptación

En ella el organismo intenta superar, adaptarse o afrontar la presencia de los factores que percibe como una amenaza o del agente nocivo y se producen las siguientes reacciones:

- Los niveles de los corticoesteroides se normalizan.
- Tiene lugar una desaparición de la sintomatología.

Fase de agotamiento

Ocurre cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, y cuando los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes; se entra en la fase de agotamiento que conlleva lo siguiente:

- Se produce una alteración tisular.
- Aparece la patología llamada psicósomática ⁽¹⁶⁾.

Respuestas del organismo humano y consecuencias fisiológicas ante el estrés.

La respuesta del organismo humano es diferente según se esté en una fase de tensión inicial -en la que hay una activación general del organismo y en la que las alteraciones que se producen son fácilmente remisibles, si se suprime o mejora la causa-

o en una fase de tensión crónica o estrés prolongado, en la que los síntomas se convierten en permanentes y se desencadena la enfermedad. En la tabla 3 se exponen varios ejemplos de respuestas y consecuencias fisiológicas en el organismo humano que se producen en situaciones de tensión y estrés ⁽¹⁶⁾.

RESPUESTA DEL ORGANISMO EN:	TENSIÓN (FASE INICIAL)	ESTRÉS
Cerebro	Ideación clara y rápida.	Cefalea, tics nerviosos, insomnio.
Humor	Concentración mental.	Ansiedad, pérdida del sentido del humor.
Músculos	Mayor capacidad.	Tensión/ dolor muscular.
Pulmones	Mayor capacidad.	Hiperventilación, tos, asma, taquipnea.
Estómago	Secreción ácida aumentada.	Dispepsia, vómitos.
Intestino	Aumenta actividad motora.	Diarrea, cólico, Colitis.
Vejiga	Flujo disminuido.	Poliuria.
Sexualidad	Irregularidades menstruales.	Amenorrea, impotencia
Piel	Menor humedad.	Sequedad, prurito, dermatitis.
Energía	Aumento del gasto energético.	Fatiga fácil.
Corazón	Aumento del trabajo cardíaco.	Hipertensión arterial, dolor precordial.

Tabla 3: Ejemplos de respuestas y consecuencias fisiológicas en el organismo humano en la fase de tensión (inicial) y estrés.

Pues bien, el modelo demanda-control-apoyo social (Karasek 1976 y 1979; Johnson 1988; Karasek y Theorell 1990) plantea, en buena medida, respuestas a estas cuestiones. Se trata de un modelo desarrollado para describir y analizar situaciones laborales en las que los estresantes son crónicos, y pone totalmente el acento en las características psicosociales del entorno de trabajo. Ha sido el modelo más influyente en la investigación sobre el entorno psicosocial de trabajo, estrés y enfermedad desde principios de los años 80's, así como el que presenta mayor evidencia científica a la hora de explicar efectos en la salud ⁽¹⁷⁾.

El modelo de demandas/control (Karasek 1976; Karasek 1979; Karasek y Theorell 1990), que se examina a continuación, se basa en las características psicosociales del trabajo: las demandas psicológicas que éste plantea y una cierta combinación de control de las tareas y uso de las capacidades (la llamada latitud de toma de decisiones). El

modelo predice, en primer lugar, el riesgo de enfermedad relacionado con el estrés, y después los correlatos de comportamiento activo/pasivo de los puestos de trabajo. Se ha utilizado principalmente en estudios epidemiológicos de enfermedades crónicas, como la enfermedad coronaria.

Desde el punto de vista pedagógico, es un modelo sencillo que puede ayudar a comprender claramente varias cuestiones importantes que son de interés para los análisis de la salud y la seguridad en el trabajo en el ámbito de la política social:

1. Que las características de organización social del trabajo, y no sólo los riesgos físicos, producen enfermedades y lesiones;
2. Que las consecuencias relacionadas con el estrés tienen que ver con la organización social de la actividad del trabajo y no sólo con sus exigencias;
3. Que también la actividad social del trabajo afecta a los riesgos relacionados con el estrés, no sólo las características personales;
4. Que la posibilidad tanto de un “estrés positivo” como de un “estrés negativo” puede explicarse en términos de combinaciones de demandas y control,
5. Que ofrece un modelo sencillo (con una validez nominal básica) con el que empezar a analizar la respuesta personal al estrés en el caso de los empleados de comercio, los administrativos y otros trabajadores para los que ésta es una cuestión sensible ⁽¹⁸⁾.

Más allá de las consecuencias del trabajo, el modelo también ofrece las perspectivas de los organizadores del trabajo, quienes están preocupados por los resultados de productividad. La dimensión “demanda psicológica” tiene que ver con “cuánto se trabaja”; la dimensión “latitud de toma de decisiones” refleja cuestiones de organización del trabajo, como las referentes a quién adopta las decisiones y quién realiza qué tareas. La hipótesis de aprendizaje activo del modelo describe los procesos de motivación del trabajo de alto rendimiento. La lógica económica de la máxima especialización laboral, que es la idea más aceptada en el pasado sobre el diseño de puestos de trabajo productivos, se opone en el modelo de demandas/control a las consecuencias negativas para la salud. El modelo incluye perspectivas alternativas y de promoción de la salud sobre la organización del trabajo que hacen hincapié en la amplitud de las capacidades y la participación de los trabajadores y que pueden ofrecer asimismo ventajas económicas para los sistemas de fabricación innovadores y para los sectores de servicios debido a sus mayores posibilidades de aprendizaje y participación ⁽¹⁸⁾.

2.2.3 Dimensiones del modelo Karasek

Robert Karasek observó que los efectos del trabajo, tanto en la salud como en el comportamiento, parecían ser resultado de la combinación de las demandas psicológicas laborales y de las características estructurales del trabajo relacionadas con la posibilidad de tomar decisiones y usar las propias capacidades. Esto le llevó a proponer un modelo bidimensional que integrase estos dos tipos de conclusiones, y que fuese utilizable para un amplio tipo de efectos psicosociales de las condiciones de trabajo.

De hecho, el modelo se construía a partir de las aportaciones anteriores y contemporáneas de diversas disciplinas. En el campo de la sociología se había investigado sobre las exigencias psicológicas y sociales causantes de enfermedad que suponían, por ejemplo, los acontecimientos vitales estresantes. Por su parte, la psicología de las organizaciones en sus teorías sobre satisfacción y motivación laboral hablaba del control, la autonomía y el uso de habilidades, aunque no desde la perspectiva de la salud, sino la de la productividad. En la epidemiología estaba empezando a surgir una necesidad de ampliar el modelo con que se abordaban los riesgos de enfermedad cardiovascular (ECV) asociados al trabajo, ya que algunas investigaciones demostraban una relación negativa entre la clase social y la ECV.

En la década de los 70's, diversos estudios demostraron que se producían efectos en el estado de salud (por ejemplo: depresión e indefensión aprendida, síntomas de tensión psicológica) y en el comportamiento (por ejemplo: actitud activa en el trabajo, conducta en el tiempo de ocio, experiencia activa) relacionados ambos, aunque de distinta manera, con dos dimensiones: las intensas demandas psicológicas (cambios, retos psicológicos) por un lado, y la capacidad de control (trabajo monótono, capacidad de ejercer las competencias, altos niveles de autonomía, uso de capacidades) por otro.

Por otra parte, se había investigado ya en epidemiología la función modificadora de la relación entre estrés y enfermedad que desarrollaba una tercera variable: el apoyo social. También se había estudiado las relaciones sociales en el lugar de trabajo. Esta sería la tercera dimensión incorporada al modelo, dando lugar a la versión ampliada que puede verse en la figura 3. ⁽¹⁷⁾

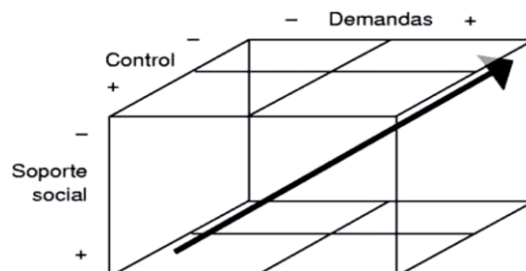


Figura 3. Modelo demanda-control-apoyo social, Karasek y Johnson, 1986 ⁽¹⁷⁾.

Demandas psicológicas

Son las exigencias psicológicas que el trabajo implica para la persona. Básicamente hacen referencia a cuánto se trabaja: cantidad o volumen de trabajo, presión de tiempo, nivel de atención, interrupciones imprevistas; por lo tanto, no se circunscriben al trabajo intelectual, sino a cualquier tipo de tarea ⁽¹⁷⁾.

Control

Se trata de la dimensión esencial del modelo, puesto que el control es un recurso para moderar las demandas del trabajo. Es decir, el estrés no depende tanto del hecho de tener muchas demandas, como del no tener capacidad de control para resolverlas. El

control hace referencia al cómo se trabaja, y tiene dos componentes: la autonomía y el desarrollo de habilidades. La primera es la inmediata posibilidad que tiene la persona de influenciar decisiones relacionadas con su trabajo, de controlar sus propias actividades. El segundo hace referencia al grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades: aprendizaje, creatividad, trabajo variado. Según Karasek se trata de las oportunidades o recursos que la organización proporciona a la persona para moderar o tomar decisiones sobre las demandas en la planificación y ejecución del trabajo ⁽¹⁷⁾.

Apoyo social

Jeffrey V. Johnson, en el 86, amplió el modelo demandas-control introduciendo la dimensión de apoyo social. Parece ser que la función del apoyo social es la de incrementar la habilidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido, por lo que resulta un moderador o amortiguador del efecto del estrés en la salud. El apoyo social hace referencia al clima social en el lugar de trabajo en relación tanto con los compañeros, como con los superiores. Tiene dos componentes: relación emocional que el trabajo comporta y soporte instrumental. Tanto el apoyo social como el control son factores que suelen verse muy influidos por los cambios en la organización del trabajo y, de hecho, las intervenciones preventivas que modifican en origen los riesgos psicosociales por lo general afectan conjuntamente a ambas dimensiones ⁽¹⁷⁾.

Predicciones del modelo

El modelo predice, en primer lugar, riesgo de enfermedad relacionado con estrés; en segundo lugar, predice relación con comportamiento activo/pasivo. Estos dos mecanismos psicológicos principales, el de tensión psicológica y el de aprendizaje, son independientes, lo que constituye uno de los rasgos esenciales del modelo: su estructura bidimensional.

La diferencia con otros modelos multidimensionales del estrés radica en que aquí la característica esencial de un ambiente de trabajo estresante es que simultáneamente plantea exigencias y limite las capacidades de respuesta de la persona. Así que un ambiente de trabajo estresante crea, *per se*, el desequilibrio entre demandas y respuesta que conduce al estrés. Los niveles de demanda son el factor contingente que determina si un control escaso conduce a la pasividad o a la tensión psicológica. Los niveles de control son el factor contingente que determina si las exigencias conducen al aprendizaje activo o a la tensión psicológica. La combinación de las dos dimensiones básicas demandas y control genera cuatro situaciones psicosociales, con sus correspondientes implicaciones en el terreno de la salud y del comportamiento ⁽¹⁷⁾.

Tensión en el trabajo

La diagonal A de la figura 4 muestra los efectos en la salud. Tener un trabajo con elevadas demandas y una escasa capacidad de control (cuadrante alta tensión) predice un aumento del riesgo de tensión psicológica y enfermedad. Las demandas tienen más

consecuencias negativas si ocurren junto con una ausencia de posibilidad de influir en las decisiones relacionadas con el trabajo. Si las exigencias son tan elevadas que el trabajador no puede hacerles frente, o si éste no se encuentra en posición de ejercer influencia en aspectos importantes de sus condiciones de trabajo y de poder adaptarlos, la situación genera estrés y puede aumentar la velocidad a la que se producen los procesos corporales de desgaste, conduciendo probablemente a un mayor riesgo de enfermedad o incluso fallecimiento.

Esta es la principal hipótesis del modelo: los niveles más bajos de bienestar psicológico y los niveles más altos de síntomas y enfermedades se encontrarán en el cuadrante de alta tensión. Se relaciona sobre todo con enfermedades cardiovasculares, pero también con crisis asmáticas, procesos alérgicos, trastornos músculo-esqueléticos cervicales y de miembro superior, ansiedad, etc. En el extremo opuesto de esta diagonal se encontraría el cuadrante de baja tensión, donde el trabajador dispone de una adecuada capacidad de control, pero las exigencias son mínimas, y que sería la situación más parecida a la relajación. Un tercer factor modificador es la cantidad y calidad de apoyo social que brindan la jerarquía y los compañeros. Cuando existe y es adecuado, puede "amortiguar" parte del potencial estresante generado por la combinación de altas demandas y bajo control. Si es escaso o falta, o si el entorno psicosocial se caracteriza por la discriminación o la intimidación, se añade un nuevo factor de estrés a los ya existentes ⁽¹⁷⁾.

Aprendizaje activo

La diagonal B muestra las consecuencias que las condiciones psicosociales generan en el comportamiento. Trabajo activo es aquel donde las exigencias son elevadas, pero la organización del trabajo permite a la persona disponer de una elevada capacidad de decisión para hacerles frente, convirtiéndose el resultado de esa combinación en un desafío. Este cuadrante del modelo predice el llamado "estrés positivo", la situación que incrementa la motivación y las posibilidades de crecimiento y desarrollo personal. En este cuadrante se produce aprendizaje de nuevos patrones de conducta y habilidades basadas en la experiencia psicosocial del trabajo ⁽¹⁷⁾.



Figura 4. Modelo de exigencias psicológicas-control. Fuente: Karasek, 1979 ⁽¹⁷⁾.

Se trata de ocupaciones en las que la persona siente una gran capacidad de control, de libertad para usar todas las capacidades. Buena parte de la energía activada por los estresantes del trabajo (en este caso, desafíos) se convierte en acción, por lo que queda poca tensión residual que ocasione trastornos. El individuo tiene libertad para decidir el curso más efectivo de la acción en respuesta a un estresante; puede probar la eficacia de las acciones elegidas, reforzándolas si le han funcionado bien, o modificándolas si le han fallado. Los trabajos pasivos serían aquellos que no requieren mucha energía, pero que no incluyen ninguno de los aspectos deseables de la relajación. Contra lo que pudiera pensarse, provocan un entorno de trabajo poco atractivo que puede implicar una atrofia o pérdida gradual de capacidades anteriormente adquiridas (aprendizaje negativo). Pueden generar, a largo plazo, una falta de motivación en el trabajo. Sería el segundo grupo problemático desde la perspectiva psicosocial, después del de alta tensión. En cuanto a la tensión psicológica y el riesgo de enfermedad, el modelo predice un nivel medio, como en el grupo de trabajo activo.

El modelo se probó por primera vez en trabajadores suecos y norteamericanos, confirmándose empíricamente ambas hipótesis. En 1979, Töres Theorell ayudó a ampliar la predicción empírica para la enfermedad coronaria, lo que propició una aceptación más amplia del modelo. En los años 80's, Frankenhauser demostró la congruencia de las dos hipótesis con las dos modalidades básicas de respuesta fisiológica al estrés, entendido como adaptación de un organismo a su entorno: respuesta de activación cuando la situación se percibe como un reto, respuesta de impotencia cuando se percibe como una incertidumbre.

Todos estos hallazgos epidemiológicos iban confirmando la idea de que el estrés psicosocial no es propio solamente de las personas con elevadas responsabilidades, sino una carga adicional para los trabajos de menor estatus. Ello permitía aclarar, por ejemplo, la aparente contradicción entre estrés y satisfacción. Los operarios de una cadena de montaje de coches y los directivos de esa empresa pueden tener niveles elevados de estrés, y sin embargo presentan grandes diferencias en cuanto a estado de salud y satisfacción laboral, lo que sólo se entiende si tenemos en cuenta simultáneamente las demandas y la capacidad de decisión en el puesto ⁽¹⁷⁾.

Así se ha sabido, por ejemplo, que hay una distribución desigual por géneros. Los hombres disponen con más frecuencia que las mujeres de un alto grado de control sobre su proceso de trabajo al nivel de las tareas. Además, en las mujeres se da una correlación negativa entre el margen de toma de decisiones y las demandas: las mujeres con escaso control tienen también más exigencias. Por el contrario, los trabajos con mayores demandas para los hombres se acompañan, generalmente, de mayor control. Esto significa que hay mayor proporción de mujeres ocupando puestos de alta tensión.

Sin ánimo de ser exhaustivos ni excluyentes, podemos dar algunos ejemplos de cómo se suelen distribuir las ocupaciones en los distintos cuadrantes del modelo (a partir de resultados de encuestas de condiciones de trabajo de la Fundación Europea) ⁽¹⁷⁾.

- Trabajo pasivo: Con baja demanda, bajo control. Ejemplo: administrativos, contables, personal de servicios de bajo nivel (conserjes, bedeles, etc.), vigilantes, porteros.
- Trabajo activo: (alta demanda, alto control). Ejemplo: abogados, jueces, ingenieros, directivos, periodistas, médicos.
- Alta tensión: (alta demanda, bajo control). Ejemplo: operarios sujetos al ritmo de máquinas (montadores, cortadores, manipuladores de cargas), camareros, cocineros, trabajadoras del textil, operadoras telefónicas, trabajos de oficina con tareas automatizadas, conductores de autobús urbano.
- Baja tensión: (baja demanda, alto control). Ejemplo: empleados de reparaciones e instalaciones, profesores de universidad, científicos, personas que trabajan con herramientas de precisión⁽¹⁷⁾.

¿Hay personas más predispuestas?

El equilibrio entre control y demandas depende, según este modelo, de la organización del trabajo y no de las características individuales de cada persona. Por supuesto que la influencia del ambiente psicosocial de trabajo puede ser, y de hecho es, moderada por las características de la respuesta individual. No se niega esta evidencia, pero tampoco se estudia, centrándose únicamente en aquellas condiciones que pueden y deben ser modificadas desde el lugar de trabajo.

A diferencia de otros modelos sobre el riesgo psicosocial, se prioriza la necesidad de distinguir rasgos del ambiente de trabajo que puedan ser categorizados como demandas, control y apoyo social, y no simplemente hacer un listado de todos los factores potencialmente estresantes. Se examina la interacción entre las dimensiones, y se enfatizan las propiedades de generación de estrés de dichos factores objetivos, y no sólo de las percepciones individuales, o del ajuste persona-entorno.

Respecto a la personalidad, a pesar de que en muchas investigaciones sobre estrés se apunta que las características individuales juegan un papel en el desarrollo de los síntomas de estrés y enfermedad, los autores del modelo consideran improbable que dichas características expliquen las asociaciones encontradas entre tensión en el trabajo e hipertensión o ECV (las más consistentes epidemiológicamente). Además, creen que la investigación sobre los efectos de la personalidad también debería considerar -aunque de hecho no lo hace- la potencial influencia que las características del trabajo tienen a la hora de modelar características individuales como la personalidad.

En muchas ocasiones los factores psicosociales, las dimensiones del modelo, serán causas necesarias, pero no suficientes para que las personas se sientan estresadas o desarrollen trastornos de salud derivados del estrés. La situación es homónima a la que ocurre con muchos otros daños, de etiología multicausal, relacionados con riesgos laborales o extra laborales. No todos los fumadores desarrollan cáncer de pulmón, ni todos los que lo padecen son fumadores; no todos los trabajadores expuestos a un nivel de ruido superior al establecido en la legislación específica tendrán problemas de audición, y en cambio sí

pueden padecerlos personas que no llegan a dicho nivel de decibelios. En cualquier caso, ello no ha de ser un obstáculo para delimitar y controlar aquellas exposiciones sobre las que se tiene sobrada confirmación de peligrosidad ⁽¹⁷⁾.

2.2.4 Técnicas para la prevención del estrés

"La tensión puede controlarse bien modificando directamente la activación fisiológica inicial y su mantenimiento, o modificando los efectos que los pensamientos, situaciones o conductas... tienen sobre ellas. En el primer caso, porque se controla directamente la propia activación del organismo, en el segundo, porque se reducen los agentes que instigan su aparición" (Labrador, 1992) ⁽¹⁷⁾.

Muchas de las técnicas de las que a continuación se hacen mención, fueron diseñadas para el tratamiento de diversos problemas de comportamiento, aunque tienen utilidad a nivel preventivo para fomentar la capacidad de adaptación del individuo ⁽¹⁹⁾.

Las técnicas se pueden clasificar en:

- 1) Generales. Tienen el objetivo de incrementar en el individuo una serie de recursos personales de carácter genérico para hacer frente al estrés.
- 2) Cognitivas. Su finalidad sería cambiarla forma de ver la situación (la percepción, la interpretación y evaluación del problema y de los recursos propios).
- 3) Fisiológicas. Están encaminadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico consiguiente.
- 4) Conductuales. Tienen como fin el promover conductas adaptativas: dotar al individuo de una serie de estrategias de comportamiento que le ayuden a afrontar un problema.

1. Técnicas generales

1.1. Desarrollo de un buen estado físico: El desarrollo y mantenimiento de un buen estado físico tiene buenos efectos en la prevención del estrés; para ello, es aconsejable la realización de ejercicio de manera habitual.

1.2. Dieta adecuada: Las demandas energéticas que actualmente recibimos de nuestro entorno determinan la necesidad de tener un equilibrio energético adecuado para responder a esas demandas y para no desarrollar problemas carenciales.

1.3. Apoyo social: Las relaciones sociales con otros individuos puede resultar una fuente de ayuda psicológica o instrumental.

1.4. La distracción y el buen humor: Fomentar ambas ayuda a prevenir situaciones de ansiedad o para aliviarlas.

2. Técnicas cognitivas: Utilizadas para cambiar el pensamiento, modificar las evaluaciones erróneas o negativas respecto de las demandas o de los propios recursos

del individuo para afrontarlas y facilitar una reestructuración de los esquemas cognitivos.

2.1. Reorganización cognitiva: Intenta ofrecer vías y procedimientos para que una persona pueda reorganizar la forma en que percibe y aprecia una situación.

2.2. Modificación de pensamientos automáticos y de pensamientos deformados: Ante una situación, todo el mundo desarrolla una serie de pensamientos para interpretar esa situación. Estos pensamientos pueden ser tanto racionales como irracionales.

2.3. Desensibilización sistemática: Desarrollada por Wolpe (1958). Con esta técnica se intentan controlar las reacciones de ansiedad o miedo ante situaciones que resultan amenazadoras a un individuo.

2.4. Inoculación de estrés: Creada por Mieschenbaum y Cameron (1974). A partir del aprendizaje de técnicas de respiración y relajación para poder relajar la tensión en situación de estrés.

3. Técnicas fisiológicas: Es característico de las situaciones estresantes la emisión de intensas respuestas fisiológicas que, además de producir un gran malestar en el individuo, alteran la evaluación cognitiva de la situación y la emisión de respuestas para controlar la situación. Disminuyendo los niveles de activación producidos por el estrés centrándose directamente en los componentes somáticos implicados en el estrés.

3.1. Técnicas de relajación física: Estas técnicas intentan aprovechar la conexión directa entre el cuerpo y la mente, de la existencia de una interdependencia entre la tensión psicológica y la tensión física o dicho de otro modo, que no es posible estar relajado físicamente y tenso emocionalmente.

3.2. Técnicas de control de respiración: Estas técnicas consisten en facilitar al individuo el aprendizaje de una forma adecuada de respirar para que en una situación de estrés pueda controlar la respiración de forma automática y le permita una adecuada oxigenación del organismo que redunde en un mejor funcionamiento de los órganos corporales y un menor gasto energético.

3.3. Técnicas de relajación mental (meditación): Pretenden que la persona sea capaz de desarrollar sistemáticamente una serie de actividades (perceptivas y/o conductuales) que le permitan concentrar su atención en esas actividades y desconectar de la actividad mental cotidiana del individuo de aquello que puede resultarle una fuente de estrés.

3.4. Biofeedback: Su objetivo es dotar al individuo de capacidad de control voluntario sobre ciertas actividades y procesos de tipo biológico.

4. Técnicas conductuales

4.1. Entrenamiento asertivo: Se trata de adiestrar al individuo para que consiga conducirse de una forma asertiva, que consiste en conseguir una mayor capacidad para expresar los sentimientos, deseos y necesidades de manera libre, clara e

inequívoca ante los demás, y que esté dirigida al logro de los objetivos del individuo, respetando los puntos de vista del otro.

4.2. Técnica de solución de problemas: Esta técnica desarrollada por D'Zurilla y Golcifried (1971) consta de varios pasos: 1) Identificación y descripción del problema de forma clara, rápida y precisa. 2) Buscar varias posibles soluciones o respuestas que puede tener el problema considerándolo desde distintos puntos de vista. 3) Llevar a cabo un procedimiento de análisis y ponderación de las distintas alternativas de respuesta para decidir la solución más idónea a ese problema y que vamos a realizar. 4) Elegir los pasos que se han de dar para su puesta en práctica y llevarlos a cabo. 5) Evaluar los resultados obtenidos al llevar a cabo la solución elegida.

4.3. Modelamiento encubierto: Está destinada a cambiar secuencias de conductas que son negativas para el individuo y aprender conductas satisfactorias.

4.4. Técnicas de autocontrol: El objetivo de estas técnicas es buscar que el individuo tenga control de la propia conducta a través del adiestramiento de su capacidad para regular las circunstancias que acompañan a su conducta (circunstancias que anteceden a su conducta y circunstancias consecuentes a esa conducta). En el ámbito laboral, puede resultar especialmente útil fomentar el aprendizaje y la concienciación de los individuos logrando facilitar al individuo, recursos para el ordenamiento de su tiempo en relación a las tareas que ha de desempeñar o para reducir las demandas de trabajo exteriores. ⁽¹⁹⁾.

2.3 Antecedentes específicos Síndrome de Burnout y Estrés Laboral

Una de las principales características del Síndrome de Burnout es que no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso, a diferencia de un simple estrés laboral que revierte con un buen periodo de reposo ⁽²⁾.

En México el Síndrome de Burnout se encuentra presente en profesionales de la salud, la mayoría de los estudios reportados se enfocan en el personal de enfermería; ya que tanto las condiciones laborales como la sobrecarga de trabajo, falta de motivación y, en el caso específico, la falta de reconocimiento, resultan ser factores determinantes en su incidencia ⁽⁹⁾. Este síndrome es de suma importancia ya que afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional de salud, y que en muchas ocasiones se llega a poner en peligro la salud de los pacientes. La frecuencia de este síndrome se ha ido elevando por lo que la OMS en el año 2000 lo calificó como riesgo laboral ⁽²⁾.

La frecuencia reportada de este síndrome en diferentes publicaciones menciona que el personal de enfermería muestra una prevalencia del 30.5% al 39% siendo el género más afectado el masculino, difiriendo del resto de la literatura. En cuanto al personal médico, los internos y residentes se ven afectados entre un 76% y un 85% y de forma severa en el 52%. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los familiares en

59.7% también se ha reportado este síndrome en cirujanos, anestesiólogos e incluso en dentistas, pero sin una prevalencia real reportada ^{(2) (3)}.

En las unidades de cuidados intensivos se genera un ambiente de trabajo altamente estresante, que puede asociarse a un elevado estrés entre el personal que trabaja en él. Sin embargo, en las plantas de hospitalización, a pesar de que las características de los pacientes no sean tan graves ni requieran una atención constante, sí puede conllevar a un estrés añadido debido al elevado número de pacientes ⁽²⁾.

La prevalencia de este síndrome varía de país a país, dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como también factores intrínsecos del hospital que se estudie, por esto y mucho más la prevalencia varía entre 19.3% y 30% en lugares como España y cifras similares en Chile con una prevalencia del 31%. Así como otros aspectos que se han modificado legalmente, como en Colombia, en donde las políticas en salud han obligado a preservar el trato “humanizado” entre la relación médico-paciente ^{(2) (3)}.

En un estudio realizado en el 2006 por Esquivel Molina Carlos Gerardo y colaboradores, se determinó la presencia de síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en médicos especialistas en un hospital de tercer nivel. Se entrevistaron a 166 sujetos en donde la prevalencia de depresión con puntuación Beck superior a 10 puntos fue de 18.6%, con depresión en los últimos dos años 38.6%. El 26% presentó Síndrome de Burnout, 15.2% con puntuaciones en cansancio emocional arriba de 27, 19.3% con más de 10 puntos en despersonalización. La presencia de este síndrome se asoció al turno nocturno, vivir sin pareja estable y tener depresión ⁽²⁰⁾.

En el estudio realizado por León López Elizabeth y colaboradores, publicado en el 2007 México se reportó lo siguiente: el 39.7 % presentó desgaste profesional alto cuando menos en uno de los tres dominios ya sea cansancio emocional, despersonalización o realización personal (el 26.7 % en un dominio, el 11.5 % en dos dominios y el 1.6 % en los tres dominios). El cansancio emocional alto se asoció significativamente con área física inadecuada (OR 3.9, IC 95 % = 1.5-10.6), con carga laboral (OR 7.6, IC 95 % = 1.6- 50.7) y con falta de estímulos laborales (OR 4.4, IC 95 % = 1.7-11.9). La despersonalización se asoció únicamente con el salario (OR 2.6, IC 95 % = 1.05- 6.4) ⁽²¹⁾.

En un estudio realizado en México, titulado “Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del estado de México”, publicado por Rodríguez García Claudia y colaboradores, se obtuvo que la prevalencia de Síndrome de Burnout en el Hospital Ecatepec es de 27% y en el Hospital de Cuautitlán de 24%. El Síndrome de Burnout de nivel alto en la muestra del estudio se obtuvo el 88% en Ecatepec en comparación el 82% el hospital de Cuautitlán. Entre los principales factores de este síndrome, es el turno, el servicio, el enlace de turno, ausentismo, la gravedad del paciente,

y supervisión por jefes de servicio. En este estudio se pudo profundizar en cuanto a los factores determinantes como lo son el turno, el servicio, ausentismo, gravedad del paciente. Lo cual es importante comparar en nuestro estudio, ya que se relacionarán estadísticamente los factores determinantes para el Síndrome de Burnout ⁽²²⁾.

En un estudio realizado por Tapia Hernández Thania y cols. titulado “Síndrome de Burnout en enfermeras de un hospital regional” del Hospital General de Morelia, Michoacán, se encontró que el 91.5% de enfermeras tenían al menos una de las dimensiones del Burnout. De las cuales el 63.2% presentaron Burnout en nivel bajo, 19.8% a nivel medio y 8.5% en nivel alto y sólo 8.5% no presentaron ninguna dimensión del Burnout. En general se presentó una prevalencia del Burnout de 8.5% ⁽²³⁾.

En un estudio realizado en Veracruz, México, por López Morales Arturo y colaboradores determinaron la presencia del Burnout en médicos residentes que trabajaban más de 80 horas a la semana de diferentes instituciones. La muestra obtenida fue de 143 médicos residentes, 72 del grupo de estudio y 71 del control. Se encontró síndrome de desgaste profesional en 63.8 % de los médicos residentes con jornadas prolongadas ($p = 0.002$), con mayor frecuencia en aquellos con especialidades quirúrgicas ($p = 0.035$) y tres o más guardias por semana ($p = 0.002$) ⁽²⁴⁾.

Un estudio realizado con enfermeras de un centro de cancerología del estado de Durango, reporta un 3% con agotamiento emocional en el nivel alto, 68% con nivel bajo de realización personal y un 3% en el nivel medio de despersonalización. En relación a los factores psicosociales negativos presentes en el lugar de trabajo reportan un 20,3% en el nivel alto ⁽²⁵⁾.

Otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México, en una población de enfermeras, reporta que 38% de la población estudiada tenía el Síndrome de Burnout y las autoras consideraban que el 59% se encontraban en riesgo de padecerlo ⁽²⁶⁾.

Las jornadas prolongadas son sin duda estadísticamente significativas, lo que nos traduce que la relación entre el tiempo de trabajo, y probablemente el cansancio a consecuencia de esto, es determinante en el Síndrome de Burnout. Las guardias en este estudio son altamente significativas, las cuales son punto clave, ya que debe determinarse si es esto también un hecho importante para el Burnout en nuestro país. Los problemas fisiológicos por rotación de turnos o jornadas de trabajo prolongadas son: trastornos de sueño, estrés, ansiedad, depresión y Síndrome de desgaste profesional o Burnout ⁽⁹⁾.

En México, la Ley Federal del Trabajo en su artículo 123 establece jornadas laborales de ocho horas, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño ⁽¹²⁾.

En Guadalajara, México, un estudio reportó en médicos y enfermeras de atención primaria una prevalencia media de este síndrome de 44.36 ($S \pm 6.95$) y 45.36 ($S \pm 9.77$) respectivamente y en cuanto a atención especializada de 48.34 ($S \pm 6.7$) en médicos y 47.7 ($S \pm 7.72$) en enfermeras ⁽²⁷⁾.

Con el objetivo de detectar la presencia del Burnout en enfermeras del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) relacionado con variables típicas, se seleccionó una muestra representativa de 172 enfermeras, contestaron el 89%. Se aplicaron el Maslach Burnout Inventory (español) y una Encuesta Individual. Aproximadamente 60% presentan sintomatología moderada y alta. El síndrome se verificó en el 8%. Las variables sociodemográficas significativas fueron la edad con la Falta de Realización Personal (FRP) ($X^2=16.8$ $p<0.002$) y la presencia de hijos con Agotamiento Emocional (AE) ($X^2=9.50$ $p<0.008$). Las laborales fueron el puesto con AE ($X^2=9.82$ $p<0.04$) y el área de trabajo con Despersonalización (DP) ($X^2=18.56$ $p<0.005$); de las institucionales, instalaciones inadecuadas con DP ($X^2=6.18$ $p<0.04$). Exigencias correlacionaron con AE, sobrecarga ($X^2=14.26$ $p<0.0008$) y jornada extensa ($X^2=7.47$ $p<0.02$) entre otras. Como conclusión mostraron mayor riesgo las enfermeras generales y las de consulta externa, a considerarse como prioritarias para la intervención y prevención del trastorno ⁽²⁸⁾.

El estudio de investigación de José Alonso Andrade Salazar describe la prevalencia del Síndrome de Burnout en 33 enfermeros de una clínica de la ciudad de Ibagué (Tolima, Colombia). En su desarrollo, se utilizó un modelo descriptivo-cuantitativo de corte transversal, y se aplicó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), así como una entrevista estructurada. Los hallazgos no evidencian Síndrome de Burnout en la muestra, pero se observan puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional (93,94% o “bajo”), despersonalización (78,79% o “bajo”), y en la realización personal (69,70% o “alto”). El personal de salud evaluado cuenta con un adecuado manejo de los factores psicosociales, ya que enfrenta asertiva y creativamente las situaciones conflictivas emergentes propias del ambiente laboral y socio familiar. En ellos, las variables moduladoras permiten evitar el Burnout y propician el equilibrio en la vida laboral, personal y socio familiar. Esto confirma la importancia de reforzar y aumentar las estrategias de afrontamiento y de resolución creativa de conflictos, cuestión que implica la participación de la organización y de los trabajadores en jornadas de formación, así como la aplicación de dichos aprendizajes en escenarios laborales y sociales. El control y evitación del Burnout se cumple cuando la comunidad de trabajo fomenta actividades de esparcimiento, el amor por el trabajo, las relaciones interpersonales y el compartir con la familia. Por lo que, a través de acciones colectivas y habilidades de control del estrés, el personal de salud genera estrategias para la prevención del Burnout. Lo cual nos traduce que el Burnout está presente no sólo en médicos sino en todo el personal de salud, confirma que aquellos que prestan un servicio son altamente propensos ⁽²⁹⁾.

En Brasil se realizó un estudio en donde se utilizaron estrategias de coping, que es un esfuerzo cognitivo y de comportamiento utilizado frente a eventos que causan estrés, en donde se observó que la población de enfermeros, de este estudio, las situaciones que más generaron estrés en el trabajo fueron las muertes de los pacientes (28,6%), las situaciones de emergencia (16,9%), los problemas de relación con el equipo de enfermería (15,5%) y las situaciones relacionadas al proceso de trabajo (15,5%) ⁽³⁰⁾.

Las consecuencias del Síndrome de Burnout originan falta de rendimiento laboral, deterioro en la calidad de la atención en salud ofrecida al paciente, más aún en médicos que laboran en turno vespertino comparado con el matutino, deshumanización, ausentismo laboral y como consecuencia, pérdidas económicas incalculables. También alteran factores que afectan específicamente a quien lo padece, como enfermedades psiquiátricas, aumento del riesgo para drogas, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupo e incluso trastornos de índole sexual ⁽²⁾ ⁽¹²⁾.

En el estudio, realizado en el año 99 en la encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en España, hay diversos ítems que hacen referencia al contenido de las demandas de trabajo (exigencias de la tarea). Los datos muestran que para desempeñar el trabajo es necesario mantener una atención (58.2%) y un ritmo de trabajo (35.1%) elevados durante más de la mitad de la jornada laboral. Por otra parte, el 14.5% de los entrevistados considera que la cantidad de trabajo durante los últimos tres meses había sido excesiva. Por lo que respecta a la dimensión de control en el trabajo, el 35.8% de la muestra afirmó tener sensación de monotonía (falta de variedad en el trabajo); el 32.2% manifestó tener que realizar tareas muy repetitivas y de muy corta duración, también durante más de la mitad de la jornada. Preguntados sobre los aspectos en los que se dispone de autonomía, entre un 20 y un 30% de los encuestados manifestó no poder elegir o modificar el orden de las tareas, el método de trabajo, el ritmo, o la distribución y duración de las pausas. En la encuesta se incluye el factor estatus del puesto, analizado a través del nivel de conocimientos necesarios para desempeñarlo, y por la medida en que se pueden aplicar los propios conocimientos y capacidades. Ambos aspectos pueden considerarse incluidos dentro de la dimensión de control del modelo. El 43.4% de los trabajadores consideró que para desempeñar su puesto no se requiere ningún conocimiento especial; por otro lado, el 33.5% consideró que su trabajo le ofrece nulas o escasas oportunidades de aplicar sus capacidades ⁽¹⁷⁾.

En la encuesta Europea de Condiciones de Trabajo de 2000, el 57% de los trabajadores preguntados manifestó efectuar tareas repetitivas, la misma tasa que en la encuesta de 1995. Más de la mitad de los encuestados señaló ritmos de trabajo elevados y con plazos cortos y estrictos durante, al menos, la cuarta parte de su tiempo de trabajo. El 21% del conjunto de trabajadores consideró no disponer de tiempo suficiente para realizar su trabajo. Hay una clara correlación entre la intensidad del trabajo y los problemas de salud y accidentes: las personas afectadas por este riesgo manifestaron con más frecuencia problemas de salud (dolores dorsales, estrés, dolores musculares en cuello

y hombros, lesiones por accidentes). En cuanto a la autonomía, alrededor de un tercio de los trabajadores europeos no dispone de control (no pueden elegir) sobre el orden en que ejecutan sus tareas, su ritmo de trabajo, o sus métodos de trabajo. Y hay que tener en cuenta que un análisis pormenorizado mostraría sectores y ocupaciones más desfavorecidas en este sentido, como el sector de transportes y comunicaciones, o los operarios de industria y trabajadores de servicios. Los problemas de salud más comunicados por los trabajadores relacionados en mayor o menor medida con el riesgo psicosocial fueron los siguientes: dolor de espalda (13%), estrés laboral (58%), dolores musculares en cuello y hombros (13%), y el Burnout (23%)⁽¹⁷⁾.

En un estudio realizado en un hospital de Ensenada Baja California, se pudo observar que el nivel de estrés que existe entre los trabajadores de la salud encuestados es alto. Además, se analizó el nivel de estrés por categorías encontrando que el 58.5% de las mujeres tienen un nivel alto de estrés mientras que el 56.8% de los hombres presenta este nivel. Al igual que en estudios previos como el de Pérez, López, y Díaz (2001), la falta de apoyo social ha sido una variable que manifiesta ser de gran importancia para el control y reducción del estrés en esta profesión⁽³¹⁾.

Los problemas psicosociales en el trabajo aumentan muchas veces las quejas de los pacientes (asociados al mal desempeño del personal), y también la predisposición a riesgos y/o accidentes dentro del espacio laboral. El titular del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Mikel Arriola, en ese entonces, anunció que a través de una prueba piloto que se realizó en 2015 en diversas instalaciones del Seguro Social en el Valle de México, el programa “SER IMSS” disminuyó las quejas por mal trato en un 25%.

En la cláusula transitoria del contrato colectivo de trabajo 31a se menciona que el Instituto y Sindicato de conformidad con los acuerdos de la Comisión Nacional Mixta de Selección y Calificación de Puestos de Confianza “B”, determinan establecer como requisito contar con Licenciatura en Enfermería, para ocupar las categorías de: Subjefe de Enfermeras, Jefe de Enfermeras, y Directora de Enfermería en UMAE. Dicho requisito deberá señalarse en las convocatorias que se expidan a partir del 16 de octubre de 2007 sin perjuicio de los Trabajadores que actualmente ostenten dichas categorías.

En el IMSS el escalafón de enfermería es el siguiente:

Auxiliar de Enfermería General. - Categoría Autónoma.; Auxiliar de Enfermería en Salud Pública. - Categoría Autónoma.; 1a. Categoría: Enfermera General.; 2a. Categoría: Enfermera Especialista.; 3ª. Categoría: Enfermera Jefe de Piso.

3 Planteamiento del problema

El Síndrome de Burnout está altamente relacionado con situaciones psicoafectivas y laborales. Ya que como se ha demostrado a lo largo de diversos estudios, los factores predisponentes son en relación a la satisfacción laboral, al ambiente que se vive, al trato que se recibe, las jornadas laborales. Tal como se reportó en los estudios en personal de enfermería en México, las guardias y las jornadas son más largas y más exhaustivas en nuestro país, así como el poco personal en activo a diferencia de otros países, lo cual nos traduce que el Síndrome de Burnout en México es un gran problema de salud, siendo aproximadamente el 38% quienes presentan sintomatología moderada y alta. El estrés laboral ha sido un tema de gran interés en el mundo académico y en la investigación debido a la gran importancia que tiene por los padecimientos que genera, los altos costos que representa para las organizaciones y la alta incidencia de empleados que lo padecen, siendo aproximadamente el 58% del personal de enfermería en quienes se ha detectado. Pudiendo ser una de las causas de una atención médica deficiente.

El ejercicio de la enfermería en hospitales de oncología conlleva a tener un control en actividades y situaciones de mayor peso que en otras áreas, ya que se tiene que cuidar a pacientes con patologías graves y con cuidados intensivos, paliativos, prolongados y en estado terminal, lo que lleva también a generar un vínculo con los familiares del paciente. Ya que el personal de enfermería se ve en situaciones de exceso de trabajo y con enorme cansancio, lo cual conlleva a que: dedique menos tiempo a su estudio o actividades personales, mayor consumo de alcohol y/o tabaco por ser excesiva la carga laboral o no saber cómo canalizar dicho estrés. Así, la relación con los pacientes comienza a ser distante y no llega a cumplir con el objetivo de calidad, aumentando el nivel de estrés laboral. Es, por lo tanto, de suma importancia estudiar el estrés laboral en el personal de enfermería y su relación con otras variables que inciden en su aumento.

Al ser la “UMAE” Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI una Institución de tercer nivel y con bastante personal de enfermería y al no contar con estadística ni registros referentes al tema, es que surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Existe asociación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de intensidad de estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital de Oncología de Centro Médico Siglo XXI?

4 Justificación

El Síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado. Este trastorno ha tomado tanta importancia que la OMS lo ha catalogado como un riesgo laboral. Destaca una mayor despersonalización entre quienes realizan turnos y atienden pacientes, y en los subgrupos de enfermeras, técnicos para-médicos y auxiliares de servicio. Se señala la presencia de este grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad, expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental, con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la insatisfacción laboral y la tendencia al ausentismo (siendo la primera queja del IMSS la calidad de la atención). La trascendencia del estudio no se limita a sólo reportar prevalencias, incluye mayor análisis, mayores relaciones de variables, a modo de generar cambios en el ambiente laboral hospitalario para mejorar el desempeño del personal. Ya que, en un ambiente laboral sano, todos son más tolerables. El estudio es factible y reproducible, ya que el material y recursos son costeables. Se aplicarán cuestionarios de Maslach Burnout Inventory; Karasek y hoja de recolección de datos a cada personal de enfermería a modo de reportar la posible asociación del Síndrome de Burnout y el nivel de estrés laboral.

Con este trabajo se pretende contribuir con información, para implementar en el futuro inmediato, medidas estratégicas que mejoren el ambiente laboral hospitalario, para que dicho personal, brinde una atención completa y de calidad al paciente. Siendo el principal beneficio la salud de los trabajadores. Así como generar una cultura de prevención de enfermedades psicosociales.

Dado que no se ha estudiado la presencia del Síndrome de Burnout y el nivel de estrés laboral en este personal de salud de forma extensa, y la información existente ligada a hospitales oncológicos es escasa no sólo en México sino a nivel internacional, el presente estudio pretende generar conocimiento de nuestro entorno geográfico respecto a el estrés laboral y el Síndrome de Burnout en población mexicana, así como despertar interés para crear más proyectos de investigación relacionados con la prevención de enfermedades de trabajo.

Lo anterior justifica la elaboración del presente estudio.

5 Objetivos

5.1 General

Explorar la posible asociación del Síndrome de Burnout y el nivel de intensidad de estrés laboral en el personal de enfermería de la UMAE Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

5.2 Específicos

- Determinar la prevalencia del nivel de intensidad de estrés laboral en el personal de enfermería de la UMAE Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que cursa con estrés laboral de la UMAE Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

6 Hipótesis

H0: No existe asociación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de intensidad de estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

H1: Existe asociación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de intensidad de estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

7 Material y métodos

7.1 Diseño de estudio

- Por la temporalidad: transversal.
- Tipo de estudio: descriptivo.
- Por el objetivo: observacional.

7.2 Ubicación temporal

El estudio se realizó en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019.

7.3 Estrategia de trabajo

El estudio se realizó en personal de enfermería que se encontraba laborando en la “UMAE” Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Ubicado en Cuauhtémoc 330; Col. Doctores; Ciudad de México; México. En el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019.

Se ubicó al personal de enfermería de turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, con ayuda del registro de censo electrónico de enfermería (el cual contiene horario, categoría de trabajo, matrícula, nombre y antigüedad), proporcionado por la Dirección General de Enfermería de la “UMAE” Hospital de Oncología de Centro Médico Siglo XXI. Posteriormente el entrevistador invitó al personal a participar en el protocolo y se entregó consentimiento informado y en caso de aceptar participar, se aplicaron los cuestionarios de Maslach Burnout Inventory; Karasek y hoja de recolección de datos (se anexó a cada cuestionario, la carta de consentimiento informado). Se asignó un número de folio a cada personal y se anotó el mismo en el censo electrónico para que la información fuera manejada con estricta confidencialidad, posteriormente con apoyo del Servicio de Prevención y Promoción a la Salud para los Trabajadores IMSS (SPPSTIMSS) de esta unidad, en caso de encontrar alguna asociación de la exposición laboral, se tomaron acciones correspondientes conforme al procedimiento de dicho servicio, previa autorización del participante. Siendo el investigador (Dr. Alberto Oliver Franco Tapia) el que realizó dicha gestión y sólo se compartió la información clínica que fue necesaria con dicho servicio, con la finalidad de que se mantenga el principio de confidencialidad en todo momento.

Se interpretaron los instrumentos de la siguiente manera:

Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario tiene varias versiones aplicables a diferentes poblaciones con diferentes idiomas y ha mostrado confiabilidad y validez. La versión en español ha sido validada y utilizada en poblaciones latinas y mexicanas. El cuestionario consta de 22 ítems que, según señala el manual, se distribuyen en tres escalas: Agotamiento emocional (9 ítems), Realización personal en el trabajo (8 ítems), y Despersonalización (5 ítems). En el estudio se empleó la forma de frecuencia, cuya escala tiene 7 grados que van de 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos los días”). 0=nunca, 1=algunas veces por año, 2=1 vez al mes por lo menos, 3=algunas veces por mes, 4=una vez por semana, 5=algunas veces por semana, 6=cada día.

Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada aspecto en tres rangos que definen el nivel del Burnout experimentado como:

Criterios	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional (AE)	0-18	19-26	27-54
Realización personal (RP)	0-33	34-39	40-48
Despersonalización (DP)	0-5	6-9	10-30

La interpretación se realizó de la siguiente manera:

- Presencia del Burnout, si la puntuación se encuentra elevada en AE y DP, baja en RP.
- No existe Burnout, si la puntuación es baja en AE y DP, pero elevada en RP.

Cuestionario Karasek. Este instrumento consta de 29 ítems que conciernen al trabajo y las relaciones del entorno profesional. La que se presenta en esta investigación corresponde al cuestionario con 29 ítems que incluyó las tres dimensiones: control sobre el trabajo (9 ítems), exigencias del trabajo (9 ítems) y apoyo social en el trabajo (11 ítems). Se trata de un cuestionario auto administrado y anónimo. Y se responde en una escala de tipo Likert (1 al 4) con cuatro opciones, desde totalmente en desacuerdo a completamente de acuerdo.

Interpretación de resultados:

-Control (dimensión decisional). CD = Contenido (1,2,3,4,7,9) + Decisiones (6,5,8).

-Exigencias del trabajo. ET = 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18.

Restar los ítems 12 (cantidad excesiva), 13 (insuficiencia de tiempo), 14 (pedidos contradictorios).

-Apoyo social

A) Jerarquías: 19, 20, 21, 22, 23. Restar el ítem 21 (hostilidad)

B) Compañeros: 24, 25, 26, 27, 28, 29. Restar el ítem 25 (hostilidad).

Cálculo: suma de los criterios (valor máximo 116).

Para determinar el nivel de estrés laboral se empleó el baremo ya validado en población mexicana, mostrado en la siguiente tabla; este baremo se construyó en función del número de ítems medidos en escala ordinal del cuestionario Karasek, en donde cada pregunta tiene cuatro alternativas (1 al 4) y considerando que sólo existe una alternativa de respuesta para cada ítem. Se sumó la respuesta de cada ítem y nos dio un total. El total se ubicó en el rango de la tabla que se presenta a continuación.

Baremo para la determinación del nivel de estrés laboral	
Rango	Nivel
0→29	Muy bajo
30→58	Bajo
59→87	Alto
88→116	Muy alto

La plantilla se integró por 29 ítems del cuestionario Karasek, en donde cada ítem tiene 4 alternativas (1 al 4) de respuesta (Likert), cada respondiente debe seleccionar sólo una respuesta para cada ítem, por tanto el valor máximo por cuestionario es 116, con base en esto, se establecieron los intervalos de puntuaciones indicados en este baremo, haciendo una participación equitativa de dicho rango.

Fuente: García; B. 2013 ⁽³¹⁾.

Mediante la hoja de recolección de datos, se obtuvo de cada trabajador la siguiente información: estado civil, sexo, edad, tipo de contratación, antigüedad, actividad física, tiempo libre para ocio, categoría de trabajo, trato irrespetuoso recibido, correlaciones interpersonales con el equipo de trabajo, número de centros de trabajo, jornada de trabajo y horas laborales por semana. La calidad de la investigación se conservó respetando los criterios de inclusión y exclusión, así como la adecuada recolección, clasificación y manejo de los datos obtenidos. Conservando neutralidad en la interpretación de los datos y la precisión en los cálculos.

7.4 Análisis estadístico

Los datos fueron obtenidos a través de cuestionario Karasek y Maslach Burnout Inventory, así como la hoja de recolección de datos, posteriormente se capturaron en un programa de base de datos (Excel) y se realizó un análisis multivariado de cada dato obtenido mediante el programa SPSS 25, obteniendo a través de estos, los porcentajes de las variables cualitativas, y medidas de centralización en datos cuantitativos. Se utilizó estadística descriptiva y medidas de frecuencia. El análisis de las variables tipo cualitativas se realizó mediante χ^2 cuadrada para probar la posible asociación entre Síndrome de Burnout y el nivel de intensidad de Estrés Laboral.

7.5 Marco muestral

7.6 Universo de estudio

El estudio se realizó en la siguiente institución de salud: “UMAE” Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

7.7 Sujetos de estudio

Personal de enfermería de todas las categorías, que laboraban en la “UMAE” Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019. Sin discriminación racial, sexual y/o cultural.

7.8 Criterios de selección de muestra

7.8.1 Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería que laborara en la “UMAE” Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en el periodo de diciembre de 2018 a enero de 2019.
- Personal de enfermería que respondió adecuadamente los cuestionarios de Maslach Burnout Inventory; Karasek y hoja de recolección de datos.
- Personal de enfermería con contratación de base, 08, 02 y confianza.
- Personal de enfermería de los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.
- Personal de enfermería en dirección de enfermería, jefe de piso, enfermera especialista quirúrgica, enfermera especialista intensivista, enfermera especialista oncóloga, enfermera especialista geriatra, enfermera especialista en salud pública, enfermeras generales, auxiliar de enfermera general, auxiliares concepto (radiaciones/manejo quimioterapia).

7.8.2 Criterios de exclusión:

- Personal de enfermería que no fue localizado en el periodo de recolección de muestra.
- Personal de enfermería que no respondió adecuadamente o respondió incompletamente la hoja de recolección de datos, los cuestionarios de Maslach y/o Karasek.
- Personal de enfermería que se encontraba en periodo vacacional, jubilado o de incapacidad.
- Personal de enfermería que no aceptó participar en el estudio.

7.9 Tamaño de la muestra

La muestra se tomó valorando los criterios de inclusión y exclusión. El total de la población fue de **590** enfermeras, en activo a mayo de 2018. Para calcular el tamaño de la muestra se consideró OpenEpi, versión 3 con la que se estimó una muestra de **234 personas** (que equivale al 40 % de la población total), lo que representó un intervalo de confianza de 95%.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población	
Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)	(N): 590
Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	58% +/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%) (d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para varios niveles de confianza	
Intervalo de confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	230
80%	127
90%	183
97%	259
99%	309

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z_{2(1-\alpha/2)}^2 * (N-1) + p*(1-p)]$

n= tamaño de muestra
EDFF= efecto diseño
N= tamaño población
p= proporción estimada
q= 1 – p
d= precisión absoluta deseada.

Resultados de OpenEpi, versión 3 (Disponible como calculadora en línea en <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>)

7.10 Variables y Escalas de Medición

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Unidad de Expresión
Presencia del Síndrome de Burnout	Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.	<p>Se obtiene mediante el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. La factorización de los 22 ítems arroja 3 factores (subescalas) que son denominados como: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Clasificados de acuerdo con su puntuación, como:</p> <p>Agotamiento emocional: 1. Bajo 0-18 2. Medio 19-26 3. Alto 27-54</p> <p>Despersonalización: 1. Bajo 0-5 2. Medio 6-9 3. Alto 10-30</p> <p>Realización personal: 1. Bajo 0-33 2. Medio 34-39 3. Alto 40-48</p> <p>La interpretación será de la siguiente manera: - Presencia del Síndrome de Burnout: puntuación en Agotamiento emocional “Alta” + Despersonalización “Alta” + Realización personal “Baja”.</p>	Cualitativa	Nominal	1) Presente. 2) Ausente.

Categoría de Trabajo	La categoría ocupada por una persona dentro del Instituto, en donde se desarrollan una serie de actividades necesarias y permanentes, las cuales satisfacen el desarrollo normal de los servicios del IMSS. Y serán los puestos de enfermería listados en el tabulador de sueldos del IMSS.	Categoría a la cual pertenece el trabajador (a) al momento de la entrevista. Pregunta 8 de hoja de recolección de datos.	Cualitativa	Nominal	(1) Dirección de enfermería (2) Enfermera jefe de piso (3) Enfermera especialista quirúrgica. (4) Enfermera especialista intensivista. (5) Enfermera especialista oncóloga. (6) Enfermera especialista Geriatra. (7) Enfermera especialista en salud pública. (8) Enfermeras generales. (9) Auxiliar de enfermera general (10) Auxiliar de enfermera general concepto (radiaciones/ manejo quimioterapia).
Sexo	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.	Condición de masculino o femenino del personal de enfermería encuestado. Pregunta 1 de hoja de recolección de datos.	Cualitativa	Nominal	1) Masculino. 2) Femenino.
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha actual.	Categorización de los años cumplidos del trabajador de acuerdo a grupos etarios. Pregunta 2 de hoja de recolección de datos.	Cuantitativa	Intervalo	1) 18 a 30 años. 2) 31 a 40 años. 3) 41 a 50 años. 4) >51 años.
Turno	Momento del día durante el cual el trabajador desarrolla sus actividades laborales.	Turno en el cual el trabajador(a) labora al momento de la entrevista. Pregunta 13 de hoja de recolección de datos.	Cualitativa	Nominal	1) Matutino. 2) Vespertino. 3) Nocturno. 4) Jornada Acumulada.

Antigüedad laboral	Tiempo durante el cual se presta un servicio subordinado a un patrón, independientemente de cambios de puesto o funciones que ha tenido dentro del IMSS.	Categorización del tiempo trabajado en el IMSS, referido por el trabajador. Pregunta 5 de hoja de recolección de datos.	Cuantitativa	Discreta	1) <10 años. 2) >10 años.
Estado civil	Situación civil en que se encuentra una persona física en relación a otra y con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos. Con base al Código Civil para la Ciudad de México 2016.	Condición civil del trabajador(a) al momento de la entrevista. Pregunta 3 de hoja de recolección de datos.	Cualitativo	Nominal	1) Soltero (a). 2) Casado (a). 3) Divorciado (a). 4) Viudo (a). 5) Concubinato.
Actividad física moderada	Cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal que tenga como consecuencia el gasto de energía y que ponga en movimiento al individuo.	Presencia o ausencia de actividad física mayor de 30 minutos al día continuos al día por lo menos 3 veces a la semana, interrogada al momento de la entrevista. Pregunta 6 de hoja de recolección de datos.	Cualitativa	Nominal	1) Sí. 2) No.
Trato Irrespetuoso	Tipo de difamación y/o burlas que rebajan la	Existencia o no, de trato irrespetuoso hacia el	Cualitativa	Nominal	1) Sí. 2) No.

	dignidad de las personas.	trabajador(a) al momento de la entrevista. Pregunta 9 de hoja de recolección de datos.			
Tiempo libre	Periodo de tiempo para realizar actividades satisfactorias decididas para uno mismo.	Presencia o ausencia de tiempo libre, interrogada al momento de la entrevista. Pregunta 7 de hoja de recolección de datos.	Cualitativo	Nominal	1) Sí. 2) No.
Relación con equipo de trabajo	Tipo de convivencia entre un grupo de personas que se organizan y comprometen para la obtención de un objetivo.	Relación de trabajo percibida por el trabajador (a) al momento de la entrevista. Pregunta 10 de hoja de recolección de datos.	Cualitativa	Nominal	1) Buena. 2) Mala.
Tipo de contratación	Tipo de contratación por subordinación en el IMSS, en el que se pactan la labor, el sitio, la jornada, la cuantía y la forma de pago.	Tipo de contratación que posee el trabajador (a) al momento de la entrevista. Pregunta 4 de hoja de recolección de datos.	Cualitativa	Nominal	1) Base. 2) Tipo 02. 3) Tipo 08. 4) Confianza.
Número de Empleos	Número de ocupaciones con un contrato formal, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario.	Número de empleos formales, interrogado al momento de la entrevista. Pregunta 11 de hoja de recolección de datos.	Cuantitativa	Ordinal	1) Un centro laboral. 2) Dos o más centros laborales.
Jornada de trabajo	Número de horas que el trabajador está	Número de horas que el trabajador realmente presta sus	Cuantitativa	Discreta	1) Menor o igual 40 horas. 2) Mayor o igual 41 horas.

	obligado a brindar su servicio al patrón por semana.	servicios. Pregunta 12 de hoja de recolección de datos.			
Nivel de intensidad de estrés laboral	Niveles en los que se presentan distintos grados de afección a la salud física y mental de los trabajadores, cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades o necesidades del trabajador.	<p>Nivel de estrés laboral determinada por el Baremo publicado por García; B. 2013. Con uso del cuestionario Karasek, que se integra por 29 ítems, en donde cada ítem tiene 4 alternativas (1 al 4) de respuesta (Likert), cada participante debe seleccionar sólo una respuesta para cada ítem, por tanto, el valor máximo por cuestionario es 116, con base en esto, se establecieron los intervalos de puntuaciones indicados en este baremo. Por lo que se obtienen los siguientes rangos de estrés laboral:</p> <p>Muy bajo → de 0-29, Bajo → de 30-58, Alto → de 59-87, Muy alto → de 88-116.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>1) Muy Bajo. 2) Bajo. 3) Alto. 4) Muy alto.</p>

8 Logística

8.1 Recursos humanos

Investigador responsable: Dr. Alberto Oliver Franco Tapia.

Investigadores asociados: Dra. Patricia Pérez Martínez; M en C Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez.

8.2 Recursos Materiales y Financieros

Concepto	Unidad	Cantidad
Ediciones e impresiones, materiales y útiles diversos.	Cuestionarios para captura de datos (Maslach Burnout Inventory; Karasek y hoja de recolección de datos).	912
	Impresión cartel plotter.	1
	Hoja de consentimiento informado.	304
	Bolígrafos.	3
Artículos, materiales, documentos y servicios de información.	Computadora.	1
	Artículos full text: Pubmed, Ebsco; Medline; Scielo; Elsevier.	29
Herramientas y accesorios.	Paquete SPSS 25 español.	1
	Internet, biblioteca virtual, recursos en línea (artículos, revistas, bases de datos).	15

9 Resultados

9.1 Características Sociodemográficas

La encuesta se aplicó de manera satisfactoria a un total de 234 trabajadores del servicio de enfermería, lo que equivale al 40 % de la población total (234/590); 77.8% (182/234) mujeres y 22.2% (52/234) hombres, de los trabajadores estudiados en el periodo de Diciembre de 2018 a Enero de 2019. La edad promedio fue de 39.06 años (DS 8.714, rango 27-61 años) (Shapiro-Wilk $p < 0.0009$). (Tabla 9.1.1) (Gráfica 9.1.1)

Gráfica 9.1.1

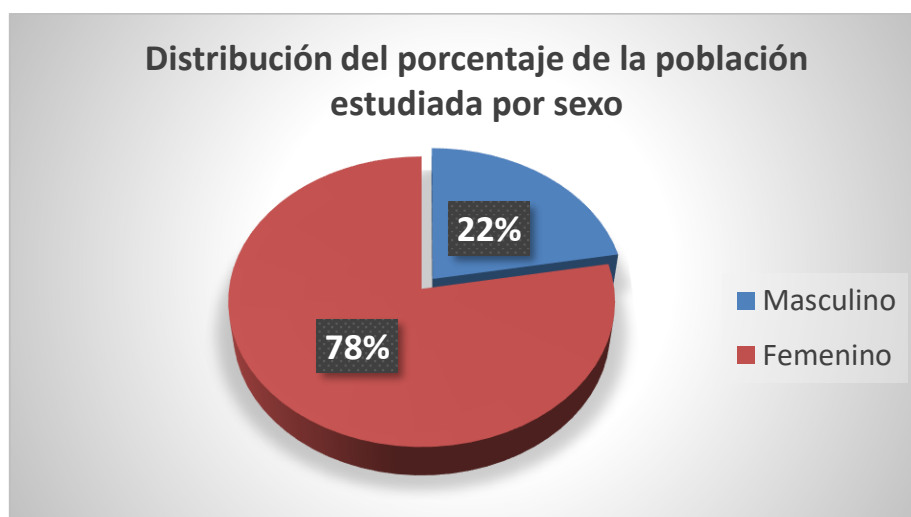


Tabla 9.1.1 Distribución del porcentaje de la población estudiada por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	52	22.2
Femenino	182	77.8
Total	234	100.0

Gráfica 9.1.2

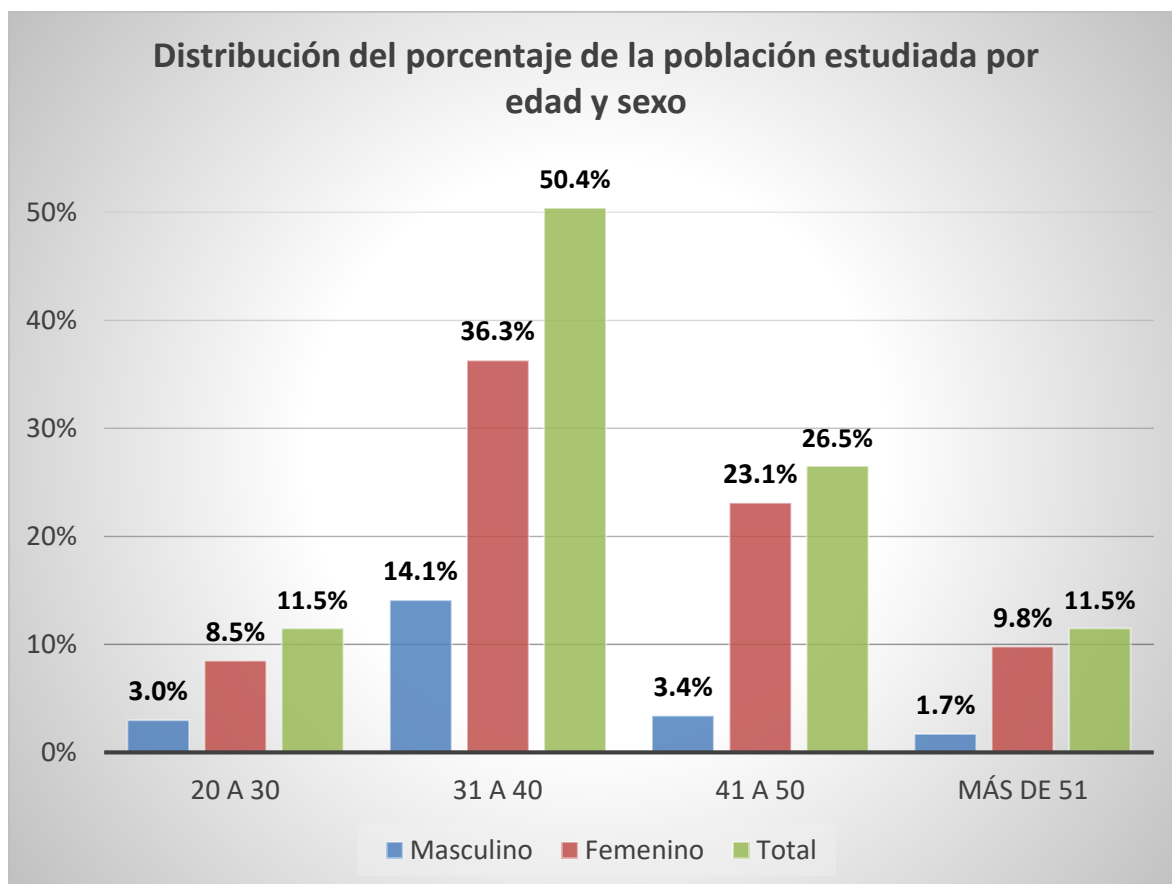


Tabla 9.1.2 Distribución del porcentaje de la población estudiada por edad y sexo

Variable	Edad por rango (%)				
	20 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	más de 51 años	Total
Sexo (%)					
Masculino	7 (3.0)	33 (14.1)	8 (3.4)	4 (1.7)	52 (22.2)
Femenino	20 (8.5)	85 (36.3)	54 (23.1)	23 (9.8)	182 (77.8)
Total	27 (11.5)	118 (50.4)	62 (26.5)	27 (11.5)	234 (100)

La gráfica 9.1.2 y tabla 9.1.2 muestran la distribución de la población estudiada con respecto a edad y sexo, se observó que la mayor población se encuentra en el rango de edad de 31 a 40 años de edad con el 50.4% (118/234) y el porcentaje menor con 11.5% en los rangos de 20 a 30 años y mayores de 51 años (27/234) y (27/234) respectivamente. Encontrándose que el sexo que predomina es el femenino con un 77.8% (182/234) y el masculino con un 22.2% (52/234).

Gráfica 9.1.3

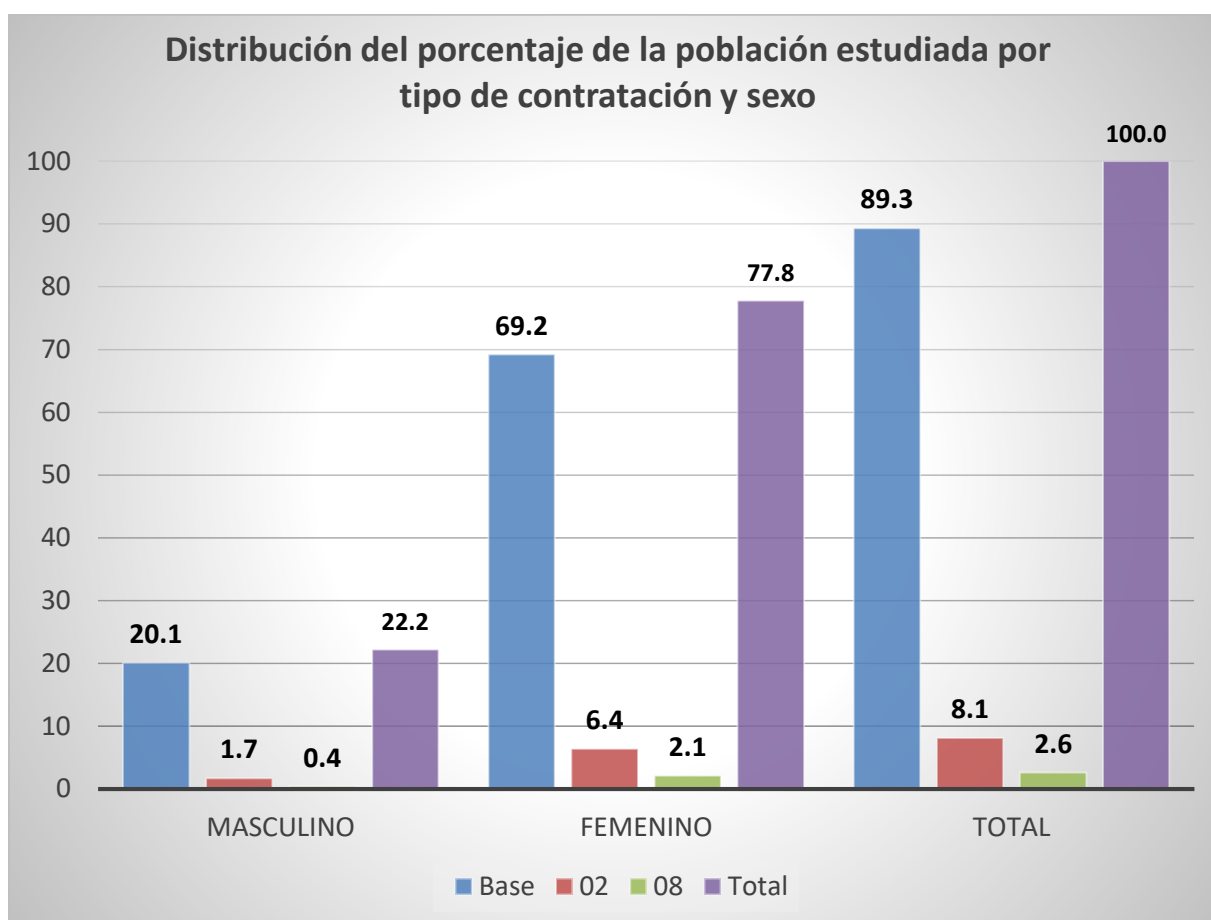


Tabla 9.1.3 Distribución del porcentaje de la población estudiada por tipo de contratación y sexo

Variable	Tipo de contratación (%)			
	Base	02	08	Total
Sexo (%)				
Masculino	47 (20.1)	4 (1.7)	1 (0.4)	52 (22.2)
Femenino	162 (69.2)	15 (6.4)	5 (2.1)	182 (77.8)
Total	209 (89.3)	19 (8.1)	6 (2.6)	234 (100)

En la gráfica 9.1.3 y tabla 9.1.3 se identificó que el tipo de contratación más común en el Hospital de Oncología de CMNSSXXI en la población estudiada fue de base con un 89.3% (209/234) y el menor porcentaje para contratación tipo 08 con un 2.6% (6/234). Distribuyéndose de la siguiente manera, personal de tipo Base: femenino 69.2% (162/234), masculino 20.1% (47/234); tipo 02: femenino 6.4% (15/234), masculino 1.7% (4/234) y tipo 08: femenino 2.1% (5/234), masculino (0.4%/234).

Gráfica 9.1.4

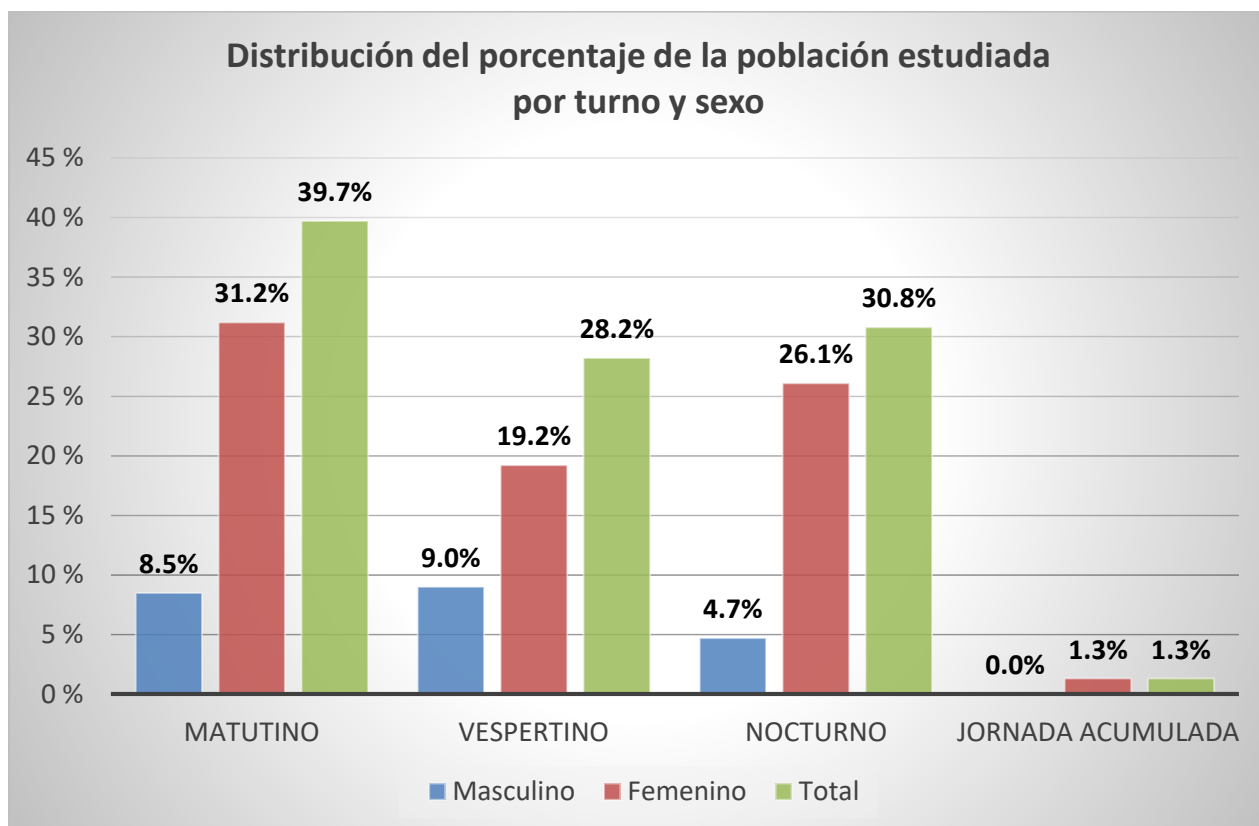
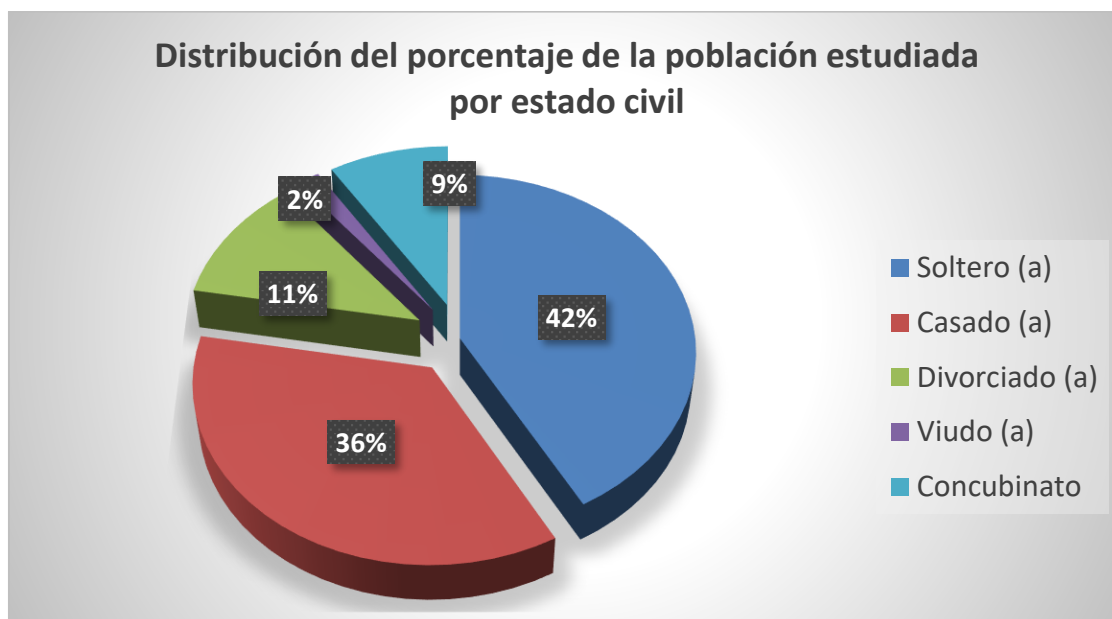


Tabla 9.1.4 Distribución del porcentaje de la población estudiada por turno y sexo

Variable	Turno (%)				
	Matutino	Vespertino	Nocturno	Jornada Acumulada	Total
Sexo (%)					
Masculino	20 (8.5)	21 (9.0)	11 (4.7)	0 (0)	52 (22.2)
Femenino	73 (31.2)	45 (19.2)	61 (26.1)	3 (1.3)	182 (77.8)
Total	93 (39.7)	66 (28.2)	72 (30.8)	3 (1.3)	234 (100)

En la gráfica y tabla 9.1.4 anterior, se observa que el mayor porcentaje de los trabajadores encuestados se encuentra en el turno matutino con un 39.7% (93/234), seguido del turno nocturno con 30.8% (72/234), el turno vespertino con 28.2% (66/234) y finalmente jornada acumulada con 1.3% (3/234).

Gráfica 9.1.5

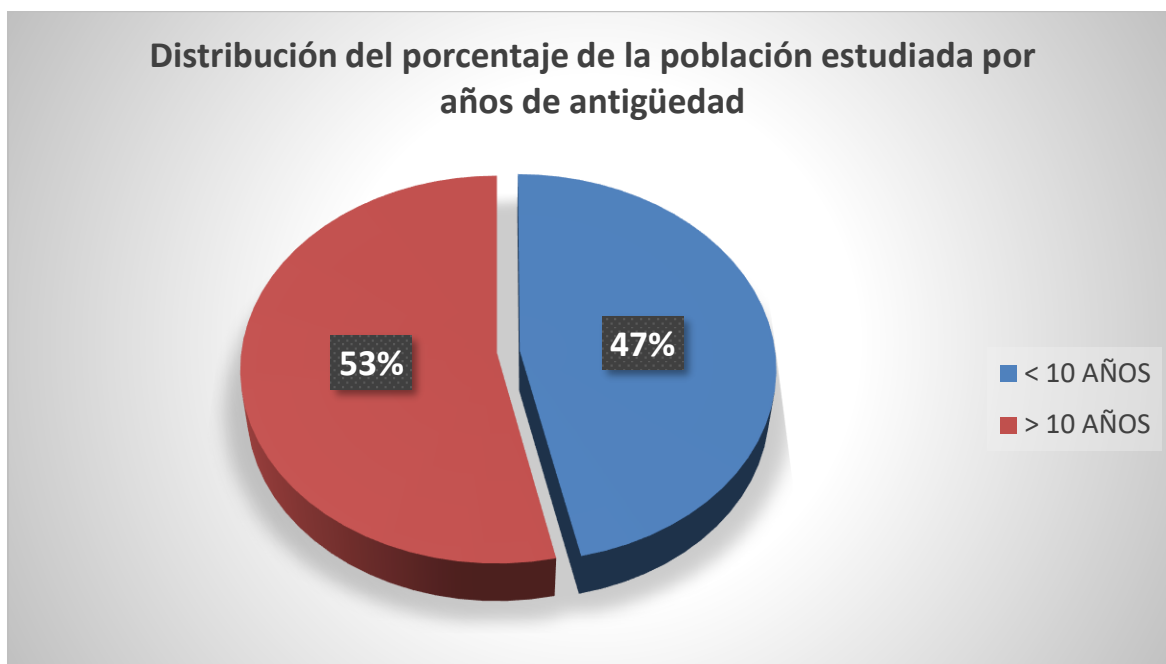


* Hoja de recolección de datos aplicada a personal de enfermería de la UMAE Hospital de Oncología CMNSXXI.

Tabla 9.1.5 Distribución del porcentaje de la población estudiada por estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero (a)	98	41.9
Casado (a)	84	35.9
Divorciado (a)	27	11.5
Viudo (a)	4	1.7
Concubinato	21	9.0
Total	234	100

En la gráfica y tabla 9.1.5 anterior, se identificó que la mayoría de los participantes se encontraban sin pareja al momento de la encuesta (129,55.1%).

Gráfica 9.1.6



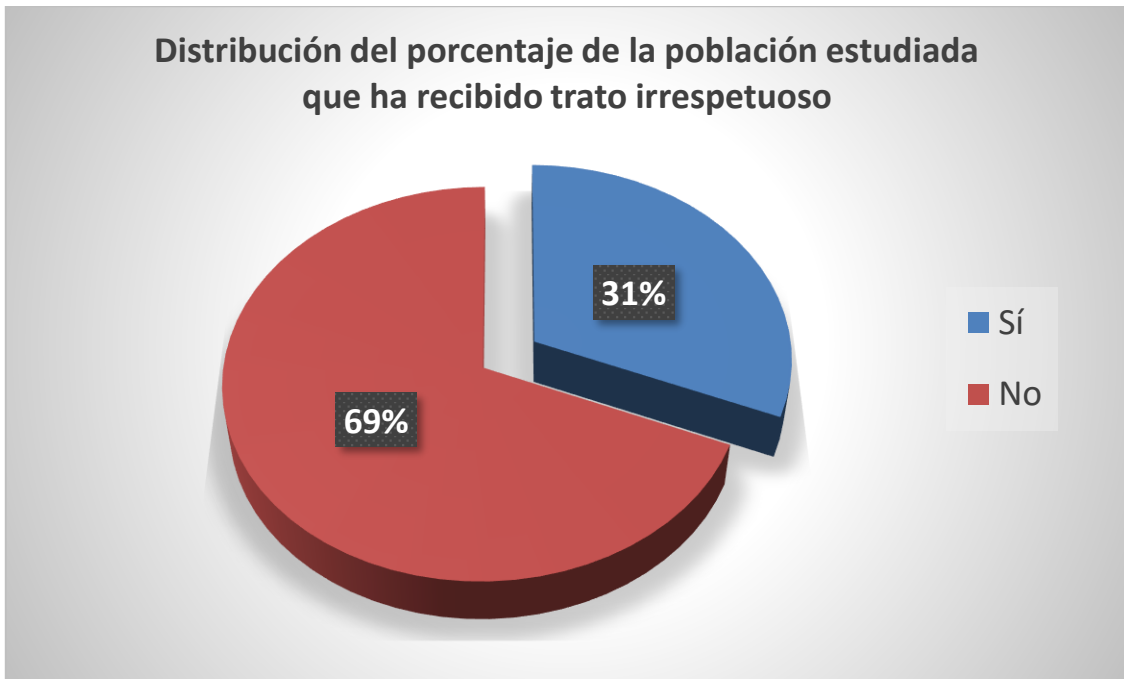
* Hoja de recolección de datos aplicada a personal de enfermería de la UMAE Hospital de Oncología CMNSXXI.

Tabla 9.1.6 Distribución del porcentaje de la población estudiada por años de antigüedad

Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 10 años	109	46.6
> 10 años	125	53.4
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.1.6 anterior, observamos que la mayor parte de los participantes posee una antigüedad mayor a 10 años con un 53.4% (125/234).

Gráfica 9.1.7



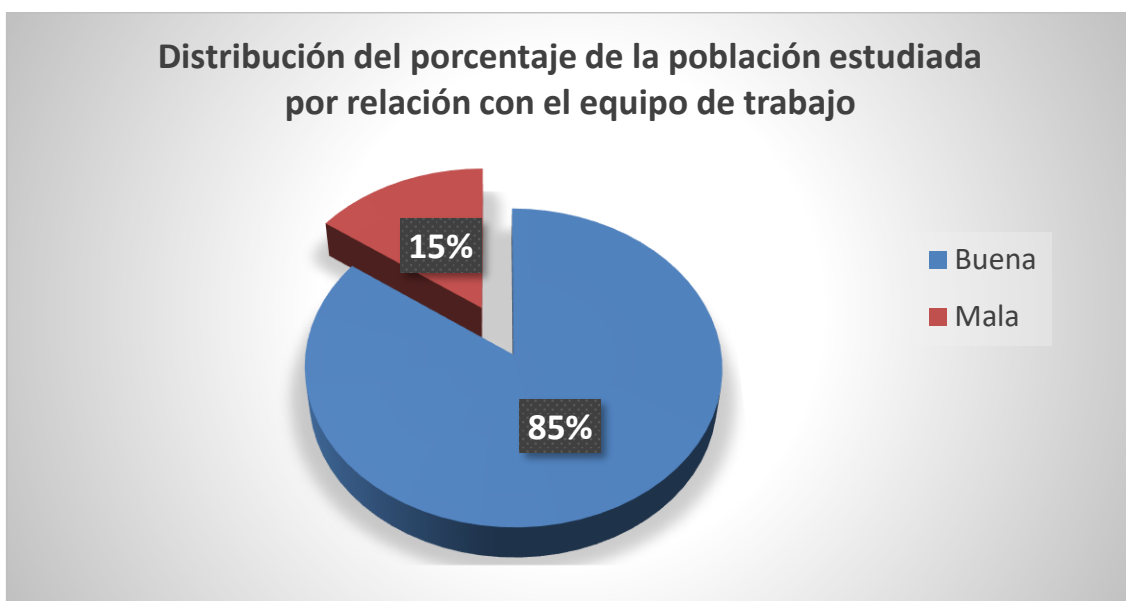
* Hoja de recolección de datos aplicada a personal de enfermería de la UMAE Hospital de Oncología CMNSXXI.

Tabla 9.1.7 Distribución del porcentaje de la población estudiada que ha recibido trato irrespetuoso

Trato irrespetuoso	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	73	31.2
No	161	68.8
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.1.7 anterior, se encontró que la mayoría de la población estudiada no ha recibido un trato irrespetuoso en el desempeño de sus labores (161/68.8%).

Gráfica 9.1.8



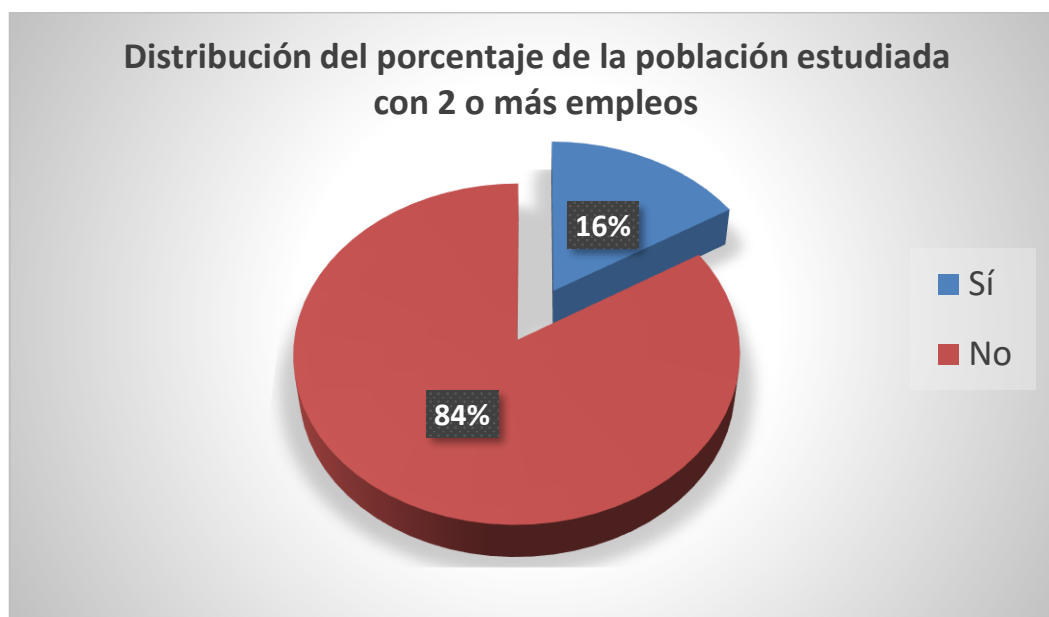
* Hoja de recolección de datos aplicada a personal de enfermería de la UMAE Hospital de Oncología CMNSXXI.

Tabla 9.1.8 Distribución del porcentaje de la población estudiada por relación con el equipo de trabajo

Relación con el equipo de trabajo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Buena	199	85.0
Mala	35	15.0
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.1.8 anterior, al evaluar la relación del equipo de trabajo, en los encuestados predominó la buena relación entre el personal (199/85%).

Gráfica 9.1.9



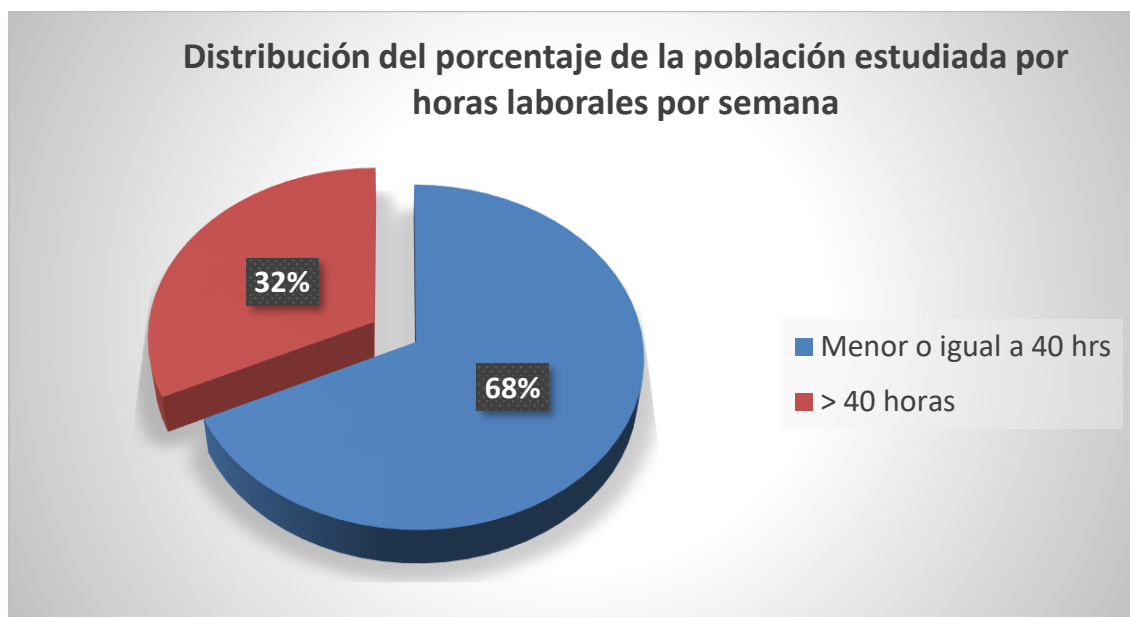
* Hoja de recolección de datos aplicada a personal de enfermería de la UMAE Hospital de Oncología CMNSXXI.

Tabla 9.1.9 Distribución del porcentaje de la población estudiada con 2 o más empleos

2 o más empleos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	38	16.2
No	196	83.8
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.1.9 anterior, se encontró que la mayoría de los participantes no cuentan con más de 2 empleos (196/83.8%).

Gráfica 9.1.10



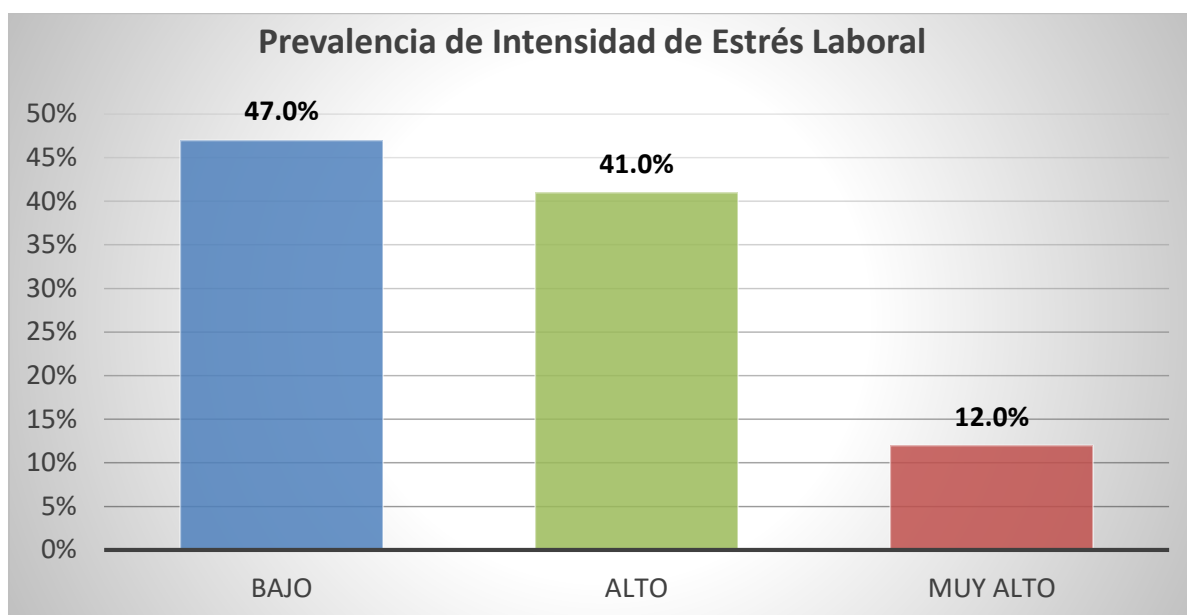
* Hoja de recolección de datos aplicada a personal de enfermería de la UMAE Hospital de Oncología CMNSXXI.

Tabla 9.1.10 Distribución del porcentaje de la población estudiada por horas laborales por semana

Horas laborales	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menor o igual a 40 hrs	159	67.9
> 40 horas	75	32.1
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.1.10 anterior, la mayoría de los participantes laboran menos de 40 horas por semana (159/67.9%)

Gráfica 9.2 Intensidad de Estrés Laboral

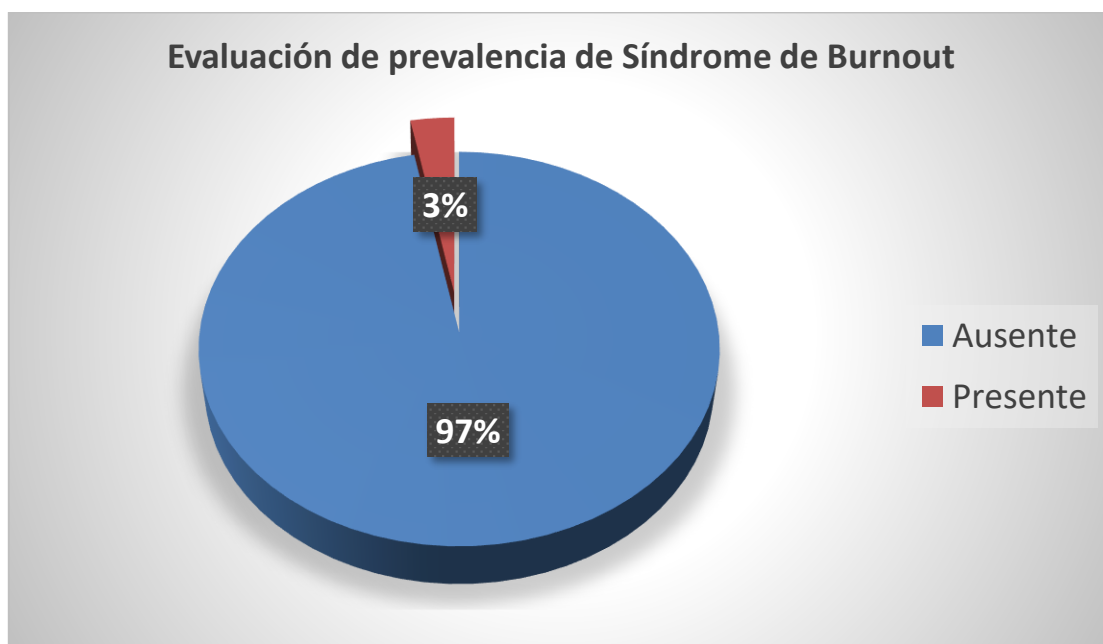


* Cuestionario Karasek

Tabla9.2 Prevalencia de Intensidad de Estrés Laboral		
Intensidad de Estrés Laboral	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	110	47.0
Alto	96	41.0
Muy Alto	28	12.0
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.2 anterior, se puede observar que el porcentaje de nivel de intensidad de Estrés Laboral bajo fue el que predominó en la población estudiada con un 47% (110/234), seguido del nivel de intensidad de estrés laboral alto, con 41% (96/234) y en último lugar el nivel de intensidad de estrés laboral bajo, con el 12% (28/234).

Gráfica 9.3 Síndrome de Burnout

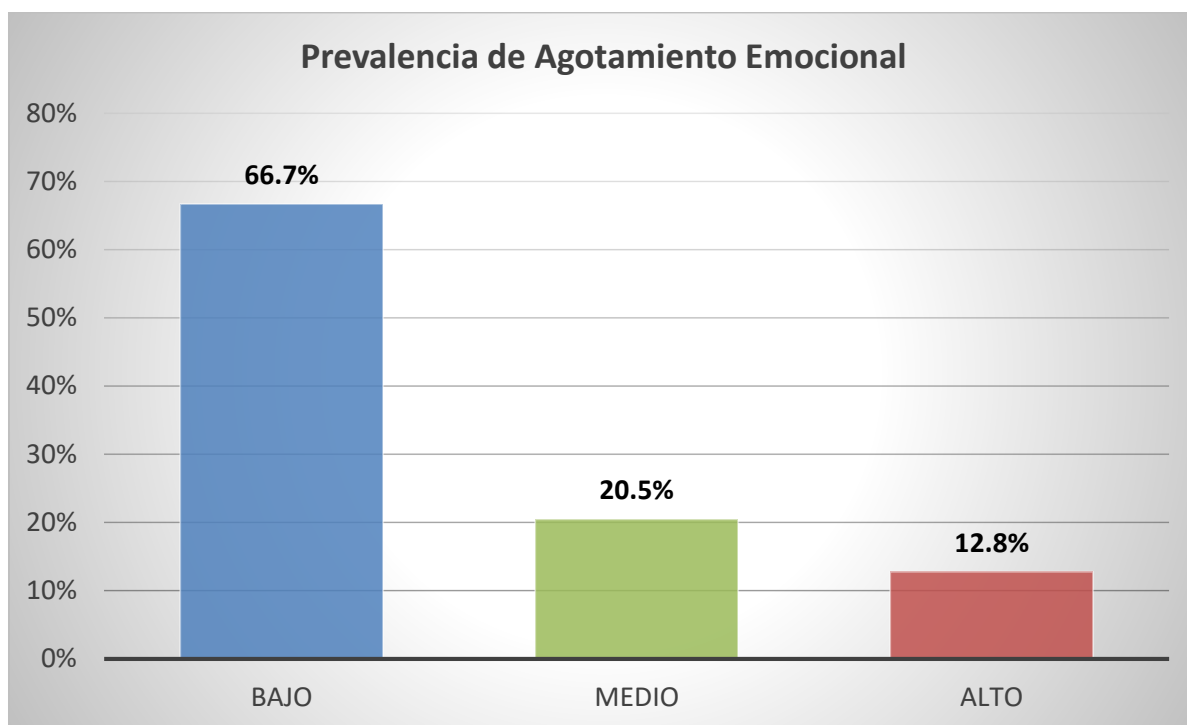


* Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabla 9.3 Evaluación de prevalencia de Síndrome de Burnout		
Síndrome de Burnout	Frecuencia	Porcentaje (%)
Presente	7	3.0
Ausente	227	97.0
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.3 anterior, la prevalencia de Síndrome de Burnout en la población del Hospital de Oncología se apega a lo reportado en la literatura nacional (7/3.0%)

Gráfica 9.3.1

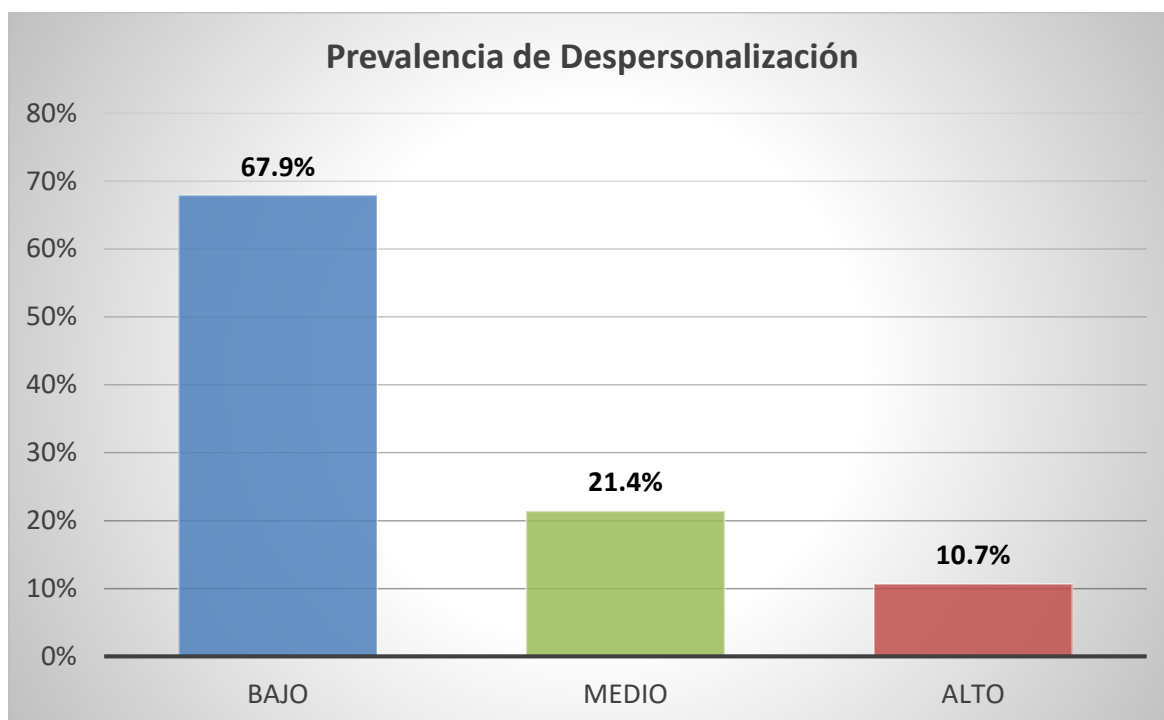


* Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabla 9.3.1 Prevalencia de Agotamiento Emocional		
Agotamiento Emocional	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	156	66.7
Medio	48	20.5
Alto	30	12.8
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.3.1 anterior, se muestra la subescala de agotamiento emocional, resultados de la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en donde se puede observar que la mayoría del personal presentó un nivel bajo de agotamiento emocional con un 66.7% (156/234), seguido de nivel medio de agotamiento emocional con el 20.5% (48/234) y el nivel alto de agotamiento emocional con un 12.8% (30/234).

Gráfica 9.3.2

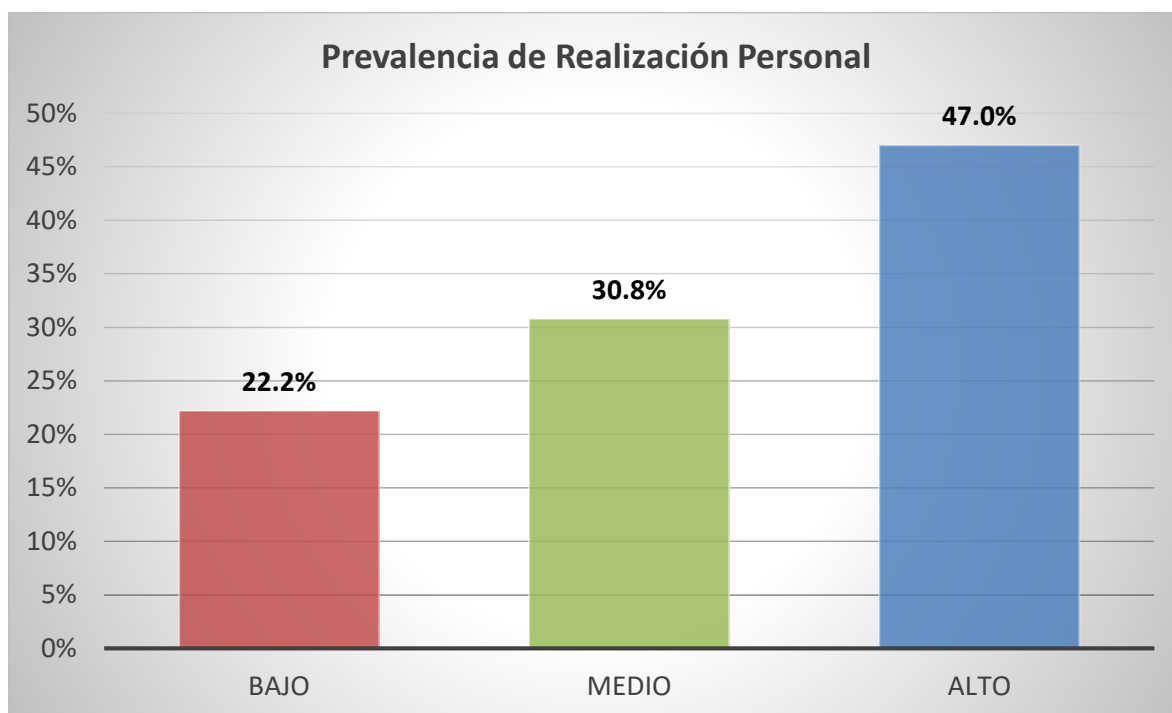


* Maslach Burnout Inventory (MBI)

Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	159	67.9
Medio	50	21.4
Alto	25	10.7
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.3.2 anterior, se muestra la subescala de despersonalización, resultados de la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en donde se puede observar que la mayoría del personal presentó un nivel bajo despersonalización con un 66.9% (159/234), seguido del nivel medio de despersonalización con el 21.4% (50/234) y el nivel alto de despersonalización con un 10.7% (25/234).

Gráfica 9.3.3



* Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabla 9.3.3 Prevalencia de Realización Personal		
Realización Personal	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	52	22.2
Medio	72	30.8
Alto	110	47.0
Total	234	100.0

En la gráfica y tabla 9.3.3 anterior, se muestra la subescala de realización personal, resultados de la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en donde se puede observar que la mayoría del personal presentó un nivel alto de realización personal con un 47% (110/234), seguido del nivel medio de realización personal con el 30.8% (72/234) y el nivel bajo de realización personal con un 22.2% (52/234).

9.4 Síndrome de Burnout y Estrés Laboral

Gráfica 9.4.1 Prevalencia del Síndrome Burnout e Intensidad de Estrés Laboral

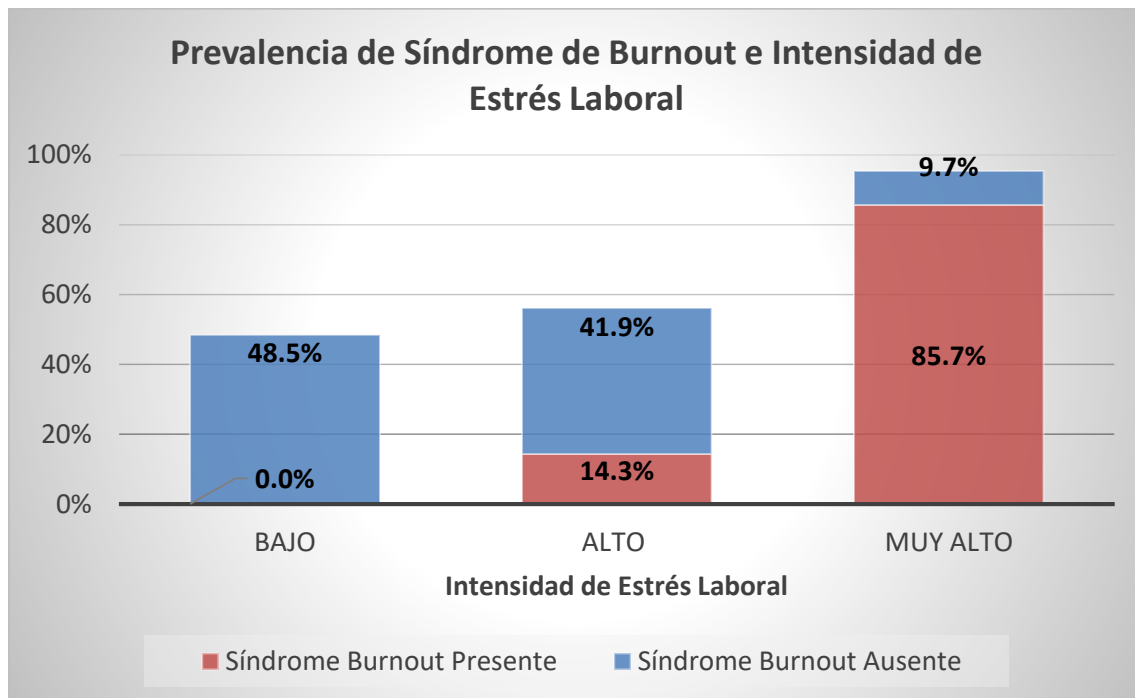


Tabla 9.4.1 Prevalencia de Síndrome de Burnout e Intensidad de Estrés Laboral

Variable	Síndrome Burnout (%)	
	Presente	Ausente
Intensidad de Estrés Laboral (%)		
Bajo	0.0	48.5
Alto	14.3	41.9
Muy Alto	85.7	9.7
Total	100.0	100.0

En la gráfica y tabla 9.4.1 anterior, se identificó la prevalencia del nivel de intensidad de estrés laboral en el personal de enfermería que presentó el síndrome de burnout, por lo que podemos observar que del 3% encontrado en la población estudiada, el 85.7% corresponde al personal con intensidad de estrés laboral muy alta y 14.3% para el personal que reportó un nivel de intensidad de estrés laboral alto.

Tabla 9.4.2 Asociación entre Síndrome de Burnout e Intensidad de estrés laboral

Tabla 9.4.2 Síndrome de Burnout e Intensidad de Estrés Laboral					
Variable	Síndrome de Burnout (%)				
Intensidad de Estrés Laboral (%)	Presente	Ausente	Total	p	Xi ² p
Bajo	0 (0)	110 (100)	110 (47)	0.000	37.448
Alto	1 (1)	95 (99)	96 (41)		
Muy Alto	6 (21.4)	22 (78.6)	28 (12)		
Total	7 (3.0)	227 (97)	234 (100)		

En la tabla 9.4.2 la asociación entre Síndrome de Burnout e Intensidad de Estrés Laboral resultó significativa con un valor de $\chi^2 p = 37.448$ y una $p = 0.000$ mediante χ^2 ya que el 21.4% (6/234) de los participantes con presencia de Síndrome de Burnout reportaron un nivel de intensidad de estrés muy alto.

Gráfica 9.4.3

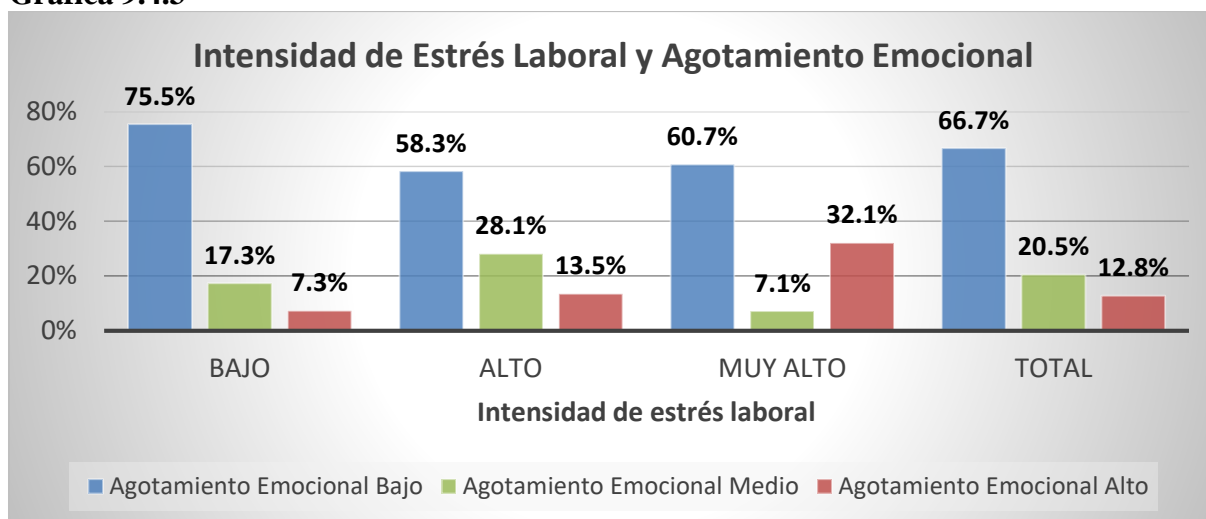
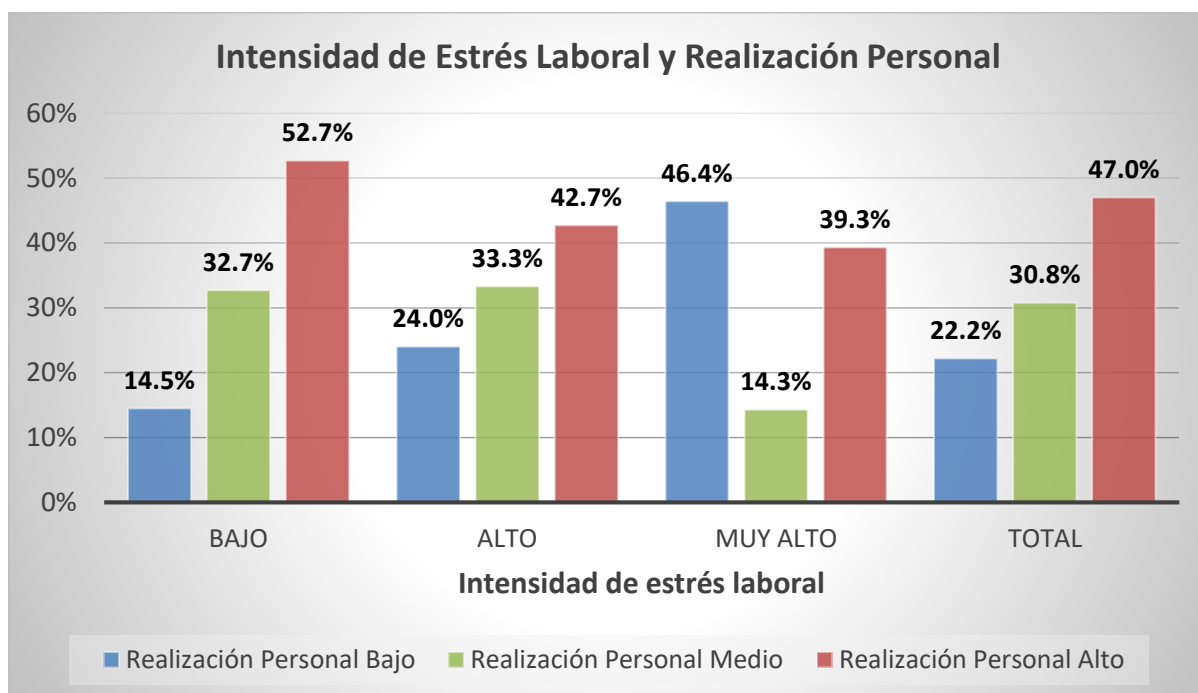


Tabla 9.4.3 Intensidad de Estrés Laboral y Agotamiento Emocional

Variable	Agotamiento Emocional (%)					
Intensidad de Estrés Laboral (%)	Bajo	Medio	Alto	Total	p	Xi ² p
Bajo	83 (75.5)	19 (17.3)	8 (7.3)	110 (100)	0.001	18.972
Alto	56 (58.3)	27 (28.1)	13 (13.5)	96 (100)		
Muy Alto	17 (60.7)	2 (7.1)	9 (32.1)	28 (100)		
Total	156 (66.7)	48 (20.5)	30 (12.8)	234 (100)		

En la gráfica y tabla 9.4.3 anterior, se realizó un análisis bivariado utilizando prueba χ^2 en donde se observó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de intensidad de estrés laboral y el agotamiento emocional, con una $p = 0.001$ y $\chi^2 p = 18.972$.

Gráfica 9.4.4



Variable	Realización Personal (%)					p	Xi ² p
	Bajo	Medio	Alto	Total			
Intensidad de Estrés Laboral (%)							
Bajo	16 (14.5)	36 (32.7)	58 (52.7)	110 (100)	0.005	14.743	
Alto	23 (24)	32 (33.3)	41 (42.7)	96 (100)			
Muy Alto	13 (46.4)	4 (14.3)	11 (39.3)	28 (100)			
Total	52 (22.2)	72 (30.8)	110 (47)	234 (100)			

En la gráfica y tabla 9.4.4 anterior, se realizó un análisis bivariado utilizando prueba Xi² en donde se demostró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de intensidad de estrés laboral y la realización personal, con una p=0.005 y Xi² p= 14.743.

Gráfica 9.4.5

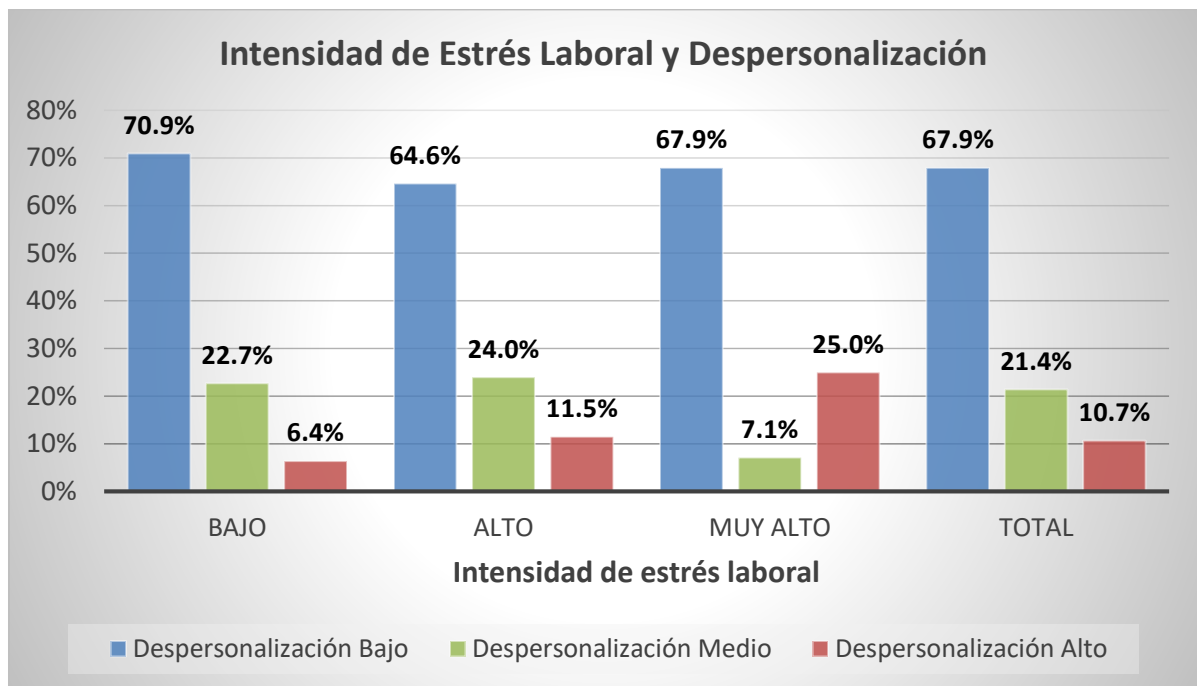


Tabla 9.4.5 Intensidad de Estrés Laboral y Despersonalización

Variable	Despersonalización (%)					p	Xi ² p
	Bajo	Medio	Alto	Total			
Intensidad de Estrés Laboral (%)							
Bajo	78 (70.9)	25 (22.7)	7 (6.4)	110 (100)	0.030	10.697	
Alto	62 (64.6)	23 (24)	11 (11.5)	96 (100)			
Muy Alto	19 (67.9)	2 (7.1)	7 (25)	28 (100)			
Total	159 (67.9)	50 (21.4)	25 (10.7)	234 (100)			

En la gráfica y tabla 9.4.5 anterior, se realizó un análisis bivariado utilizando prueba Xi² en donde se demostró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de intensidad de estrés laboral y la despersonalización, con una p=0.030 y Xi² p= 10.697.

10 Discusiones

En primer lugar, hacemos referencia a la alta participación que hemos obtenido por parte de la muestra del estudio, con una tasa de respuesta del 100%. Se encontró similitud en las características sociodemográficas, con estudios anteriores realizados en el personal de enfermería, por ejemplo, nuestra población en su mayoría pertenece al género femenino⁽¹⁾.

La mayoría de los participantes se encontraron sin pareja al momento de la encuesta (129,55.1%). Aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime. Parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. Sin embargo, encontramos que 4.8% (4/234) de la población casada padece este Síndrome vs el 3.1% (3/234) encontrado en la población soltera similar a lo reportado por López,E. y Méndez,V.⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

En cuanto a los resultados obtenidos para el Síndrome de Burnout y sus dimensiones, se puede decir, que el 3.0 % de la muestra presenta el Síndrome, una cifra pequeña, si se compara con las cifras encontradas en otros estudios (Sánchez Alonso et al.) con un 11,7%, Rodríguez López et al., en el que síndrome de Burnout representó el 10,34% de la muestra, y el estudio de Ríos en un 12%. Por lo que nos sugiere que en el centro laboral de donde se tomó la muestra, muy probablemente la población estudiada tiene alguna característica que evite el Síndrome de Burnout, funcionando como un tipo de factor protector.

También se analizó la prevalencia de Síndrome de Burnout por sexo, encontrando que los 7 casos encontrados corresponden en su totalidad al sexo femenino, por lo que los datos encontrados son muy similares a los encontrados por García,B.⁽³¹⁾

Se debe subrayar, además, que las cifras sobre las distintas dimensiones del síndrome de burnout que contiene, solamente el 12.8% sufre un nivel alto de agotamiento emocional, puesto que la gran mayoría presenta un nivel bajo de agotamiento emocional con el 66.7%.

Un 47% tiene un nivel alto en la consideración de su propia realización personal laboral. Mismos datos que contrastan con lo observado en un estudio similar realizado en el INCAN en 2010 por Gutierrez,N. en donde ellos reportaron 55% en niveles altos de despersonalización⁽²⁶⁾.

Con tan solo el 10.7% del personal encuestado fue el que presentó un nivel alto de despersonalización, datos que nos hacen pensar en que dichos profesionistas proporcionan una alta calidad en los cuidados otorgados a sus pacientes, siendo éstos los más seguros, ya que existe una relación entre la percepción de la seguridad de los cuidados por parte de los profesionales y la prevalencia baja del síndrome de burnout, con un grado bajo en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización.

También se analizó la prevalencia del nivel de intensidad de Estrés Laboral por sexo, encontrando que niveles de intensidad de estrés laboral alto y muy alto corresponden en

mayor parte al sexo femenino, encontrando que los datos son muy similares a los presentados por García,B.⁽³¹⁾.

Así mismo en esta investigación se pudo observar que el nivel de intensidad de estrés laboral que existe entre los y las trabajadores(as) del Hospital de Oncología predominaron los niveles bajo y alto. Además, se observó que el nivel de intensidad de estrés laboral es mayor en el sexo femenino. La escala de Intensidad de Estrés Laboral utilizada ha resultado un instrumento válido y fiable para la medida de la frecuencia de las fuentes de estrés laboral en personal de enfermería.

Éste estudio se realizó en enfermeras que laboran en una institución del sector público caracterizada por un fuerte apoyo sindical, prestaciones sociales adecuadas y un reconocimiento institucional muy marcado. Incluso, la antigüedad encontrada fue bastante alta (mayor a 10 años) en comparación con la población laboral restante en nuestro país; éstos son datos que reflejan por sí mismos características laborales que pueden ser satisfactorias en la población evaluada y por ello la obtención de los valores señalados previamente.

11 Conclusiones

El 12% del personal de enfermería presentó nivel de intensidad de Estrés Laboral alto y muy alto con 41% y 12% respectivamente.

La prevalencia de Síndrome de Burnout en nuestra población estudiada fue de 3.0%.

Existe asociación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

En líneas generales el modelo de Karasek y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) son capaces de reflejar la realidad en la que se encuentra inmersa una organización, las dimensiones que plantean, demandas psicológicas, control sobre el trabajo y apoyo social, dan cuenta de gran parte de los factores psicosociales presentes en el entorno laboral.

12 Limitaciones y Sesgos

El tamaño de muestra resultó ser bajo cuando se quiso realizar una regresión logística de las distintas variables que resultaron significativas en el análisis bivariado con χ^2 . Debido al porcentaje pequeño que obtuvimos de nuestra variable dependiente (Síndrome de Burnout).

Se aplicaron los cuestionarios al personal de enfermería, tanto al inicio de la jornada laboral como al final de la jornada laboral, pudiendo ser éste un factor distractor que pudo haber modificado alguna variable contenida en los mismos.

No se incluyó la variable área del personal.

13 Recomendaciones

Se recomienda realizar un estudio con una mayor muestra, así como realizar estudios de seguimiento del síndrome de burnout en esta unidad médica, dado que los resultados obtenidos demuestran la presencia del síndrome en un porcentaje menor que el reportado en la literatura, lo que podría llevar a pensar que en dicha unidad existen factores protectores o una mayor resiliencia por parte del personal de enfermería.

Para dar el seguimiento al síndrome de burnout, se recomienda hacerlo de manera multidisciplinaria, con apoyo de psicología, médicos especialistas en medicina del trabajo y trabajadores sociales que estén capacitados en el tema.

Las estrategias para disminuir la intensidad de estrés laboral deben estar orientadas a aplicarlas de manera individual, así como fomentar el apoyo entre los compañeros de trabajo y mejorar el clima organizacional. Se invita a los profesionales de enfermería que se reconozcan como trabajadores que están expuestos a peligros en el ambiente laboral, que pueden deteriorar la salud mental y que además tiene consecuencias negativas para los pacientes.

14 Planteamientos Futuros

El reconocimiento de los factores de riesgo psicosocial es una forma de poder mejorar la calidad de la atención para con los pacientes y la salud de los trabajadores. Aunque solo se estudió el nivel de intensidad de estrés laboral y el Síndrome de Burnout, se sugiere complementar dicho estudio con la medición del entorno organizacional por medio del cuestionario de la NOM-035-STPS-2018.

15 Conflictos de Intereses

Se declara que no existe conflicto de intereses en el presente estudio.

16 Aspectos Bioéticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud. Este protocolo está diseñado de acuerdo a los lineamientos anotados en los siguientes códigos:

Reglamento de la ley General de Salud: De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Título quinto que comprende los artículos 96 a 103.

También se considera la reforma del artículo 98 de la Ley General de Salud, y el decreto de adición del artículo 41 Bis. Con estos dos cambios se establece obligatoriamente los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, cuenten con Comités Hospitalarios de Bioética.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Título 2º Capítulo quinto del Reglamento para el consentimiento informado de este proyecto.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud decretado en capítulo V del art.58 y el Título quinto, capítulo único artículos: 99 a 132.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: “Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes”.

El uso de los datos personales de los participantes fueron manejados de manera confidencial, bajo un número de folio que sólo el entrevistador conoce.

17 Anexos



Maslach Burnout Inventory

No. Folio _____

Maslach Burnout Inventory (MBI)		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diario
INSTRUCCIONES: Los puntos siguientes corresponden a su entorno laboral. Ud. debe marcar una sola (X) en la casilla de cada ítem.		0	1	2	3	4	5	6
1	AE							
	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	AE							
	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	AE							
	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	RP							
	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	DP							
	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	AE							
	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	RP							
	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	AE							
	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	RP							
	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	DP							
	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	DP							
	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	RP							
	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	AE							
	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	AE							
	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	DP							
	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	AE							
	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	RP							
	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	RP							
	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	RP							
	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	AE							
	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	RP							
	Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	DP							
	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

**Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP), Realización Personal (RP)



CUESTIONARIO KARASEK

No. Folio _____

CUESTIONARIO KARASEK					
INSTRUCCIONES: Los puntos que siguen corresponden a su trabajo y a su entorno laboral. Ud. debe marcar una sola(X) en la casilla de cada ítem.					
No.	Pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
		1	2	3	4
1	Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas				
2	Mi trabajo necesita un nivel elevado de calificación				
3	En mi trabajo debo ser creativo				
4	Mi trabajo consiste en hacer siempre lo mismo				
5	Tengo libertad de decidir cómo hacer mi trabajo				
6	Mi trabajo me permite tomar decisiones en forma autónoma				
7	En el trabajo tengo la oportunidad de hacer cosas diferentes				
8	Tengo influencia sobre como ocurren las cosas en mi trabajo				
9	En el trabajo tengo la posibilidad de desarrollar mis habilidades personales				
10	Mi trabajo exige hacerlo rápidamente				
11	Mi trabajo exige un gran esfuerzo mental				
12	En mi trabajo no se me pide hacer una cantidad excesiva				
13	Dispongo de suficiente tiempo para hacer mi trabajo				
14	No recibo pedidos contradictorios de los demás				
15	Mi trabajo me obliga a concentrarme durante largos periodos de tiempo				
16	Mi tarea es interrumpida a menudo y debo finalizarla más tarde				
17	Mi trabajo es muy dinámico				
18	A menudo me retraso en mi trabajo porque debo esperar al trabajo de los demás				
19	Mi jefe se preocupa por el bienestar de los trabajadores que están bajo su supervisión				
20	Mi jefe presta atención a lo que digo				
21	Mi jefe tiene una actitud hostil o conflictiva hacia mí				
22	Mi jefe facilita la realización del trabajo				
23	Mi jefe consigue que la gente trabaje unida				
24	Las personas con las que trabajo están calificadas para las tareas que realizan				
25	Las personas con las que trabajo tienen actitudes hostiles hacia mí				
26	Las personas con las que trabajo se interesan por mí				
27	Las personas con las que trabajo son amistosas				
28	Las personas con las que trabajo se apoyan mutuamente para trabajar juntas				
29	Las personas con las que trabajo facilitan la realización del trabajo				



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. Folio _____

SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI	
Fecha (DD/MM/AAAA) _____	Codificado (para ser llenado por el investigador)
Instrucciones: Lea las preguntas y marque con una (X) su respuesta.	
1. Género: (1) Masculino (2) Femenino	1)
2. Edad en años: (1) 18 a 30 (2) 31 a 40 (3) 41 a 50 (4) >51	2)
3. Estado Civil: (1) Soltero/a (2) Casado/a (3) Divorciado/a (4) Viudo/a (5) Concubinato	3)
4. Tipo de contratación: (1) Base (2) O2 (3) O8 (4) Confianza	4)
5. Antigüedad: (1) Menor a 10 años (2) Mayor a 10 años	5)
6. ¿Realizas actividad física moderada (mayor de 30 minutos continuos al día por lo menos 3 veces a la semana)? : (1) Sí (2) No	6)
7. Tienes tiempo libre para tus hobbies: (1) Sí (2) No	7)
8. ¿A qué categoría perteneces?: (1) Dirección de enfermería (2) Enfermera jefe de piso (3) Enfermera especialista quirúrgica (4) Enfermera especialista intensivista (5) Enfermera especialista oncóloga. (6) Enfermera especialista Geriatra. (7) Enfermera especialista en salud pública. (8) Enfermeras generales. (9) Auxiliar de enfermera general (10) Auxiliar de enfermera general concepto (radiaciones/manejo quimioterapia).	8)
9. El servicio en el que te encuentras, ¿has recibido algún tipo de trato irrespetuoso? (1) Sí (2) No	9)
10. ¿Cómo consideras la relación con tu equipo de trabajo? (1) Buena (2) Mala	10)
11. Tienes 2 o más empleos (centro de trabajo). (1) Sí (2) No	11)
12. ¿Cuántas horas trabajas a la semana? (1) Menor o igual a 40 horas (2) Mayor a 41 horas	12)
13. Turno: (1) Matutino (2) Vespertino (3) Nocturno (4) Jornada Acumulada	13)

18 Referencias

- ¹ Aldrete M, Navarro C, González R, Contreras M, Pérez J. Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. *Cienc Trab.* Ene-Abr; 2015. 17 [52]: 32-36
- ² Borda P. Y cols. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte* Vol. 23, No. 1 2007. ISSN 0120-5552
- ³ Leonor C. Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *colombmed.* 2011; 42: 286-93
- ⁴ Taub M, Olivares, F. Factores Psicosociales desde una perspectiva positiva. *C y T.* 2009; 11(32):27.
- ⁵ Paula Ceballos Vásquez et al. Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances En Enfermería* • Vol. Xxxii-No. 2 julio-diciembre 2014
- ⁶ Barrezueta, L. (2013). El Estrés Laboral En El Personal Administrativo Del Sistema Hospitalario Docente De La Universidad De Guayaquil (Tesis Para Obtención Del Título De Psicóloga Industrial). Universidad De Guayaquil, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5859/1/Tesis%20Estres%20Laboral.pdf>
- ⁷ Protección de la Salud de los Trabajadores. Serie No. 6. Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo Un riesgo moderno en un ambiente de trabajo tradicional. Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. OMS 2008. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243591650_spa.pdf
- ⁸ Fernández García MV, Zárate Grajales RA, Bautista Paredes L, Domínguez Sánchez P, Ortega Vargas C, Cruz Corchado M, et al. Síndrome de Burnout y enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2012; 20(1):45-53.
- ⁹ Rodríguez G. y cols. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis (Argentina).* Año X Número I (19/2009) pp. 179-193
- ¹⁰ Llana, F. *Ergonomía y Psicología Aplicada. Manual para la formación del especialista.* Editorial Lex Nova. Valladolid, 2002; 510-519
- ¹¹ Gil-Monte, P.R. *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout): Una perspectiva histórica. Grupos profesionales de riesgo.* Madrid, 2007.

-
- ¹² López Elizalde C. Síndrome de Burnout. Anestesia en ginecoobstetricia. 2004;27, (1):131-3
- ¹³ Méndez Venegas J. Estrés laboral o síndrome de “Burnout”. Acta Pediátrica de México 2004;25(5):299-302
- ¹⁴ Pedro R. Gil-Monte. Riesgos Psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2012; 29(2):237-41.
- ¹⁵ Guerrero, E. Análisis pormenorizado de los grados de Burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. Anales de Psicología. 2003; 145-158
- ¹⁶ Nogareda, S. (s.f.). NTP 355: Fisiología del estrés. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España; 200. Obtenido de:http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_355.pdf
- ¹⁷ Vega, S. NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España; 2001.
- ¹⁸ Mage, J. Factores Psicosociales y de Organización. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (3ra Edición, Vol. 2 pp. 34.6-34.7). Madrid; ES: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Subdirección General de Publicaciones.
- ¹⁹ Daza, F. NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España. Obtenida de: http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_349.pdf
- ²⁰ Esquivel, C. y cols. Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. RevMedInstMex Seguro Soc. 2007; 45(5): 427-436
- ²¹ López León, E. y cols. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. RevMedInstMex Seguro Soc. 2007; 45(1):13-19
- ²² Rodríguez, C. y cols. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos hospitales del Estado de México. Fundamentos en Humanidades. 2009; 179-193
- ²³ Tapia, T. y cols. Síndrome de Burnout en enfermeras de un hospital regional. RevEnfermInstMex Seguro Soc. 2009; 17(1): 31-38.

²⁴ López, A. y cols. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *RevMedInstMex Seguro Soc.* 2007; 45(3): 233-242.

²⁵Gallegos Alvarado M, Parra Domínguez M, Castillo Díaz R, Murillo Ortiz E. Síndrome de Burnout y factores psicosociales del personal de enfermería al cuidado del paciente oncológico. *CONAMED* 2009; 14:28-33.

²⁶Gutiérrez González N, Pedraza Andrade C. Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería de Instituto Nacional de Cancerología Ciudad de México. *Cancerología*, 2010; 5:31-35

²⁷ Arturo, L. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2007; 45 (3): 233-242

²⁸ Gutiérrez, M. Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas. *Salud de los Trabajadores / Volumen 14 N° 1 / Enero-junio 2006*

²⁹ Andrade, J., Sanabria, Y., Morales, M., Rodríguez, J. & Oyuela, J. (2013). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de enfermería de una clínica de la ciudad de Ibagué. En *Psicogente*, 16(29), 170-183.

³⁰ Andrea Bezerra Rodríguez. Factores Estresantes Y Estrategias De Coping Utilizadas Por Los Enfermeros Que Actúan En Oncología. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008 Janeiro-Fevereiro; 16(1).

³¹García, B. Diagnóstico del nivel de estrés laboral y su relación con el apoyo social percibido en trabajadores de la salud mexicanos. *Global Conference on Business and Finance Proceedings*. Vol. 8. Number 1. 2013