



BURNOUT: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ENFERMERAS DE LAS ÁREAS CUIDADOS BÁSICOS Y LACTANCIA DEL HOSPITAL TACUBAYA

Mauricio Javier Garcés Reyes¹

Resumen

El Burnout es un síndrome que afecta cada vez más al ser humano en todo el mundo, principalmente a los profesionales del sector sanitario. El propósito de la presente investigación es determinar si este síndrome se encuentra presente en el personal de enfermería de las áreas de Cuidados Básicos y Lactancia del Hospital de niños quemados de Tacubaya, con la finalidad de crear grupos o redes de apoyo social si así se requiriera. Para este estudio se utilizó el instrumento SERTSE-1, y se evaluó la población total de cada una de las áreas, correspondiendo 6 enfermeras a cada una de ellas. Los resultados muestran que el Síndrome de Burnout no se encuentra presente en ninguna enfermera, sin embargo, presentan afecciones físicas y psicológicas importantes.

Palabras clave: Síndrome de burnout, enfermeras, hospital, relaciones interpersonales, redes de apoyo social.

Abstract

Burnout is a syndrome that affects increasingly human beings around the world, mainly the personnel at the sanitary sector. The purpose of the following research is to determine if this syndrome is found on the nursing staff of the Lactancy and Basic Care Areas of the burned unit of the Children Hospital in Tacubaya, with the goal to create social groups it is required. For this investigation was used an instrument called SERTSE-1, It was evaluated the total population of the areas, corresponded to 6 nurses every one of them. The results show that the syndrome of Burnout is not found on the nurses, however, they present physical and psychological affections.

Key words: Burnout syndrome, nurses, hospital, interpersonal relations, social supportive networks.

¹ Licenciado en Psicología de la Universidad Iberoamericana, maugarces9@yahoo.com.mx



En la actualidad el Síndrome de burn-out está siendo un tema de fundamental importancia en la vida del ser humano, debido al impacto negativo sobre el mismo. Este síndrome, es más habitual en trabajadores del sector sanitario, sobre todo en médicos y personal de enfermería, aunque no es característico de estas profesiones o de algún contexto. Es por ello, que la presente investigación está enfocada a valorar el Síndrome de burn-out en enfermeras de un Hospital Público de Niños Quemados de la Ciudad de México.

Por un lado, la traducción literal del término burn-out es “estar quemado” y surgió en Estados Unidos. No obstante, burn-out es un síndrome clínico que fue descrito por primera vez en 1974, por el psiquiatra Freudenberguer, y ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que con frecuencia ocurre en profesionales de organizaciones de servicios sanitarios como son médicos, trabajadores sociales y enfermeros en contacto directo con los usuarios de dichas organizaciones y se manifiesta con la pérdida gradual de energía hasta llegar al agotamiento, además de síntomas de depresión y ansiedad.

Por otro lado, el Síndrome de burn-out en la profesión de enfermería dentro del contexto hospitalario está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. No obstante, es una profesión en la que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, sobrecarga laboral, trato con usuarios problemáticos y contacto directo con la enfermedad como son el dolor y la muerte, los cuales generan conflicto y ambigüedad en la persona y en su rol, provocando deterioro en las funciones y en la salud de la misma (Gil Monte y Peiró, 1997).

La importancia de llevar a cabo la presente investigación sobre el Síndrome de burn-out, en el Hospital Público de Niños Quemados, específicamente en enfermeras, es debido a que existe poca información y conocimiento sobre el mismo, en México. Finalmente, el objetivo fundamental es poder determinar si el Síndrome de burn-out se encuentra en enfermeras al cuidado y mejoramiento de niños que sufrieron alguna quemadura, pudiendo servir de base para crear alternativas favorables que tengan como fin mejorar las condiciones laborales de



las enfermeras inmersas en el contexto hospitalario y en consecuencia puedan también mejorar su funcionamiento y rendimiento profesional.

Marco teórico

El concepto de burn-out (quemarse por el trabajo) surgió en Estados Unidos a mediados de los años setenta (Freudenberger, 1974 en Gil-Monte, 2003), para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios tales como organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas, etc.

El Síndrome de burn-out ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios como son médicos, enfermeros y trabajadores sociales que trabajan en contacto directo con los usuarios de dichas organizaciones, en donde normalmente esta relación incluye la noción de cuidado (Agathonos-Georgopoulou, 1999). Debido a que este síndrome surge como resultado de las relaciones con otras personas, especialmente con aquellas que tienen que hacer frente a problemas (Maslach, 1982), puede ser considerado como predominante en individuos que trabajan en sectores que exigen una mayor demanda (Madianos et. al., 1999 en Adali, et. al., 2003). Sin embargo, los problemas que pueden ser solventados no llevan al burnout; incluso, el estrés controlado puede tener efectos positivos, estimulando al individuo a superarse, lo que culminaría en una experiencia gratificante y en competencia profesional. Precisamente, este síndrome comenzaría cuando el individuo se siente más indefenso para cambiar la situación (Cherniss, 1985).

De la gran cantidad de conceptualizaciones que hay sobre este síndrome, puede decirse que el burn-out es una patología relativamente moderna derivada del estrés laboral (Gil-Monte, 2000, Martos, 2000 en Aranda, 2004).

Algunas de las causas del Síndrome de burn-out que padece el personal de enfermería son: el tiempo que los trabajadores pasan cuidando a sus pacientes (Cronin-Stubbs, Brophy 1985), su relación con aquellos pacientes que poseen un



mal pronóstico (Hare, Pratt, Andrews, 1988) o carencias emocionales (Lewenson, Conley, y Blessing-Moore 1981), el exceso de trabajo (Landstergis, 1988), los conflictos en cuanto al papel profesional a desarrollar debido a la ambigüedad del mismo (Pines, Kanner, 1982), poca colaboración entre compañeros o falta de apoyo por parte del supervisor (Firth *et al.* 1986), la insatisfacción en el trabajo (Dolan 1987), y el contacto frecuente con la muerte (Mallet *et. al.* 1991, Dewe, 1989). Todos estos estresores han sido identificados como antecedentes del síndrome de burn-out. Así también, identificar las variables antecedentes del síndrome de quemarse supone considerar variables interpersonal e individual específicas de estas profesiones (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Por un lado, cuando las relaciones interpersonales con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los niveles del síndrome. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte del personal de la organización, la excesiva identificación del profesional con el usuario, y los conflictos interpersonales con las personas a las que se atiende o sus familiares, son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

Por otro lado, las características personales del profesional van a ser una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse por el trabajo. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan su profesión podrían facilitar el desarrollo del proceso. Incluso, aspectos como el idealismo y los sentimientos altruistas llevan al profesional a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas, lo cual genera culpabilidad de los fallos, tanto propios como ajenos, manifestándose en bajos sentimientos de realización personal y aumento del agotamiento emocional en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Algunas investigaciones sobre este tema, sugieren que el personal de enfermería experimenta mayor estrés ocupacional que cualquier otro tipo de



trabajadores (Lu, Shiau y Cooper 1997, Wolfgang, 1988) y que son más vulnerables a la hora de desarrollar el síndrome ya que carecen de la preparación necesaria para hacer frente al estrés emocional (McCarthy 1985).

El Síndrome de burn-out se caracteriza por un factor tridimensional por Maslach y Jackson (1981, 1985 y 1986) debido a las tres características fundamentales que le determinan, tales como: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional y/o personal, sin olvidar que se debe a una exposición laboral gradual y continuada de por lo menos seis meses, según opina Capilla (2002), a los estresores existentes en el medio que rodea al trabajador. En primera instancia, el *Agotamiento emocional* se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente. Además, refiere la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. Como segunda dimensión, se encuentra la *Despersonalización* que se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia él mismo. El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral. Por último, se presenta un sentimiento de baja realización profesional y/o personal, que surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente, lo cual conlleva respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. No obstante, la falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al mismo, por lo que se experimentan sentimientos de fracaso personal, carencias de expectativas y



horizontes en el trabajo, y una insatisfacción generalizada (Álvarez y Fernández, 1991).

Diversos autores (Maslach y Pines, 1977; Cherniss, 1980 Maslach, 1982) revelan que los síntomas se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas. La primera abarca síntomas *psicosomáticos* tales como: dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales. La segunda área, engloba síntomas *conductuales* tales como: absentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etc. El distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones *emocionales* que conforman el tercer grupo sintomatológico. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima. Por último, los autores señalan los síntomas *defensivos* que aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. También pueden utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable (Álvarez y Fernández, 1991 y PSISA, 1993).

Otros investigadores sugieren que el Síndrome de burn-out y el ambiente de trabajo funcionan como un mecanismo de adaptación o como una forma de organizar las causas generadoras de la frustración (Cherniss, 1980), ya sea cuando el trabajador pierde interés por el trabajo y se siente insatisfecho con las oportunidades que se le presentan para su desarrollo y crecimiento personal (Maslach, 1982), o bien como resultado de los factores estresantes para los que la



personalidad y la función de adaptación aparecen como un mecanismo de defensa (Newman, 1990).

El desempeño del personal de salud involucra una serie de actividades que necesitan forzosamente de un control mental y emocional mucho mayor que en otros servicios; aunado a ello, su actividad está expuesta a múltiples agresiones, como lo sería el manejo de pacientes en estado grave, el ofrecer cuidados prolongados o intensivos, el grado de responsabilidad, y más aún, el tener que saber controlar su estado de ánimo y compartir con el enfermo y su familia la angustia, la depresión y el dolor que padecen, todo lo cual trae como repercusión un desgaste físico y mental (Pando, Bermúdez, Aranda y Pérez, 2000).

Las repercusiones del síndrome de burn-out pueden situarse en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias con respecto a la organización. En primera instancia, las repercusiones a nivel individuo se pueden observar en cuatro áreas diferentes: emocional, actitudinal, conductual y somática. En segunda lugar, las repercusiones recaen en la organización debido a que sus individuos se ven afectados de forma significativa por el síndrome de burn-out en diferentes situaciones: a) deterioro de la calidad asistencial, b) baja satisfacción laboral, c) absentismo laboral elevado, d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, f) aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto, g) una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En estudios anteriores se ha hallado que la gravedad del problema se ve reflejada cuando el personal de salud utiliza a manera de evasión una alta rotación laboral, la falta de asistencia al servicio o la necesidad de buscar incapacidades injustificadamente (Coriat, 1992; Lee y Ashforth, 1996; Melchior, Van den Berg, halfens y cols., 1997; OMS, 1995 en Pando, et. al., 2003). Además, el Síndrome de burn-out puede dar lugar a una disminución de la productividad (Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1985) y a un deterioro en la calidad del cuidado o el



servicio que proporciona la plantilla de profesionales (Jackson y Maslach, 1982; Melchior *et al.* 1997).

Desde una perspectiva gremial, las enfermeras comparten características comunes independientes de los niveles de capacitación o formación académica. El rasgo de mayor importancia, que comparten en el quehacer diario de enfermería es el contacto cercano con el usuario o paciente. Las características familiares, educativas, sociales, económicas, religiosas y/o psicológicas de las personas atendidas en los servicios de salud son diversas, por lo que generan demandas profesionales y emocionales distintas, frente a las cuales la enfermera ha de responder, independientemente de su formación y experiencia. No obstante, la amplia gama de funciones y actividades, la imagen que se tiene de una enfermera es la de una mujer con uniforme blanco que brinda cuidados a personas enfermas y generalmente hospitalizadas; sin embargo, aún dentro del ámbito hospitalario la diversidad sigue siendo amplia. En el ámbito del sistema de cuidado y atención a la salud, podemos encontrar al auxiliar de enfermería, al técnico en enfermería, a la enfermera general, a la licenciada en enfermería y grados de maestría y doctorado. Así entonces, el personal de enfermería en todas sus variantes de formación labora en los tres tipos de Instituciones que engloban los servicios de salud y/o sistemas de cuidado de la salud en México: públicas (35.1%), de seguridad social (51%) y privadas (13.8). La ubicación con respecto al nivel de atención y/o tipo de actividad es difícil saberlo con certeza; sin embargo, es conocido en México que el predominio curativo del personal de enfermería, principalmente, se da en funciones y actividades en un nivel asistencial. Es decir, atendiendo personas en diferentes estadios de enfermedad (Lartigue y Fernández, 1998).

En términos generales, son cuatro perfiles profesionales comúnmente manejados en las Instituciones Sanitarias: Auxiliar de enfermería, Enfermera General, Enfermera General con un curso post-básico y Licenciada en enfermería (Lartigue y Fernández, 1998). Sin embargo, con mayor frecuencia se encuentran los dos primeros perfiles, por lo que sólo se mencionarán los mismos. En primer



lugar, encontramos a la Auxiliar de enfermería, que se caracteriza fundamentalmente por un período de capacitación y formación de seis meses a un año, generalmente con educación secundaria y con reconocimiento técnico. Actualmente, en la mayoría de los hospitales se les asignan actividades acordes con su capacitación; sin embargo, con frecuencia realizan actividades de mayor responsabilidad en situaciones de insuficiencia de personal, debido a la organización y a la dinámica de los servicios de cada unidad de salud.

En segundo lugar, se encuentra la Enfermera General, que cuenta con una formación de tres años, posteriores a su educación secundaria, con reconocimiento universitario o equivalente a nivel técnico especializado. La enfermera general suele estar en todos los servicios que se prestan en las unidades de salud; dependiendo de la institución tienden a tener a su cargo funciones de mayor responsabilidad que las auxiliares de enfermería. No obstante, la diferencia entre una enfermera general y una auxiliar de enfermería radica principalmente en los alcances del programa formativo de ambos, mientras que una enfermera general tiene la opción de seguir un curso de especialización, la auxiliar de enfermería no está acreditada para esa opción.

El trabajo en hospitales ha sido considerado como intrínsecamente estresante, porque implica estar continuamente en contacto con el dolor y a menudo, con la muerte. En el caso específico de las enfermeras, se ha considerado que la naturaleza de algunas de sus tareas es desagradable, como el ocuparse de la sangre, de la orina, del vómito y del cuidado de pacientes poco dóciles, lo cual implica que la actividad misma de la enfermera sea fuente de estrés (Rojas, 1994).

Independientemente de la diversidad en el perfil de enfermería, la enfermera idealmente debe jugar un papel de sustitución en las relaciones; dentro del hospital le devuelve al paciente confianza, aceptación, interés, cuidados y todo aquello que al ser humano otorga identidad. Esta devolución, también incluye la parte educativa, correspondiente a cada caso. La enfermera pasa a ser un enlace entre el individuo y su red familiar y social, siendo las visitas y/o la estancia de un



familiar parte de la cotidianeidad del ambiente hospitalario; los familiares y amigos son personajes que se integran a la trama hospitalaria (Lartigue y Fernández, 1998).

Así entonces, la responsabilidad de brindar atención al paciente tiene alcances imperceptibles para la enfermera en su cotidianidad. Por ejemplo, la conciliación de sistemas de valores distintos de los propios, como puede ser la familia o estilo de vida del paciente, lo mismo sucede con el manejo de prejuicios personales, como puede ser el desagrado o malestar hacia algún tipo de paciente, etc., que pueden conducir a una actitud poco ética (Fuerbringer, et al., 1995). Sin embargo, actualmente las enfermeras al encontrarse en el contexto hospitalario deben tener habilidades para enfrentar las situaciones cotidianas y de emergencias, saber enfrentar las crisis, etc (OMS, 1996).

Cuando las respuestas de estrés de los individuos se producen de manera continuada en el lugar de trabajo y a causa de este “estrés laboral”, la situación se torna más preocupante porque afecta de manera considerable a la misma organización. Es cierto que no hay situaciones estresantes por sí mismas, sino que ello depende de que la persona las interprete como tales, sin embargo, existen ciertos trabajos y ciertas organizaciones en las que por determinadas circunstancias el estrés es sensiblemente mayor que en otras, por tanto presentan un componente objetivo de estrés. Dentro de las principales fuentes de estrés destacan las condiciones físicas, condiciones horarias, demandas específicas del puesto de trabajo, contenido del puesto, desempeño del rol laboral, relaciones interpersonales, variables organizacionales y situación de la empresa, y algunas otras. Las condiciones de trabajo serán adecuadas si promueven la salud física, psíquica y social de los trabajadores. Los factores psicosociales hacen referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud del trabajador como al desarrollo del trabajo (Peiró, 1986).



Debido a que existe una gran diversidad de factores estresantes, cada vez son más los autores que defienden el hecho de que médicos, enfermeros u otros, cuyo trabajo involucra la atención psicológica de otros, necesitan descargarse emocionalmente a través de un grupo de apoyo, por lo que su integración en éste se considera urgente para que haga frente a situaciones adversas y desgastantes, pues dicho trabajo requiere atención física, psicológica y espiritual a personas que tienen la incapacidad para asumir responsabilidades y desempeñar tareas (Payne y Cozens, 1987; Nichols, 1988; Sherr, 1989; Serdahely, 1992).

Así entonces, la configuración de grupos de apoyo en el ámbito hospitalario puede hacer que la enfermera se sienta beneficiada, y por tanto, puede ser esencial para asegurar un alto nivel de atención al paciente, brindar apoyo psicológico a los profesionales y prevenir su desgaste prematuro. En realidad, el grupo de apoyo tiene la finalidad de ser un buen marco para que las inquietudes y los temores surjan en las sesiones grupales, ayudando a sus miembros a reconocer síntomas incipientes de desgaste, agotamiento emocional, cansancio, irritabilidad y otros, con los compañeros y ser alentados a desarrollar habilidades para el manejo de la ansiedad y de la tensión que podrían llegar a incluir actividades físicas, adiestramiento en relajación, ampliación de las redes de apoyo social, mejora de las habilidades para administrar mejor el tiempo, etc. Finalmente, todos los miembros de un grupo de apoyo deben tener en cuenta algunos elementos que configuran su estructura, a la vez de discutirlos y aceptarlos, haciendo de este modo más fluida y dinámica la comunicación del grupo (García, 2001).

El Código Deontológico de la enfermera española, refiere al hombre como unidad biopsicosocial indisoluble, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positivamente o negativamente dependiendo de múltiples factores, que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su



grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral.

Cuando un grupo trabaja en profundidad y en el ámbito total con todos sus miembros involucrados, todos sus participantes coadyuvan a encontrar las soluciones más eficaces a los problemas planteados. La necesidad de trabajar con grupos constituidos por personas de diversas especialidades como médicos, enfermeras u otros, donde todos tienen que ver con el problema que se está estudiando y enfrentando, está sustentada en el hecho de que se incrementa considerablemente la capacidad global de trabajo del grupo para encontrar soluciones creativas y novedosas, e incrementar su efectividad, cuando todos asumen su propia responsabilidad (Vives y Taladrid, 1990).

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre enfermeras de las áreas de Cuidados Básicos y Lactancia y la presencia del Síndrome de burn-out?.

Hipótesis:

Ha: Existen diferencias estadísticamente significativas entre enfermeras de las áreas de Cuidados Básicos y Lactancia y la presencia del Síndrome de burn-out.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre enfermeras de las áreas de Cuidados Básicos y Lactancia y la presencia del Síndrome de burn-out.

Variables

Variable independiente: Comportamiento laboral en el perfil de enfermería.

Variable organísmica discreta.

Variable dependiente: Síndrome de burn-out. Variable organísmica discreta.



Indicadores

Cuidados Básicos

Lactancia

Definiciones conceptuales

Síndrome de burn-out: es la respuesta que presenta una persona como consecuencia de un desgaste físico y/o psicológico.

Rasgos del perfil de enfermería: características que posee una persona para desempeñar funciones específicas respecto al cuidado y atención del paciente en el contexto hospitalario.

Definiciones operacionales

Síndrome de burn-out: se mide a través de indicadores diagnósticos en base al instrumento SERTSE-1, el cual valora el desgaste físico y/o psicológico del perfil de enfermería.

Rasgos del perfil de enfermería: se valoran los requerimientos profesionales de enfermería en base a la documentación interna del Hospital que tipifica los perfiles de auxiliar de enfermería y enfermera general.

Enfoque de la investigación: Cuantitativo.

Diseño de la investigación: No experimental Transversal de tipo descriptivo.



Instrumento

El instrumento utilizado fue el Sertse-1 (ver Anexo 1), creado por Roberto Carmona

Martínez, Alejandra Freyre Saucedo y Diego González Sánchez, y se desarrolló en la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, en el año 2003. Este instrumento cuenta con 28 reactivos que buscan evaluar las 4 áreas relacionadas con el Síndrome de Burn-out: manifestaciones conductuales, fisiológicas, emocionales y/o afectivas y sociales. Fue aplicado a 100 sujetos, de ambos sexos y en edad productiva, en la modalidad de autoevaluación, con un nivel de medición ordinal tipo Likert.

Este instrumento cuenta con un buen grado de heterogeneidad en sus reactivos, y con una Confiabilidad interna alta (α de Cronbach .8313) y con una Confiabilidad externa media (.5904).

Fue analizado con la Técnica de interdependencia entre los reactivos para identificar áreas de varianza común y dimensiones como consecuencia de la asociación que tienen entre sí los reactivos, a fin de realizar un Análisis de validez de constructo.

Se obtuvo un Coeficiente de validez de criterio, a partir de la correlación entre los factores que conforma Sertse-1, y entre éstos y las variables consideradas en la ficha de identificación del instrumento.

Muestreo

Se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional que se compone de 12 enfermeras del Hospital de Niños Quemados de Tacubaya, 6 enfermeras pertenecientes al área de Cuidados básicos y 6 al área de Lactancia.

Procedimiento

El origen de la presente investigación surgió a partir de la poca investigación realizada en México sobre el Síndrome de burn-out.



Se realizó la revisión bibliográfica que implicó la consulta de fuentes primarias y secundarias. Una vez hecho esto, se creó un instrumento con base a la información obtenida sobre el tema.

Posteriormente, se solicitó el permiso del Hospital de Niños Quemados de Tacubaya para la aplicación del instrumento SERTSE – 1. La muestra requerida para el presente estudio corresponde a 12 enfermeras; 6 enfermeras del Área de Cuidados Básicos y 6 del Área de Lactancia.

Análisis de resultados

La siguiente tabla presenta los resultados brutos obtenidos a partir del Instrumento SERTSE – 1, a los cuales se van a aplicar la prueba de Chi 2 y probar la asociación entre las variables del estudio para valorar diferencias significativas en muestras independientes

SERTSE – 1					
LACTANCIA			CUIDADOS BÁSICOS		
Sujeto	Edad	Puntaje	Sujeto	Edad	Puntaje
1	28	44	1	43	62
2	41	20	2	33	57
3	40	44	3	51	55
4	36	39	4	40	35
5	33	17	5	43	36
6	29	21	6	37	53

- 0 – 37 Estrés normal.
- 38 – 74 Afecciones físicas y psicológicas importantes.
- 75 – 112 Síndrome de burn-out.



DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos sobre el Síndrome de burnout, se puede reafirmar que éste se encuentra presente en profesionales que trabajan con otras personas de manera directa, sobretodo al cuidado del otro, como es el caso específicos de las enfermeras, lo cual concuerda con lo descrito por Freudenberguer al descubrir el Síndrome de burnout en el año de 1974.

En el presente estudio se puede observar que la edad es un factor fundamental en la presencia del Síndrome de burnout, debido a que en ambas áreas del Hospital, las enfermeras manifiestan afecciones físicas y psicológicas importantes. Sin embargo, cabe preguntarse si en realidad el Síndrome es consecuencia de la edad de la enfermera o se debe al tiempo que lleva desempeñando sus funciones.

La población del Hospital de niños quemados de Tacubaya es pequeña, 6 enfermeras del área de Cuidados Básicos y 6 enfermeras del área de Lactancia, por lo que se recomienda abarcar más áreas del mismo para tener una visión más amplia del contexto hospitalario en el que se desenvuelve el personal de enfermería, y así saber en qué áreas se presenta el Síndrome de burnout o bien su sintomatología, con la finalidad de desarrollar un programa de prevención y/o grupos de apoyo en beneficio del personal de enfermería y consecuentemente de los pacientes.

CONCLUSIONES

A partir de la investigación realizada se puede concluir que las enfermeras de las áreas de Cuidados Básicos y Lactancia no presentan el Síndrome de burnout; sin embargo, algunas de ellas presentan sintomatología de este síndrome, que se traduce en afecciones físicas y psicológicas importantes, por lo que es necesario que se proponga la creación de grupos de apoyo social para contrarrestar de manera paulatina dicha sintomatología.

Cabe mencionar que existe una diferencia en el puntaje de cada área, ya que mientras para el área de Lactancia el promedio es de 30.83 puntos, para el área



de Cuidados básicos es de 49.67, lo cual nos indica que en ésta área existe una mayor afección física y/o psicológica en las enfermeras, quizá debido a la atención y al cuidado que ponen en los pacientes.

Por otro lado, en el área de Lactancia el mayor puntaje alcanzado es de 44, mientras que para el área de Cuidados básicos es de 62 puntos, y el mínimo alcanzado por la primera es de 17 puntos, mientras que para la segunda es de 35 puntos, siendo aún mayor que la media para el área de Lactancia. Esto nos indica que las afecciones físicas y/o psicológicas no son iguales en las áreas evaluadas, por lo que sería interesante ampliar la investigación al resto de las áreas que componen al hospital, a fin de determinar el estado de cada área, para así evaluar qué tipo de ayuda se le puede brindar a cada una de ellas. Finalmente, los resultados reflejan que el área de Cuidados Básicos es un contexto en el cual el personal está más propenso a presentar el Síndrome de burnout con respecto al área de Lactancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Adali, E., Priami, M., Evagelou, H. Et. al. (Jul-Sep 2003). Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. **The european journal of psychiatry (edición en español)**, 7 (3) 161-170.
- Agathonos-Georgopoulou, E. (1999). Burnout syndrome. **Archives of Greek Medicine**, 16 (1): 17-19.
- Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios". En **Revista Asociación Española Neuropsiquiatría**, 9 (39), 257-265.
- Aranda, C., Pando, M. y Pérez, María (Ene-Jun 2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. **Psychology and health**, 14 (1) 79-87.
- Capilla, P.R. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. **Revista Fundación (Facultad de Medicina)**, 58, 1334.



- Cherniss C. (1980). **Staff Burnout: job stress in human services**. Beverly CA: Sage.
- Cherniss C. (1985). Beyond burnout: helping teachers, nurses, therapists, and law recover from form stress and disillusionment. New York: Routledge. Código Deontológico de la enfermera española. En <http://teleline.terra.es/personal/duenas/codigo.htm>
- Coriat, B. (1992). **El taller y el cronómetro: Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa**. México: Siglo XXI, 8ª edición.
- Cronin-Stubbs, D., Brophy, E.G. (1985). Burnout: can social support save the psych nurse? **J. Psychosocial Nurs Mental Health Services**, 23, 8-13.
- Dewe, P.J. (1989). Stressor frequency, tension, tiredness and coping: some measurement issues and a comparison across nursing groups. **J. Adv. Nurs**, 14, 308-320.
- Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. **J. Adv. Nurs**, 12, 3-12.
- Firth, H., McIntree, J., McKeown, P., Britten, P. (1986). Burnout and professional depression: related concepts. **J. Adv. Nurs**, 11 663-641.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, 30 (1) 159-165.
- García, H., Alfonso. (2001). Grupos de apoyo para quienes asisten enfermos agonizantes: algunos aspectos a considerar. **Enfermería Clínica**. 5 (6).
- Gil Monte P. R., Peiró, J. M. (1997). **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). **Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**, 16 (2) 101-102.
- Gil-Monte, P. R. (2003). **El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención**. Noviembre. Disponible en línea: www.psicologiacientifica.com/articulos/ar-pgil.htm.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F., Stevenson, J.G. (1985). **Stress in organizations**. Praeger, New York.



- Hare, J., Pratt, C., Andrews, D. (1988). Predictors of burnout in professional and paraprofessional Nurses working in hospitals and nursing homes. **Int. J. Nurs. Stud**, **25** (2) 105-115.
- Landstergis, P.A. (1988) Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. **J. Organ. Behav.**, **9**, 217-239.
- Lartigue, T., Fernández, V. (1998). **Enfermería: una profesión de alto riesgo**. México. Plaza y Valdés.
- Lee, R.T. y Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlations of the three dimensions of job burnout. **Journal of Applied Psychology**, **81** (2) 123-133.
- Lewenson, N.J., Conley, y Blessing-Moore, J. (1981). Relationships of hypothetical burnout in cystic fibrosis caregivers. **Acta Pediatr**, **70**, 935-939.
- Lu, L., Shiau, C., Cooper, C.L. (1997). Occupational stress in clinical nurses. **Counseling Psychol. Quart**, **10** (1) 39-50.
- Madianos, Tsaintis, J., Zacharakis, C. (1999). Changing patterns of mental health care in Greece (1984-1996). **European Psychiatry**, **14**, 462-467.
- Mallet, K., Price, J., Jurs, S.G., Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, Death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. **Psicol. Rep.**, **68**, 1347-1359.
- Martos M., J.A. (2000). **Guía para la prevención de estrés**. *Sindicato de Enfermería (SATSE)*. Disponible en línea: <http://enfermeriaourense.galeon.com>.
- Maslach, C. (1982): **Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon**. In WS Paine (Ed): Job stress and burnout. Beverly Hills CA: Sage.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced Burnout. **Journal of occupational behavior**, **2**, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1985): Burnout research in the social services: a critique. Special issues: Burnout among social workers. **Journal of social service research**, **10** (1) 95-105.



- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986): Maslach Burnout Inventory. Manual research Edition. University of California. **Consulting Psychologist Press, 19.**
- Maslach, C. y Pines, A. (1977). The burnout syndrome in day care setting. **Child care quarterly, 62**, 100-113.
- McCarthy, P. (1985). Burnout in psychiatric nursing. **J. Adv. Nurs., 10**, 305-310.
- Melchior, A.A., Van den Berg, R., Halfens, H., Abu-Saad., H., Philipsen, H. y Gassaman, P. (1997). Burnout and the work environment of nurse in psychiatric long-stay care settings. **Soc. Psychiatry Epidemiol., 32**, 158-164.
- Newman, B.M. (1990). **The Newman systems model: A theory for practice.** In: Nursing theories in practice, Parker, M.E. editors. National League for nursing, New York.
- Nichols, K. (1988). Practising what we preach. **The Psychologist, 1 (2).**
- Organización Mundial de la Salud (1995). **Salud ocupacional para todos: estrategia mundial.** Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1996). **El ejercicio de la enfermería: Informe de un Comité de Expertos de la OMS.** Ginebra.
- Pando, M.M., Bermúdez, D., Aranda, B.C. y Pérez, C.J. (2000). El síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. **Salud y trabajo, 1 (1)**, 12-15.
- Payne, R. y Cozens, J. (1987). **Stress in Health Professionals.** Chichester: John Wiley & Sons.
- Peiró, J. M. (1986). **Desencadenantes del estrés laboral.** Madrid. Eudema.
- Pines, A.M., Kanner, A.D. (1982). Nurses' burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. **J. Psychiatr. Nurs. 20 (8)**, 30-35.
- P.S.I.S.A. (1993): **El Burnout o desgaste profesional: Estudio Empírico de los profesionales de Educación Secundaria y Bachillerato en Salamanca.** Beca financiada por Caja de Ahorros de Salamanca y Soria. Fondo Cultural Castilla y León. Salamanca.
- Rojas, A. (1994). **Relación entre ausentismo y psicopatología en un grupo de enfermeras del sector salud a través del Cuestionamiento general de**



Salud de Goldberg. Licenciatura de Psicología. Universidad Iberoamericana, México.

Serdahely, W. J. (1992). **The near-death experience and caregivers:** Helping and being helped.

Sherry, L. (1989). **Death, dying and bereavement.** Blackwell Scientific Publication. Osney Mead, Oxford.

Vives, J. y Taladrid, B. (1990). La enseñanza de la psicodinamia a estudiantes de oncología a través de un grupo operativo. **Revista Mexicana de Educación Médica, 1** (2), 94-99.

ANEXO 1

SERTSE-1

El presente cuestionario se realiza con el fin de conocer la perspectiva laboral de los trabajadores. Los resultados obtenidos por este cuestionario serán utilizados con total discreción, sin revelarse ningún dato.

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Grado de escolaridad:

Lugar donde trabaja:

Puesto que desempeña:

En el siguiente cuestionario se plantea una serie de afirmaciones a las que usted deberá responder seleccionando alguna de las opciones de las columnas dependiendo del grado de aceptación que tenga con dicha afirmación, así entonces, usted deberá responder: Totalmente de acuerdo, en el caso en el que la afirmación le parezca completamente aceptable, De acuerdo, en el caso en que la afirmación le parezca aceptable pero que tenga algunas reservas, Neutral en el caso en que la afirmación no le parezca aceptable pero tampoco inaceptable, En desacuerdo, en el caso en que la afirmación le parezca inaceptable pero con algunas reservas o Totalmente en desacuerdo, en el caso en que la afirmación le parezca completamente inaceptable. Ej:



- TA – totalmente de acuerdo
- A – de acuerdo
- N – neutral
- D – desacuerdo
- TD – totalmente en desacuerdo

	TA	A	N	D	TD
Comprendí completamente las instrucciones de esta prueba	X				

En el ejemplo se plantea una afirmación en la que la persona que ha contestado manifiesta que dicha afirmación le parece completamente aceptable. De esta manera usted debe responder a las afirmaciones que se le plantean a continuación.

ANEXO 1

SERTSE-1

	TA	A	N	D	TD
1) La mayor parte del tiempo que estoy trabajando me siento fatigado.					
2) Respondo de manera agresiva cuando alguien me interrumpe.					
3) La relación con mi familia se ha visto deteriorada por mi trabajo.					
4) Sufro de insomnio.					
5) Tengo constantemente cambios de humor.					
6) La relación con otras personas cercanas a mi y que no son de mi familia se ha visto deteriorada.					
7) Me cuesta mucho trabajo concentrarme en lo que estoy haciendo					
8) Últimamente he bajado considerablemente de peso.					
9) Puedo considerar que la calidad de mi trabajo ha disminuido.					
10) Me cuesta trabajo relacionarme con otras personas.					
11) Constantemente me duele el cuerpo.					
12) La conducta de mis compañeros de trabajo me molesta					



frecuentemente.					
13) Me cuesta mucho trabajo tomar decisiones.					
14) Últimamente he presentado problemas de salud como: palpitaciones, taquicardia o hipertensión.					
15) Me desempeño con gusto en mi trabajo.					
16) Después de terminar mi trabajo siento un sensación de insatisfacción.					
17) Me siento tenso la mayor parte del tiempo.					
18) Me siento satisfecho con mi salario.					
19) Durante mi tiempo libre realizo con regularidad algún deporte.					
20) Considero que mi trabajo es necesario.					
21) El tiempo que le dedico a mi trabajo es excesivo.					
22) Considero que el salario que recibo por mi trabajo es justo.					
23) El tiempo que descanso es suficiente.					
24) Me siento satisfecho con los logros que he obtenido					
25) Considero que soy una persona exitosa.					
26) Estoy a gusto en el lugar donde estoy trabajando.					
27) Realizo mi trabajo con gusto.					
28) Me gustaría estar trabajando en otro lugar.					

[REGRESAR A ÍNDICE](#)