

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA JUAN  
MISAE L SARACHO

FACULTAD DE HUMANIDADES

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS DE  
LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE TARIJA”**

Postulantes: Claudia Mariela Baldivieso Lema  
Ana María Murillo Dipp

Tesis presentada a consideración de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho como requisito para optar el grado académico de licenciatura en psicología.

Noviembre de 2009

Tarija – Bolivia

APROBADA POR:

Lic. Romualdo Guerrero Rojas  
**DOCENTE MATERIA**  
**ACTIVIDAD DE PROFESIONALIZACIÓN III**

Lic. Msc Bismark Gutierrez Buceta  
**DECANO**

Lic. Msc Giovanna Barrero O.  
**VICEDECANA**

Lic. Msc Javier Bladés Pacheco  
**DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA Y GENERAL**

**TRIBUNAL:**

-----

**TRIBUNAL**

-----

**TRIBUNAL**

-----

**TRIBUNAL**

El Tribunal Calificador del presente trabajo, no se solidariza con la forma, modo y expresiones vertidas en el mismo, siendo ellos, responsabilidad única de las autoras.

## **DEDICATORIA**

*Con todo mi cariño a mi familia por haberme impulsado a perseguir mis sueños.*

*A mis hijos Maya, Leandro y Milena por su paciencia y amor para con su mamá al momento de realizar ésta tesis.*

*A mi esposo por apoyarme en los momentos más difíciles*

*Gracias a todos por la ayuda y apoyo que he recibido.*

*Claudia Mariela Baldivieso Lema*

## ***AGRADECIMIENTOS***

*Mi agradecimiento a Ivar Trigo Galarza, por su colaboración incondicional y su amistad*

*Mi agradecimiento a mi hermana, mi mejor amiga.*

*Claudia Mariela Baldivieso Lema*

**El mayor descubrimiento de cualquier generación es el de que los seres humanos pueden cambiar sus vidas cambiando sus actitudes mentales.**

Albert Schweitzer

## RESUMEN

La presente investigación aborda la problemática referente al síndrome de Burnout en las enfermeras de los Hospitales San Juan de Dios y Obrero de la ciudad de Tarija.

El objetivo general es el siguiente: “Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de los Hospitales San Juan de Dios y Obrero de la ciudad de Tarija”.

Los objetivos específicos: Determinar el nivel de cansancio emocional existente en el personal de enfermería de ambos hospitales.

Determinar el grado de despersonalización existente en el personal de enfermería de ambos hospitales.

Determinar el grado de realización personal existente en el personal de enfermería de ambos hospitales.

La hipótesis principal fue la siguiente: “La prevalencia del síndrome de burnout en los Hospitales San Juan de Dios y Obrero es superior a la media encontrada en las muestras americanas” y se caracteriza por: alto cansancio emocional, alta despersonalización, bajo sentido de realización personal.

Por otro lado, en el marco teórico se abordan teorías generales acerca de la historia, definición conceptual, dimensiones, consecuencias, modelos teóricos, variables facilitadoras, proceso evolutivo y fases del síndrome de burnout.

La metodología empleada se inserta dentro del área clínica, es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, exhaustivo, teórico y científico.

La muestra corresponde a 100 enfermeras de los Hospitales San Juan de Dios y Obrero.

Los datos del diagnóstico fueron obtenidos entre los meses de abril y mayo de 2009.

Las técnicas e instrumentos utilizados para el recojo de información fueron:

El Maslach Burnout Inventory, el cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad, el test del árbol de Karl Koch, un cuestionario sociodemográfico laboral y el cuestionario de auto percepción de valoración.

Las conclusiones a las que llegaron a culminar la investigación, fueron:

Con los resultados obtenidos de los instrumentos utilizados, para la recolección de datos, podemos afirmar que se evidencia la presencia del síndrome de burnout en un nivel medio con una prevalencia del síndrome del 57% de la muestra.

El nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en los hospitales se encuentra en un nivel medio.

## INDICE

Págs.

Índice General  
Índice de Cuadros  
Índice de Gráficos  
Índice de Anexos

### 1. INTRODUCCIÓN 1

#### CAPITULO I: PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

- 1.1 Planteamiento del problema 4
- 1.2 Justificación del problema 8

#### CAPÍTULO II: DISEÑO TEÓRICO

- 2.1 Objetivos 10
  - 2.1.1 Objetivo General 10
  - 2.1.2 Objetivos Específicos 10
  - 2.1.3 Hipótesis 10

#### CAPÍTULO III: MARCO TEORICO

- 3.1 Historia del Síndrome 11
- 3.2 Definición Conceptual 12
- 3.3 Dimensiones del Síndrome 14
  - 3.3.1 Cansancio Emocional 14
  - 3.3.2 Despersonalización 15
  - 3.3.3 Realización Personal 16
- 3.4 Consecuencias del Síndrome 18
- 3.5 Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout 21
  - 3.5.1 Burnout conceptualizado desde la perspectiva clínica 22
  - 3.5.2 Burnout conceptualizado desde la perspectiva psicosocial 23
- 3.6 Variables Facilitadoras del Burnout 26
  - 3.6.1 Variables personales 27
  - 3.6.2 Variables del contexto organizacional 29
  - 3.6.3 Variables del contexto ambiental, familiar, social y Cultural 31
- 3.7 Proceso Evolutivo del Síndrome de Burnout 33
  - 3.7.1 Proceso evolutivo según Golembiewski, Munzenrider y Carter 33
  - 3.7.2 Proceso evolutivo según Leiter y Maslach 34

3.7.3 Proceso evolutivo según Leiter	35	
3.7.4 Proceso evolutivo según Lee y Ashfoth	35	3.7.5 Proceso evolutivo según Gil Monte y Peiró y Valcarcel 36
3.8 Fases del Síndrome de Burnout	38	
3.9 Síndrome de Burnout en Profesiones de Servicio	39	
3.9.1 La Enfermería	40	

## **CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO**

4.1 Diseño metodológico	41	
4.1.1 Tipificación de la investigación	41	
4.2 Población	42	
4.3 Muestra	43	
4.4 Métodos, técnicas e instrumentos	44	
4.4.1 Maslach Burnout Inventory	45	
4.4.2 Cuestionario de ansiedad de Rojas	45	
4.4.3 Cuestionario de auto percepción de valoración	46	
4.4.4 Cuestionario sociodemográfico laboral	46	
4.4.5 Test del árbol de Karl Koch	46	
4.5 Procedimiento	47	
4.6 Cronograma	50	
4.7 Operacionalización de Variables	51	

## **CAPÍTULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

5.1 Consideraciones generales	53	
5.2 Análisis descriptivo de la muestra	55	
5.3 Primer objetivo específico	57	
5.4 Segundo objetivo específico	60	
5.5 Tercer objetivo específico	65	
5.6 Objetivo general	68	
5.7 Relaciones entre burnout y variables sociodemográficas laborales	72	
5.8 Auto percepción de valoración y su relación con el síndrome de burnout	83	
5.9 Análisis de los rasgos de personalidad	89	
5.10 Valoración del nivel de ansiedad	95	
5.11 Análisis de la hipótesis	101	

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1 Conclusiones	105
7. 1 Recomendaciones	107

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**



## ÍNDICE DE CUADROS

Págs

<b>Cuadro N° 1</b>		
Muestra	43	
<b>Cuadro N° 2</b>		
Métodos, técnicas e instrumentos		44
<b>Cuadro N° 3</b>		
Análisis descriptivo de la muestra		54
<b>Cuadro N° 4</b>		
Nivel de cansancio emocional por ítems		57
<b>Cuadro N° 5</b>		
Nivel general de cansancio emocional		58
<b>Cuadro N° 6</b>		
Nivel de despersonalización por ítems		60
<b>Cuadro N° 7</b>		
Nivel general de despersonalización		61
<b>Cuadro N° 8</b>		
Nivel de realización personal por ítems		64
<b>Cuadro N° 9</b>		
Nivel general de realización personal		65
<b>Cuadro N° 10</b>		
Puntos de corte del Maslach Burnout Inventory		68
<b>Cuadro N° 11</b>		
Puntuación general de las dimensiones del síndrome		69
<b>Cuadro N° 12</b>		
Porcentaje general de los niveles del síndrome		71
<b>Cuadro N° 13</b>		
Edad	73	
<b>Cuadro N° 14</b>		
Sexo	75	
<b>Cuadro N° 15</b>		
Estado civil	76	
<b>Cuadro N° 16</b>		
Años de servicio	77	
<b>Cuadro N° 17</b>		
Horas de trabajo	78	
<b>Cuadro N° 18</b>		
Categoría profesional		79
<b>Cuadro N° 19</b>		
Área de servicio		80
<b>Cuadro N° 20</b>		
Hospital	82	
<b>Cuadro N° 21</b>		

Sentirse valorado por los pacientes	83	
<b>Cuadro N° 22</b>		
Sentirse valorado por los compañeros	84	
<b>Cuadro N° 23</b>		
Sentirse valorado por los superiores	86	
<b>Cuadro N° 24</b>		
Participación en la toma de decisiones	87	
<b>Cuadro N° 25</b>		
Deterioro familiar	88	
<b>Cuadro N° 26</b>		
Rasgos de personalidad	91	
<b>Cuadro N° 27</b>		
Rasgo de personalidad relaciones del yo y del pasado		93
<b>Cuadro N° 28</b>		
Rasgo de personalidad inestabilidad emocional		94
<b>Cuadro N° 29</b>		
Rasgo de personalidad dulzura y contacto fácil		95
<b>Cuadro N° 30</b>		
Nivel de ansiedad general	96	
<b>Cuadro N° 31</b>		
Síntomas físicos	97	
<b>Cuadro N° 32</b>		
Síntomas psíquicos	98	
<b>Cuadro N° 33</b>		
Síntomas de conducta	99	
<b>Cuadro N° 34</b>		
Síntomas intelectuales	99	
<b>Cuadro N° 35</b>		
Síntomas asertivos	100	
<b>Cuadro N° 36</b>		
Comparación de puntuaciones medias de la muestra con las muestras americanas		103

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 1</b>	Págs
Rasgos de personalidad	92

## ÍNDICE DE ANEXOS

### **ANEXO N° 1**

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory 1

### **ANEXO N° 2**

Cuestionario Sociodemográfico Laboral 2

### **ANEXO N° 3**

Cuestionario de Ansiedad de Rojas 3

### **ANEXO N° 4**

Cuestionario de Autopercepción de Valoración 8

### **ANEXO N° 5**

Cronograma 9

### **ANEXO N° 6**

Áreas de Servicio de los Hospitales 10

### **ANEXO 7**

Matriz de Datos Nivel del Síndrome de Burnout 11

### **ANEXO N° 8**

Matriz de Datos Test del Árbol 14

### **ANEXO N° 9**

Matriz de Datos Cuestionario de Autopercepción de Valoración 16

### **ANEXO N° 10**

Matriz de Datos Cuestionario Sociodemográfico Laboral 19

### **ANEXO N° 11**

Matriz de Datos Área de Servicio 24

### **ANEXO N° 12**

Técnicas de Prevención y reducción del Síndrome de Burnout 27

## INTRODUCCIÓN

La enfermería es considerada una de las profesiones más estresantes, pues afecta la salud emocional, mental y física, posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales.

Las enfermeras están en contacto permanente con el dolor, la angustia, el sufrimiento y incluso la muerte de los pacientes, pasando a ser las intermediarias entre el paciente, médico y la familia.

En ese sentido es que el personal de enfermería tiene que resolver problemas que surgen de improviso, soportando críticas y exigencias con la consiguiente sobrecarga emocional, generando estrés laboral con todas sus manifestaciones, convirtiendo su desempeño en una rutina laboral, dejando de lado la importancia que amerita la calidad de servicio integral a los pacientes.

El actuar del paciente (producto de la propia enfermedad) se vuelve más demandante, exigente e hipercrítico; convirtiendo al profesional de la salud en el blanco de sus protestas, incluso de todo el sistema sanitario. Esta situación genera e incrementa una relación hostil entre el profesional que presta el servicio y el que lo recibe; donde el servidor ha de ponerse a la defensiva, actuando con desconfianza hacia su cliente, usuario o paciente, hacia sus familiares o hacia la sociedad en general. Este continuo estado, se vive emocionalmente con culpabilidad e insatisfacción profesional.

La situación de estrés crónico se afronta con estrategias adecuadas, pero cuando éstas fallan, se produce en consecuencia el Síndrome de Burnout o de desgaste profesional como resultado del contexto laboral propio de la profesión, en interacción con las características personales de los individuos.

La expresión “burnout” se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral institucional generado específicamente en profesiones que mantienen una relación constante y directa con personas, especialmente si ésta relación es de ayuda, como profesores, policías, personal de salud, entre otras, esta expresión se utilizó por primera vez en psicología para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios.

El Síndrome de Burnout se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos cuyos componentes fueron identificados por Maslach y Jackson como: cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Para un mejor entendimiento, el presente trabajo contiene distintas partes, las cuales son fundamentales para la investigación

El Capítulo I plantea el Problema de esta Investigación. Luego se prosigue a la contextualización y justificación de la investigación que muestra la importancia de éste trabajo.

En el Capítulo II se encuentra el diseño teórico, con la presentación del problema o motivación de esta tesis; se formulan el objetivo general y los objetivos específicos y la hipótesis formulada para la presente investigación.

El Capítulo III se hace referencia al Marco Teórico, dando a conocer los postulados teóricos que sustentan la presente investigación.

En el Capítulo IV se tomó en cuenta la tipificación de la investigación mencionando el área a la cual corresponde la investigación, así como el tipo de estudio. Se describen la población y muestra con la que se trabajó, se detallan también cada uno de los instrumentos utilizados, así como el procedimiento de trabajo que se utilizó,

que explica las distintas etapas que se siguieron para su elaboración, la operacionalización de variables, denotando sus conceptos, categorías e indicadores.

El Capítulo V hace mención al análisis e interpretación de los resultados obtenidos en esta investigación, mediante la aplicación de instrumentos durante todo el proceso de acopio de los datos.

El análisis de los datos se presenta de acuerdo al orden de los objetivos específicos y objetivo general planteados, para luego cerrar el capítulo con el análisis de los resultados de la hipótesis.

En el Capítulo VI, se hallan las conclusiones a las que arribó al término del proceso de investigación, así como las recomendaciones que se desprenden de las conclusiones obtenidas.

## **I.- PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Entendemos que la enfermería tiene como misión satisfacer las necesidades , ya sea de un enfermo para su incorporación a la sociedad o de aquel aparentemente sano para evitar el deterioro de su salud; de allí que la salud del profesional de enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad laboral y el término burnout, o síndrome del quemado es la expresión patológica del individuo que se quema por el trabajo o que sufre un desgaste psicológico importante por el desempeño del mismo. Así pues, lo podemos considerar como un grado extremo de estrés laboral o, mejor dicho, como un fallo en los mecanismos adaptativos a este estrés y cuyos síntomas son: bajos niveles de realización personal y altos niveles de cansancio emocional y de despersonalización. (Maslach y Jackson, 1981)

La falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente; esa evaluación negativa afecta de forma especial la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atiende. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales

Por cansancio emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía, una sensación de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

La despersonalización puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; así, son trabajadores deshumanizados debido al endurecimiento afectivo.

Se presenta al Síndrome de Burnout como uno de los cinco problemas sanitarios más graves de la actualidad, y afirma que “los problemas mentales ocupan el tercer lugar mundial de los problemas de salud (detrás de las enfermedades infecciosas y parasitarias y los accidentes), esperándose un aumento exponencial en el futuro, poniendo en peligro las economías de los países y su productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores” (OMS 2001).

La prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional en E.E.U.U. la vulnerabilidad de la enfermeras al burnout y la relación de este síndrome con la antigüedad en la profesión, con rasgos personales que determinan una inadecuada adaptación y con la exposición a factores de estrés en la práctica de enfermería.

Los mayores índices de burnout se correlacionaban significativamente con una escasa autoestima, disforia, ansiedad, preocupación obsesiva y aislamiento (McCraine y Bandasma)

En 1997, Damián Goldvarg introduce en América Latina y especialmente en Argentina el término burnout, con profesionales de la salud, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, odontólogos y bioquímicas que atienden pacientes con VIH/SIDA.

Los resultados mostraron que el nivel mas alto lo experimentaban los médicos, seguidamente los psicólogos y el resto estaban en un nivel entre medio y bajo.

Estos resultados estaban vinculados con la angustia frente a la muerte de la población atendida, la falta de medicamentos y recursos, la ausencia de grupos de apoyo para los profesionales, la dificultad de compartir con otros colegas por el nivel de competencia y como consecuencia, el aislamiento en el trabajo (A. CABALLERO, Martín. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud atención primaria. s.l. Vol. 27, No. 05. p. 313-317.)

En la ciudad de Bogotá se realizó un estudio comparativo del Síndrome Burnout en personal de salud en el Hospital Militar, cuyo personal atienden pacientes con enfermedades crónicas, buscando así identificar los factores que precipitan el Síndrome de Burnout. Además se pretendió evaluar los recursos de afrontamiento que tiene los empleados a fin de reconocer los factores de protección y riesgo que presenta esta población.

Los resultados arrojados por esta investigación demuestran que el “personal no cumple con los criterios que indican la presencia del Síndrome de Burnout, y en cuanto a los recursos de afrontamiento las puntuaciones de la mayoría de las personas evaluadas, se ubicaron en un nivel medio, lo cual indica que la mayor parte del personal de salud tiene estrategias adecuadas (ibid., p 25.)

En el caso de nuestro país, las investigaciones son relativamente escasas, entre ellas la tesis realizada por José Brofman Epelbaum de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo” sobre el “Síndrome Burnout y Ajuste Marital en un Organismo Internacional” que no se ajusta a la a la realidad del personal asistencial de enfermería.

Este estudio ofrece una posibilidad de estudiar la prevalencia del síndrome en una población concreta dada las características y tamaño de la población.

Desde la perspectiva regional, no se han encontrado investigaciones acerca de este síndrome convirtiéndose en una necesidad determinar su prevalencia ya que desde la implementación de seguros gratuitos como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el Seguro Universal de Salud Autónomo Tarija (SUSAT) y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que han contribuido a una demanda en atenciones y tratamientos, el personal de enfermería atiende a 141.867 pacientes por año, 70 % de los partos en Tarija son atendidos por el Hospital San Juan de Dios, excediendo la capacidad física y humana\*, así como la carencia de insumos,

de personal e infraestructura adecuada por cuanto se sobre carga de trabajo, siendo de esta manera más vulnerables las enfermeras en la aparición del síndrome.

Lo expuesto anteriormente, sustenta la necesidad de que un problema de salud como el burnout deba ser estudiado, teniendo en consideración que el Síndrome de Burnout se relaciona con una variedad de problemas de salud en la esfera física, psicológica, social que comprometen la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios.

El problema científico que se plantea en esta investigación es el siguiente:

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los hospitales San Juan de Dios y Obrero de la ciudad de Tarija?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La salud juega un papel determinante en el buen funcionamiento del hombre no sólo en el ámbito personal sino también en su vida laboral. El sentirse agotado por el trabajo puede conllevar serios problemas para la salud, los que van a interferir en la calidad asistencial y en la relación enfermera-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico, disminuyendo así la eficacia de la organización.

El aporte teórico del presente trabajo proporcionará datos valiosos sobre la prevalencia, los efectos y las tres dimensiones del Síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, así también los factores asociados y los rasgos de personalidad del personal asistencial de enfermería que lo está sufriendo.

Asimismo, se pretende obtener información complementaria acerca de la presencia o ausencia de los síntomas de ansiedad, rasgos de personalidad en el personal de enfermería.

El aporte práctico se verá reflejado en los resultados obtenidos en esta investigación, que servirán de base a futuras investigaciones y como punto de partida para la elaboración de estrategias y programas de prevención de la salud ocupacional para el personal asistencial de los hospitales mencionados, dado que este síndrome es previsible.

Los resultados serán de gran utilidad para la Administración de los Hospitales, de manera de implementar programas para el mejoramiento de la salud mental de los trabajadores y la calidad de atención brindada por los mismos, con miras a generar cambios importantes enfocados en el servicio de salud.

Además, permitirá brindar un nuevo enfoque de la realidad en nuestro medio, es un estudio innovador y precursor en el ámbito planteado.

El aporte metodológico y práctico que se presenta es la creación de un cuestionario de autopercepción de valoración, un cuestionario sociodemográfico laboral y un manual de prevención de elaboración propia.

Los resultados de la presente investigación estarán al alcance de todas las personas e instituciones interesadas en ampliar y profundizar la investigación.

“La prioridad a la hora de decidir realizar el trabajo de forma compartida fue determinada por el aspecto cuantitativo de la muestra (cien enfermeras) ya que las aplicaciones de todos los instrumentos se hicieron de manera individual a cada una de las enfermeras, generando mayor rapidez y eficacia en la toma de las pruebas”.

## **II.- DISEÑO TEORICO**

### **2.1 OBJETIVOS**

#### **2.1.1 Objetivo General:**

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los Hospitales San Juan de Dios y Obrero de la ciudad de Tarija

#### **2.1.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar el nivel de cansancio emocional existente en el personal de enfermería de ambos hospitales.
- 2.- Determinar el grado de despersonalización existente en el personal de enfermería de ambos hospitales.
- 3.- Determinar el grado de realización personal existente en el personal de enfermería de ambos hospitales.

#### **2.1.3 Hipótesis**

“La prevalencia del Síndrome de Burnout en los Hospitales San Juan de Dios y Obrero es superior a la media encontrada en las muestras americanas” y se caracteriza por:

- Alto cansancio emocional
- Alta despersonalización
- Bajo sentido de realización personal.

### **III- MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se consideran como puntos importantes la historia, conceptualización, desarrollo y evolución del síndrome, así como las diferentes teorías, modelos explicativos, para luego finalizar con la problemática, rol y funciones de la enfermería en la salud y en el contexto social.

#### **3.1.- HISTORIA DEL SÍNDROME**

Se generaliza en fijar 1974 como el año de origen de estudio sobre burnout y citar al psicoanalista alemán Herbert Freudenberg como el primer autor que inició su estudio como director en la Clínica Libre de Nueva York para toxicómanos, quien observó que los voluntarios “jóvenes e idealistas” al año de empezar a trabajar sufrían en su gran mayoría una pérdida de energía, una desmotivación así como varios síntomas de ansiedad y depresión que podían llegar hasta el agotamiento (Freudenberger, 1974)

Freudenberger, estableció un diagnóstico diferencial entre la depresión y el estrés, en tanto que la depresión se caracteriza por una disminución del apetito y el deseo sexual, la culpa, el dormir excesivamente y las ideas suicidas, mientras que, la depresión asociada al burnout es temporaria, específica y localizada en un área de la vida. *“El enojo o la ira reemplazan la culpa; en tanto que el insomnio, la sobrealimentación y la hipersexualidad se diferencian de la disminución del apetito, el sueño excesivo y la disminución sexual característicos de la depresión”*

Se usaba el término burnout para significar cosas muy distintas y por lo tanto no había una base para una comunicación constructiva acerca del problema y de las soluciones posibles al mismo.

Poco después, en 1976, el síndrome se instala definitivamente en el ámbito académico a partir de los trabajos de la psicóloga Cristina Maslach, presentados

públicamente en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA). El término burnout fue retomado por ella cuando estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Esta investigadora desarrolló el modelo multidimensional del Síndrome de burnout, diseñó un instrumento para medirlo, el Maslach Burnout Inventory o MBI y continúa realizando diversos estudios relacionados con el tema (Maslach, 2003).

Más tarde, en los años 80, el fenómeno burnout es casi exclusivamente estudiado en EEUU. Gradualmente, se incorporan a su estudio países de habla inglesa como Canadá y Gran Bretaña, hasta el momento actual, podemos encontrar estudios en todo el mundo. (Soriana y Herruzo, 2005).

El Síndrome de Burnout ha sido investigado en ámbitos tan diversos como la empresa, el deporte y la familia (Maslach, 1993). Las exploraciones iniciales se realizaron en grupos de médicos y enfermeras; posteriormente se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como: psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de enfermería (Gil-Monte y Peiró, 1997).

### **3.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

El término burnout es un anglicismo utilizado, en un primer momento, por la sociedad británica como un concepto popular dentro de la jerga de los deportistas que describía una situación en la que, en contra de las expectativas de la persona, ésta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos. En castellano, su traducción literal significa "estar quemado", "Síndrome del quemado profesional" o "quemazón profesional". (Pieró, 2005)

El primero en emplear el término burnout en el año 1974, fue Freudenberguer y lo define en un primer momento como "debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos" (Freudenberger, 1974:159).

Desde una perspectiva clínica, este autor se centró en el estudio de su etiología, síntomas, curso y recomendaciones de tratamiento, representando en su manifestación clínica un estado de cansancio que resulta de trabajar demasiado intensamente y sin preocuparse de sus propias necesidades.

No existe una definición unánimemente aceptada sobre el Síndrome de Burnout, pero sí un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto, dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización.

En su delimitación conceptual, pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. La diferencia estriba en que el burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada.

Desde la perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de burnout elaborada por Maslach y Jackson (1981), define burnout "Es un Síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal,

que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. Incluye las tres dimensiones básicas descritas en la definición (Maslach y Jackson,1986)

Existen otras definiciones particulares de burnout que relacionan que el burnout es un Síndrome complejo, que muchas veces se superpone a otras enfermedades y que no es irrigando por una causa única sino, por una constelación causal.

### **3.3 DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Producto del trabajo de Maslach, hoy en día se tiene un concepto más refinado del Síndrome de Burnout contando con una buena aceptación dentro de la comunidad académica y científica. Este concepto se deriva del análisis factorial que obtuvieron Maslach y Jackson del instrumento denominado Maslach Burnout Inventory o MBI; es así que se desarrolló el modelo multidimensional del burnout, a partir de un gran número de entrevistas a trabajadores de diferentes profesiones, cuyo enfoque central fue la relación entre usuario y la persona que brinda el servicio.

Nuestro estudio parte de la definición de estos autores, que entienden que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal.

#### **3.3.1- Cansancio Emocional**

El cansancio emocional se describe como la fatiga o la falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida en que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Cordes y Dougherty, 1983).

Según Maslach y Leiter (1997) las personas se sentirán desgastadas e incapaces de recuperarse. Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía, como si no

hubieran dormido en absoluto. Este cuadro sería la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo.

Pese a que en un comienzo se define el síntoma en términos puramente emocionales, en 1997, Maslach y Leiter, amplían su definición incluyendo el agotamiento físico al emocional, dado que se ha observado que se manifiesta tanto en la salud mental como física del individuo.

El cansancio no es simplemente experimentado, sino que gatilla en las personas la necesidad de realizar acciones para distanciarse emocional y cognitivamente del trabajo, presumiblemente como una forma de lidiar con la sobrecarga. En el caso de trabajos como la enfermería que tienen que ver con el servicio a personas, las demandas emocionales pueden minar la capacidad de la persona para involucrarse y ser responsivos a las necesidades particulares de las personas que atiende (Maslach y otros 2001).

### **3.3.2.- Despersonalización**

La dimensión de despersonalización o cinismo, da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad ante las personas que se atiende y ante los colegas en el trabajo.

Ésto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, en etiquetas despectivas para calificar a otros y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Cordes1993, Maslach 2001).

Esta dimensión alude al intento de las personas que proveen el servicio a otros de poner distancia entre sí misma y el que recibe el servicio, ignorando activamente las

cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos y comprometidos con las personas (Maslach y otros 2001).

Se refiere a la deshumanización del individuo, éste se torna cínico en cuanto a sus sentimientos hacia los pacientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal.

Maslach y Leiter (1997) agregan que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento con un trabajo que percibe como muy demandante. Por ejemplo, puede emplear un lenguaje denigrante y descalificador para referirse a los pacientes. Asimismo desarrolla actitudes rígidas y burocráticas, es decir se guía “estrictamente por la reglas“, aunque no aporte a la solución del problema, de modo que evita involucrarse personalmente con las dificultades de las personas a las que brinda el servicio.

Cabe recalcar que el término despersonalización no se debe confundir con el trastorno de despersonalización, que se caracteriza por sentimientos persistentes o recurrentes de estar separado del propio cuerpo o de sus procesos mentales y que puede ser un síntoma de otros trastornos psiquiátricos

### **3.3.3.- Realización Personal**

Existe un sentimiento de inadecuación e incompetencia personal que se traduce en respuestas negativas de estos profesionales en su auto evaluación para trabajar.

Afecta la habilidad en la relación del trabajo y relación con las personas que atiende, hay baja productividad y autoestima e incapacidad para tolerar la presión. Se

considera relacionado a una falta de adecuación de la realidad con las expectativas del sujeto. (McKnigh- JD, Glass-DC, 1995, Maslach, 2001).

La falta de realización personal es la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y baja autoestima.

Generalmente, afecta al rendimiento laboral, sobre la base de una auto evaluación negativa, a veces encubierta con una actitud de “omnipotencia” que hace redoblar los esfuerzos aparentando interés y dedicación aún mayores, que, a la larga, profundizan el grado de burnout.

En cuanto a la definición de sus dimensiones Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) plantean que:

- El componente de estar cansado emocionalmente representa la dimensión básica e individual del estrés en el Síndrome de Burnout.
- El componente de Despersonalización o Cinismo representa la dimensión del contexto interpersonal del Síndrome de Burnout.
- El componente de Realización Personal en el trabajo se refiere a la auto evaluación del Síndrome de Burnout.

Este modelo va más allá del concepto unidimensional del estrés (cuando el individuo se siente exhausto) ya que particularmente la dimensión de la despersonalización no se encuentra en la literatura relacionada con el estrés y representa la característica básica del Síndrome. El cansancio emocional representa la respuesta básica al estrés que se estudia en otras investigaciones sobre este padecimiento y muestra la correlación positiva esperada entre las demandas que la carga de trabajo le impone al individuo y las respuestas relacionadas con el estrés, aunque el cansancio emocional es uno de los criterios necesarios para definir el burnout, no quiere decir que sea suficiente.

En las investigaciones del Síndrome, el cansancio emocional se encuentra consistentemente relacionado con la dimensión de despersonalización en un gran número de organizaciones y diferentes grupos activos (Maslach, 2003).

Las tres dimensiones del burnout se relacionan con variables encontradas en el lugar de trabajo de diferente manera. El cansancio emocional y la despersonalización tienden a surgir a partir de la presencia de la sobrecarga de trabajo y de los conflictos sociales, mientras que la falta de realización personal se desarrolla más claramente a partir de la falta de recursos para realizar el trabajo, por ejemplo: falta de información crítica, falta de herramientas necesarias o por falta de tiempo. Las diferentes combinaciones de las tres dimensiones provocan diferentes patrones en el ambiente laboral y el riesgo de sufrir el burnout.

Sin embargo, estas dimensiones no surgen de un modelo conceptual previo, sino del análisis psicométrico de los factores incluidos en el instrumento de evaluación de Burnout, creado por las autoras Maslach y Jackson, y a las que se añadiría un conjunto de síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

El impacto conceptual del modelo de Maslach se encuentra en la dimensión de despersonalización, visto desde el contexto interpersonal, ya que el individuo que padece el Síndrome responde a las personas negativamente de manera excesiva y se aleja de las situaciones laborales estresantes.

Hay consenso en que estas tres dimensiones son los constituyentes básicos del burnout aunque se ofrecen diferentes modelos para explicar sus ínter vínculos.

### **3.4 CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

En este apartado, ponemos en manifiesto que la descripción de las consecuencias del burnout se dificulta bastante, ya que nos encontramos con un solapamiento continuo

entre el burnout y otros fenómenos con entidad propia (insatisfacción laboral, depresión, por ejemplo), tropezándonos con el obstáculo de que las consecuencias específicas del burnout, en muchos casos, son similares a las recogidas como propias de otros trastornos, resultando redundante su identificación.

Existe una gran ambigüedad terminológica, pues los trabajos utilizan conceptos distintos, así, unos hablan de consecuencias del burnout, otros de efectos, manifestaciones, síntomas asociados, lo que dificulta la comparación de las investigaciones.

Desde Freudenberger hasta la actualidad, varios autores han descrito los síntomas que presenta la persona con Síndrome de Burnout, es así que nosotras realizamos una revisión de los trabajos publicados donde los síntomas los que podemos agrupar en cuatro categorías:

#### **a) Síntomas Físicos**

Como cansancio, fatiga desproporcionada, trastornos del sueño y malestar general, cefaleas, contracturas y algias osteomusculares, alteraciones de la digestión y/o gastrointestinales, taquicardia, hipertensión, etc. Aclaremos que a diferencia de un estrés puro, el burnout siempre está asociado a sentimientos de desvalorización y fracaso.

#### **b) Síntomas Emocionales y Mentales**

Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal y comportamientos paranoides y /o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia.

#### **c) Síntomas Conductuales**

Deficiente comunicación, predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, trastornos en más o en menos del apetito y la ingesta, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los clientes y compañeros, y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia. (CASAS, Miguel. Madrid, 2002,3p)

#### **d) Síntomas Defensivos**

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 que no tengan que ver con el trato con los pacientes. También pueden utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable o el uso del cinismo o el menosprecio hacia aquellas personas para las que se trabaja (Pérez Urdaiz Antonio,1999)

Las alteraciones físicas son las mayormente percibidas por el individuo que las sufre y las que causan un mayor impacto sobre su calidad de vida. Los síntomas actitudinales, emocionales y conductuales, son los que más afectan las relaciones interpersonales y son mayormente percibidos por las personas del entorno.

Estos síntomas presentados no sólo producen consecuencias en el plano físico e interpersonal de la persona afectada, sino que también tiene repercusiones directas sobre la organización para la cual trabaja. Uno de los indicadores más clásicos es la baja satisfacción laboral. Una baja satisfacción laboral se traduce en un deterioro de la calidad de servicio que el trabajador ofrece. Ésto se observa muchas veces bajo la forma de desconexión psicológica del profesional, que evita hacer contacto visual con las personas

que atiende, habla como si ellas no estuvieran presentes, contesta con palabras ininteligibles o con gruñidos, etc.

Las consecuencias a nivel organizacional acarrear generalmente grandes costos económicos para la organización. Entre las consecuencias más importantes que repercuten sobre los objetivos y resultados de las organizaciones, cabe citar la satisfacción laboral disminuida, el absentismo laboral elevado, la propensión al abandono del puesto, baja implicación laboral, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y el aumento de accidentes laborales.

Las consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad.

A nivel familiar, se puede observar también que disminuye marcadamente su margen de tolerancia hacia la familia, por lo cual tendrá mayor tendencia a reaccionar de forma inadecuada ante la pareja o hijos. También le será más difícil encontrar motivos de alegría, estar dispuesto a la diversión o encontrar momentos de relajación, ya que su nivel de ansiedad lo hacen proclive a la depresión y al desgano.

En diferentes estudios, los sujetos que experimentan sentimientos de quemarse por el trabajo han indicado que tienen un gran número de problemas familiares. Estas afirmaciones han sido confirmadas por sus parejas. De forma empírica aparecen altas puntuaciones en las escalas del Maslach Burnout Inventory se asocian significativamente con un mayor número de tensiones en el entorno familiar tanto de carácter emocional como conductual.

### **3.5 MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Desde la aparición del burnout como constructo psicológico han surgido diversas propuestas explicativas que se han materializado en diferentes modelos de relación

entre las variables implicadas en el burnout. En este sentido, los investigadores han asumido que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla secuencialmente, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que proponen, así tanto en su orden o en su grado de importancia a la hora de explicar el resultado final, como en las estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo (Guerrero y Vicente, 2001).

Gil Monte Peiró ha insistido, a través de sus estudios en la necesidad de que el síndrome sea definido a partir de modelos teóricos que puedan explicar la etiología del burnout. Ésto es, que sean capaces de agrupar algunas variables consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y que finalmente lleguen a explicar el proceso de cómo los individuos llegan a sentirse quemados.

Hay dos perspectivas que explican el síndrome, éstos son la clínica y la psicosocial.

### **3.5.1 Burnout Conceptualizado desde la Perspectiva Clínica**

Esta perspectiva considera al burnout como un estado, producto de un fenómeno intrapsíquico derivado de una predisposición de la personalidad y que tendría un gatillante externo que sería el estrés laboral (Pines y otros 1988).

El modelo de Freudenberger en 1980 plantea que los profesionales excesivamente dedicados, que utilizan su trabajo como sustituto para la vida social y creen que son imprescindibles, podrían ser más propensos a presentar el síndrome. La razón que subyacería es que las personas miden su autoestima basándose en cuán importantes son o se perciben en el trabajo en situaciones exigentes, en donde no son capaces de responder a las demandas, por lo que se les desencadenaría el burnout.

A pesar de que hay personas que apoyan todavía este modelo actualmente, se ha encontrado más evidencia que soporte a teorías de carácter psicosocial e interaccionista, explicada a continuación (Burisch, 2002)

### **3.5.2 Burnout Conceptualizado desde una Perspectiva Psicosocial**

Esta perspectiva considera al Síndrome como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas (Grau 1988).

En la actualidad se reconocen cuatro modelos principales para la aparición del Síndrome de Burnout (Gil Monte, 2001):

#### **a) Teoría Psicodinámica y Existencialistas**

Dentro de esta perspectiva, se destaca Pines 2002 que desarrolla su modelo tomando conceptos psicodinámicos e existencialistas. Señala que las personas sienten la necesidad de creer que su vida es significativa, así como las cosas que hacen y por lo tanto ellos mismos serían importantes y significativos.

Cuando el trabajo no logra satisfacer dichas necesidades de actualización personal, no permitiendo el logro de metas y el desarrollo de las máximas potencialidades, las personas son muy vulnerables a padecer burnout.

Desde esta lógica, la elección del trabajo es una variable muy relevante, dado que aporta un sentido existencial a la vida. Es allí cuando se integra la teoría psicodinámica, para explicar los mecanismos inconcientes de la elección de la carrera. Esta asume que, a excepción de situaciones de gran escasez o esclavitud, las personas eligen según determinantes concientes o inconcientes.

Los determinantes inconscientes de cualquier elección vocacional responderían a la historia personal y familiar del individuo.

El burnout definido en estos términos, presenta síntomas de desesperanza aprendida, desamparo, desesperación, disminución del entusiasmo, irritabilidad y autoestima baja.

Cabe señalar que ninguno de los síntomas ocurre a causa de la sola interrelación de la persona en el contexto del trabajo, por lo que Shirom y Shmuel (2002) catalogan esta conceptualización como unidimensional, dado que no integra otros elementos importantes que según la evidencia empírica también inciden en la generación del burnout.

#### **b) Teoría Sociocognitiva del Yo.**

Se caracteriza por otorgar a las variables del self (auto eficacia, auto confianza, auto concepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción.

Dentro de esta teoría, destacan los modelos de Competencia Social, según Harrinson (1983): la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo.

A esta motivación le pueden surgir factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el Síndrome de Burnout. (Ortega Ruiz y López Rios. “Burnout en Profesionales Sanitarios Int J Clin Health Psicol.”, Vol. 4, N° 1)

El modelo de Chemiss, quien señala tres niveles en lo que a causas se refiere: nivel social, burocracia y expectativas poco realistas.

### **c) Teoría del Intercambio Social.**

Proponen que el Síndrome de quemarse tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización, cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo cuando no pueden resolver ni adaptarse a esta situación, desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

### **d) Teoría Organizacional.**

Incluyen como antecedentes del Síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional.

Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse, son claves para este modelo teórico.

Hemos visto de manera general las premisas teóricas de los modelos, pero dentro de cada una de ellas existen autores que han propuesto su propia secuencia del proceso de burnout.

Harrison (1983), que mantiene una perspectiva **sociocognitiva**, entiende que los sujetos que trabajan en profesiones de servicios de ayuda tienen un sentimiento elevado de altruismo y que en su entorno laboral encuentran una serie de circunstancias a las que califica como factores de ayuda, cuando facilitan la actividad, o factores barrera, cuando la dificultan.

Otra visión a considerar es la que parte de los principios teóricos de la **teoría de la equidad** o de la teoría de la conservación de recursos. La etiología del burnout radica en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando de manera continuada, los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de burnout o quemarse por el trabajo.

### **3.6 VARIABLES FACILITADORAS DEL BURNOUT**

Nuestro trabajo que trata de analizar de forma específica la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería, requiere determinar los grupos de variables más relevantes asociadas al síndrome. No obstante, somos conscientes de que no es fácil recoger las innumerables relaciones significativas que se han encontrado entre el burnout y otras variables, ya que cada profesión presenta una configuración distinta de factores relacionados al síndrome.

Shaufeli (1990) recoge más de 100 variables asociadas al burnout. Blostein, Eldrige, Kilty y Richardson (1985); y Nagy y Nagy (1992) señalan más de 40 en sus revisiones.

Constatamos una tremenda ambigüedad y problemas de definición en los términos utilizados en distintos estudios. Se utilizan conceptos como antecedentes, facilitadores, moduladores, predictores, fuentes de estrés laboral asistencial o causas del burnout. Ante esta situación, no se pueden formalizar afirmaciones concretas de relación causa efecto entre variables y el Síndrome de Burnout, de ahí que utilizáramos el epígrafe de facilitador del burnout para referirnos a las variables más comúnmente relacionadas significativamente al síndrome.

En la revisión efectuada el registro de variables relacionadas con el burnout es muy amplio. Nosotros recogemos aquí solo algunas que consideramos importantes en la descripción y predicción del síndrome ordenadas en los siguientes grupos:

- Variables personales
- Variables de contexto organizacional
- Variables en el contexto ambiental, familiar, social y cultural
- Variables específicas de los trabajadores en el área de enfermería.

### **3.6.1 Variables Personales**

Las variables personales consideradas en los estudios sobre burnout y que son tomadas en cuenta para esta investigación son: sexo, la edad, el estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad.

- **El Sexo**

Las mujeres constituirían el grupo más vulnerable, en este caso de los profesionales de la salud, por razones diferentes como podrían ser: la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. (Barría, 2002) Además, la mujer presentan puntuaciones más elevadas en la dimensión de cansancio emocional, pero más bajo en reducida realización personal Maslach y Jackson (1986).

- **El Estado civil**

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 En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables; la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales.

- **La Personalidad**

Las características de personalidad, a nivel del individuo, van a ser una variable a considerar con relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de “quemarse”. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, en un amplio segmento de la enfermería, les llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y entienden como un reto personal la solución de los problemas de éstos, por lo que se sentirán culpables de los fallos propios y ajenos, lo que redundará en sentimientos de baja realización personal en el trabajo. Si la enfermera no encuentra

estrategias de afrontamiento efectivas, puede generar sentimientos de frustración e incluso culpar al usuario del fracaso personal.

### **3.6.2 Variables del contexto organizacional**

Las variables organizacionales tomadas en consideración para este estudio sobre burnout son la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional lo que ellos dan (Gil-Monte, 2001). Por otro lado, el apoyo social mantendría, en el caso del burnout, su efecto de amortiguador de las consecuencias del estrés que ha sido establecido para otros tipos de estrés (Cohen y Ashby, 1985; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; Gil-Monte y Peiró, 1996; Iverson, Olekaslins y Erwin, 1998, Koniarek y Durek, 1996).

Cabe considerar que otra variable que se propone, es la socialización laboral, es la que implica el proceso mediante el cual el nuevo miembro (de una organización) aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organizaciones.

Se observa que el síndrome de quemarse por el trabajo se contagia entre los profesionales a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de sociabilización laboral. (Peiró, 1986: 347)

Otros aspectos que han sido relacionados en estudios con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato área de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un área de servicio donde el impacto emocional es alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología (Gil-Monte y Peiró, 1997). Turnipseed (1994)

investiga sobre la relación entre el Burnout y el ambiente de trabajo e identifica la influencia de diversas variables psicosociales (cohesión entre los compañeros, estructura de la organización, comunicación y presión en el trabajo) que contribuyen al síndrome de estar quemado. (Ortega Ruiz Cristina, El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas).

- **La Turnicidad laboral** Entre los estudios que demuestran los efectos de la turnicidad sobre la salud de los trabajadores, cabe destacar el de Corlett, 1989, (3), que señala como la turnicidad afecta a:
  1. Alteraciones del equilibrio biológico: problemas de sueño, trastornos gastrointestinales, trastornos nerviosos relacionados con la fatiga, etc.
  2. Alteraciones en los hábitos alimenticios.
  3. Alteraciones del sueño
  4. Alteraciones de la vida social.
  5. Incidencia en la actividad profesional: descenso en el rendimiento del trabajo, descenso en la seguridad, etc.
  
- **Participación en la toma de decisiones** Esta participación condiciona aspectos tales como seguridad personal, responsabilidad, realización personal, ya que permite al individuo tomar decisiones que van a tener una repercusión en el trabajo. (1989) Esta variable se da en las tituladas de enfermería que son designadas como encargadas del área correspondiente.
  
- **Sobrecarga laboral** Este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Segundo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores.

- **Recompensas** La falta de recompensas (tanto las económicas como las sociales, consecuentes a un trabajo bien realizado, o a una trayectoria profesional relevante) predicen la aparición del burnout, aunque no queda claro en la literatura. (Barría, 2002)

### 3.6.3 Variables en el contexto ambiental, familiar, social y cultural

- **Relaciones con los compañeros** Dichas relaciones son decisivas en la dinámica que se genera y, por tanto, en cuanto al clima laboral resultante. Sandoval (1993) plantea que cuanto más aversivo es este clima, más probabilidad hay de que aparezca burnout. Sarros (1988b) precisa que esto ocurrirá, pero principalmente con la dimensión despersonalización.
- **Problemas familiares** El hecho de que ocurran problemas familiares que estén distorsionando el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a la persona a sufrir burnout según Leiter (1992a).
- **Recursos de Afrontamiento familiares** Leiter (1990) plantea que cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento. Estos recursos de afrontamiento son independientes de los que puede poseer el individuo en su contexto laboral.
- **Apoyo social** Este factor está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, en relación a su desempeño laboral y las circunstancias que su trabajo le deparan. A menor apoyo social, más posibilidades de padecer el síndrome. Las relaciones familiares y/o de pareja positivas confieren a la persona cierta inmunidad a padecer el burnout.

- **Relaciones interpersonales** Son las relaciones mantenidas con familiares y amigos, fundamentalmente, que condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no. Conforme aparecen ambientes más aversivos aumenta la frecuencia de padecer burnout (Friesen y Sarros, 1987). Sarros (1988b), indica que es especialmente en la dimensión despersonalización donde más se aprecia esta variable.
- **Actitudes de familiares y amigos** Está muy condicionada por las relaciones interpersonales, pero en este caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona. Ante actitudes más aversivas más burnout (Friesen y Sarros, 1987; Sarros, 1988b).

Las variables ambientales se han considerado en algunos estudios, aunque el número de investigaciones ha sido menor. Parece claro que la relación que un individuo mantiene con los miembros relevantes de su entorno (familiares y amigos, básicamente), el apoyo afectivo y social que reciben de estas personas, las actitudes que el individuo percibe de los demás, entre otras circunstancias, son variables que pueden ocasionar situaciones suficientemente aversivas y, por tanto, potencialmente generadoras de burnout.

Un último aspecto a resaltar es el que hace referencia a la mutua influencia que las tres categorías de variables mantienen en el origen del fenómeno burnout. Prácticamente ningún trabajo cuestiona que, para comprender la complejidad del síndrome, hay que pensar con una perspectiva amplia de posibles predictores. En este sentido, la conjunción de una confluencia de variables organizacionales, ambientales y personales parece una premisa aceptada por la mayoría de autores.

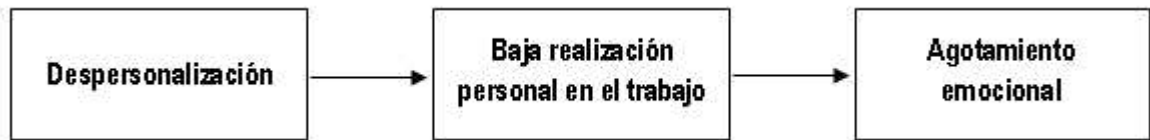
### **3.7 PROCESO EVOLUTIVO DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Maslach (2001) concluye que no existe acuerdo sobre la evolución del síndrome, y que de acuerdo con las investigaciones de Golembieswski y Munzenrider (1998) existen ocho posibles combinaciones para el Síndrome de Burnout, siendo la primera fase la despersonalización, luego el reducido logro personal y finalmente el cansancio emocional. Una segunda, alternativa es que las dimensiones se desarrollen simultáneamente, pero en forma independiente.

Entre los estudios que abordan el Síndrome de Burnout desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias al considerar el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (baja realización personal en el trabajo, cansancio emocional y despersonalización). Las diferencias radican en el síntoma que presentan como primera respuesta al estrés percibido, en la secuencia de progreso del Síndrome a través de los diferentes síntomas, y en la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto en el proceso de quemarse. Establecer el desarrollo correcto del proceso de quemarse es necesario para su identificación y prevención, así como para poder desarrollar estrategias adecuadas de intervención.

#### **3.7.1 Proceso evolutivo según Golembiewski, Munzenrider y Carter**

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) el proceso hacia el burnout inicia su desarrollo con actitudes de despersonalización, como mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés; posteriormente, los trabajadores experimentan baja realización personal en el trabajo y por último surge el cansancio emocional. Entienden, pues, que la dimensión que mejor describe y predice la aparición del burnout es la despersonalización, seguida de la baja realización personal y, por último el cansancio emocional.



### 3.7.2 Proceso evolutivo según Leiter y Maslach

Para Leiter y Maslach (1988), como consecuencia de los estresores laborales, los trabajadores desarrollan sentimientos de cansancio emocional que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender, y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal y disminuye su realización personal en el trabajo.

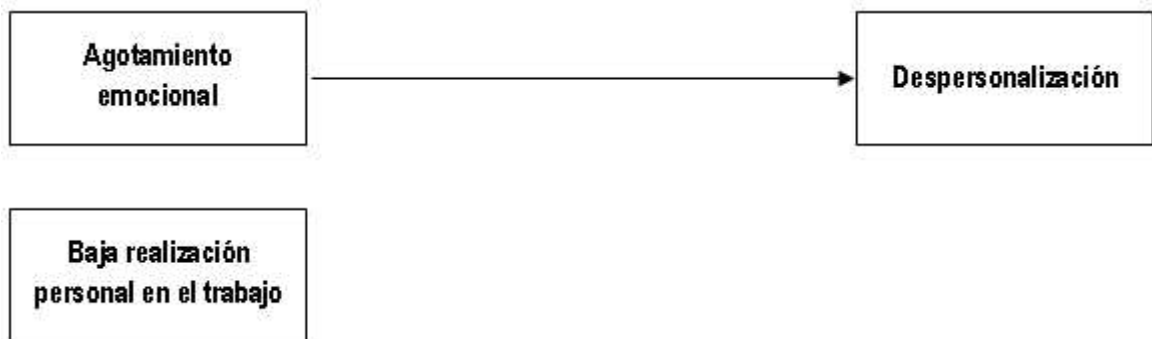
El cansancio emocional sería la dimensión fundamental del burnout, a la que seguiría despersonalización y, posteriormente, la reducida realización personal. El cansancio emocional, por tanto, sería la dimensión que ocasionaría la baja realización personal, estando este proceso mediatizado por despersonalización. Este proceso vendrá determinado por las interacciones que cada dimensión mantenga con los diversos componentes organizacionales: competencia (fomento de habilidades y afrontamiento efectivo), autonomía y participación en la toma de decisiones, colegiación (apoyo del supervisor y de los compañeros), y cooperación con el cliente.

Según este autor, el cansancio emocional sería lo que sentiría un trabajador con burnout y, por tanto, la dimensión que pondría en marcha el Síndrome, siendo la baja realización personal la que daría lugar a las consecuencias observables del burnout como el absentismo, la rotación de puestos, el abandono del trabajo, etc.), mediatizadas por la despersonalización.



### 3.7.3 Proceso evolutivo según Leiter

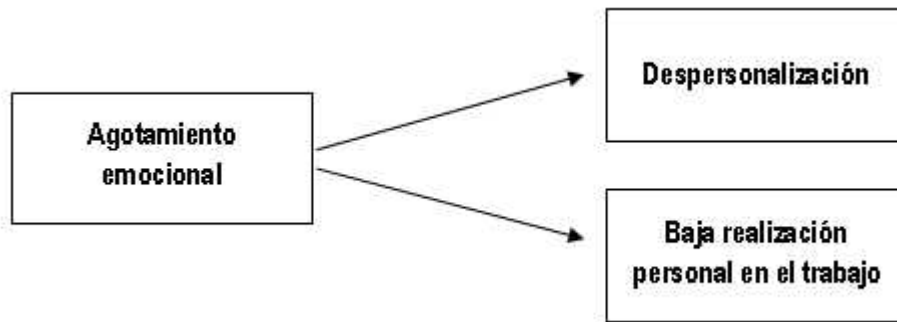
Leiter (1993) mantiene que su modelo es perfectamente compatible con el desarrollo teórico sobre las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman, y señala que el cansancio emocional sobreviene como respuesta del trabajador a los estresores laborales y cuando se hace crónico desarrollan actitudes de despersonalización. Los sentimientos de despersonalización no median en la relación de cansancio emocional y realización personal en el trabajo, por el contrario, considera que los estresores laborales, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades de carrera generan los sentimientos de baja realización personal en el trabajo



### 3.7.4 Proceso evolutivo según Lee y Ashfoth

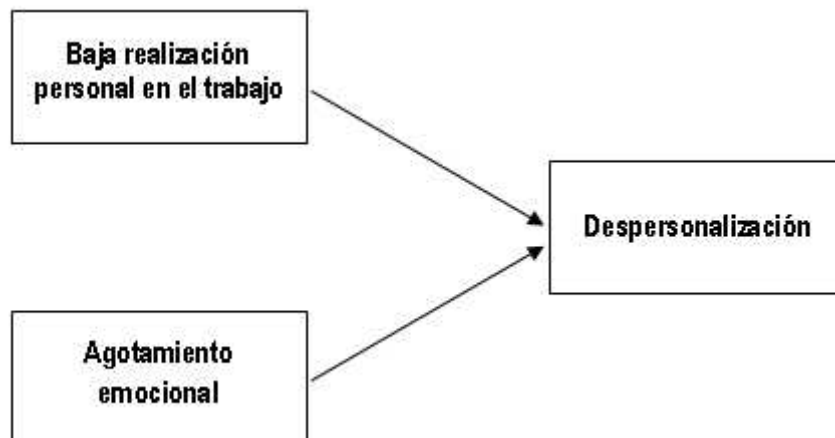
Lee y Ashfoth (1993) subrayan que tanto la despersonalización como la baja realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de cansancio emocional.

Plantean que los modelos de Leiter y Maslach y Golembieswki, Munzenrider y Carter coinciden en que la reducida realización personal está afectada por la despersonalización y ven el burnout como un proceso que se va desarrollando. Por tanto, la clave sería comprobar si el cansancio emocional es el final o el inicio del proceso, lo cual es muy importante, porque de este aspecto depende la línea de prevención e intervención en el burnout.



### 3.7.5 Proceso evolutivo según Gil-Monte, Peiró y Valcarcel

Para Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), el proceso de burnout comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y paralelamente un alto nivel de cansancio emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización.

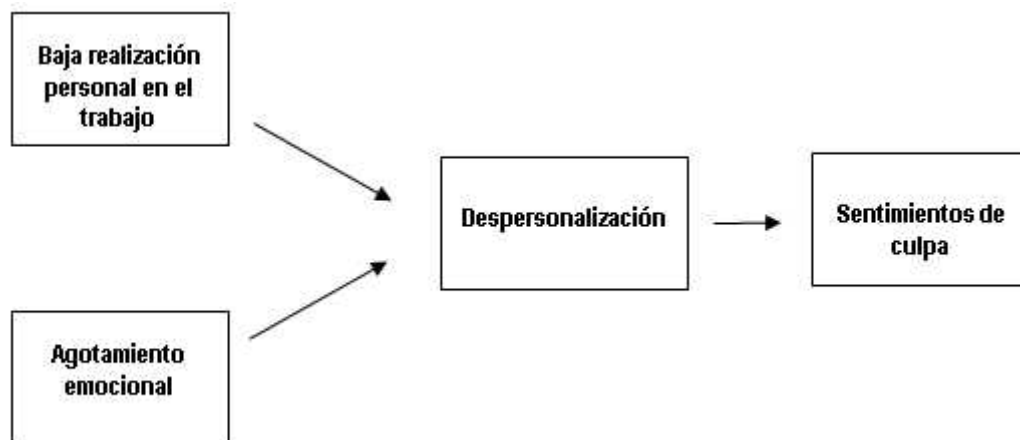


Más tarde se incorpora el sentimiento de culpa en el proceso de burnout. Es posible identificar dos perfiles en la evolución del burnout: uno, caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran burnout, se pueden adaptar al entorno laboral, por lo que el Síndrome no resulta incapacitante

para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios, pacientes, clientes, etc. y para la organización.

Otro incorpora la aparición de sentimientos de culpa como un síntoma más del burnout. La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso del Burnout que intensifica sus síntomas y lo hace perverso. Los sentimientos de culpa llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian se incrementará la baja realización personal en el trabajo y el cansancio emocional y aparecerá de nuevo la despersonalización.

Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa o intensificará los existentes originando un bucle que mantendrá o incrementará la intensidad del burnout (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte, 2007). De esta manera a medio o largo plazo se producirá un deterioro de la salud del trabajador.



### 3.8 FASES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Para Edelwich y Brodsky hay 4 etapas fácilmente identificables en el desarrollo del síndrome:

- a) Fase de entusiasmo cuando el trabajo inicialmente se experimenta como algo estimulante. Esta dada por un inicio idealista del trabajo, con motivación y expectativas, sin límites de sacrificio. El riesgo en esta etapa es la de una sobre- identificación con el enfermo y el gasto excesivo e ineficaz de energía.
- b) Fase de estancamiento cuando se comienzan a plantear dudas acerca del trabajo, del esfuerzo, de si vale la pena... las expectativas iniciales se oscurecen, los objetivos ya no son tan claros y comenzamos a aislarnos y a interpretar negativamente las propuestas. Aparecen los primeros síntomas (dolores de cabeza, estomacales, aburrimiento). Hay un enlentecimiento de la actividad frente al desequilibrio entre lo ofrecido y la recompensa recibida.
- c) Fase de frustración como primera manifestación de burnout, que se expresa al dejar la persona de participar tan activamente como acostumbraba, aparecen los cuestionamientos más profundos y el inicio de la desmotivación. Aquí las herramientas de la organización y las personales hacen que o bien salvemos positivamente la situación (recobremos la ilusión por nuevos proyectos, las motivaciones, o cambiemos hacia un trabajo con mejores perspectivas...) o se entra en una etapa donde los problemas psicosomáticos se van cronificando, y se va adoptando una actitud irritable, de paso del tiempo, dudas, inadecuación con las tareas.
- d) Fase de apatía observada en el retiro absoluto del individuo (mecanismo de defensa para evitar el daño emocional) producto de episodios sucesivos de frustración y desilusión. Es aquí que aparecen agotamiento emocional,

desinterés, alejamiento, cinismo, etc. o bien se resigna uno a cambiar las cosas, o entra en una etapa de no saber decir que no, de cinismo ante los clientes; comienzan las bajas laborales.

### **3.9 SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONES DE SERVICIO**

En términos generales se ha manifestado que las profesiones asistenciales son las de más alto riesgo presentan a padecer burnout (Maslach y Jackson, 1981).

Cuanto más intensas son las relaciones interpersonales con los usuarios de los servicios mayor es el riesgo de padecer el síndrome.

Silverstein (1986) recoge hasta 25 campos profesionales distintos en lo que se encuentran trabajadores que padecen burnout.

El síndrome se ha investigado especialmente en el ámbito de las profesiones relacionadas con la salud. Dentro de este campo, el área de enfermería ha generado una gran cantidad de investigaciones importantes ya que su objetivo de trabajo es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades de los pacientes, y se caracteriza por el contacto directo con las personas a las que destinan su trabajo (Maslach y Jackson, 1984, García-Izquierdo, 1991; Lloret, Gonzáles y Peiró, 1995).

#### **3.9.1 La Enfermería**

Según Gil-Monte y Peiró (1997), el rol de enfermería genera bastante incertidumbre, ya que los profesionales experimentan dudas con relativa frecuencia sobre hasta qué punto deben implicarse con los pacientes, sobre como tratar sus problemas, e inseguridad sobre si están haciendo las cosas de manera adecuada. Por otro lado, los

pacientes, al igual que la familia, suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta recompensante.

El personal de enfermería en su actuar diario debe dirigir sus esfuerzos a establecer una relación cargada de humanismo y sensibilidad con sus pacientes, para ganar su confianza, afianzado en el trabajo de equipo, en el que se manifieste el conocimiento del enfermero en su lucha por mejorar la condición humana.

Es por esto que la presencia de esta alteración en la salud como es el Síndrome de burnout en los trabajadores de enfermería constituye un verdadero obstáculo para el sistema de salud departamental y nacional. Este proceso de deterioro de la salud del enfermero, lleva implícita una disminución en la calidad de la atención brindada a la población.

Es necesario trabajar en el mejoramiento de la conciencia y la disposición colectiva para enfrentar el problema con un enfoque holístico de los factores de riesgo implícitos en esta actividad.

La enfermera de salud pública, cumple un rol vital y trascendental en el quehacer sanitario actuando de manera importante en lo que hoy se conoce como la medicina del futuro, es decir los cuidados de la vida y la salud.

## **IV DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El área a la que corresponde esta investigación es la psicología clínica que se encarga de la investigación, la evaluación, el diagnóstico, tratamiento de problemas, trastornos psicológicos de conductas anormales de todas las cuestiones que afectan a la salud mental, ya que se trata de una rama de la psicología que atiende las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas.

Según el problema propuesto y los objetivos planteados el tipo de investigación que se realizó, determina un estudio descriptivo, de corte transversal, exhaustivo, teórico y científico.

Se considera descriptivo porque pretendió describir las características del síndrome y medir sus dimensiones sin ningún tipo de intervención directa sobre ellas por parte del investigador, además de indicar si se da la prevalencia o ausencia de un fenómeno, en quienes, dónde, cómo y cuándo se presenta de dicho fenómeno.

Es transversal porque los estudios hacen un corte de las diferentes etapas en el tiempo y lo que interesa para nuestro estudio es evaluar la prevalencia del síndrome de burnout, sus dimensiones y variables simultáneamente en una población típica como son las enfermeras en un momento determinado, para detectar la forma en que se presenta el fenómeno, es decir que estos estudios permiten estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado (Hernández, Velazco, Mondragón, 2000).

Es de tipo cuantitativa debido a que los datos obtenidos fueron procesados mediante el empleo de recursos estadísticos, asignándoles puntuaciones, estableciendo frecuencias, porcentajes que permitan mostrar la prevalencia del síndrome en el personal de enfermería y posteriormente se procedió de modo cualitativo donde esos mismos datos estadísticos fueron transformados y expresados de manera cualitativa debido a que este estudio se orienta a describir y comprender el sentido de la presencia del Síndrome de Burnout en la muestra.

Es un estudio exhaustivo de un 17% de la población investigada mostrando así la representatividad de la muestra y teórica porque busca esclarecer una duda científica la prevalencia del síndrome.

#### **4.2 POBLACIÓN**

La población para la presente investigación está constituida por todas las enfermeras de la ciudad de Tarija, 580 enfermeras en su totalidad, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 25 y 60 años, que se encuentran activas en el ejercicio de su profesión. Las mismas cumplieron los siguientes requisitos:

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Enfermeras o enfermeros	No desear participar del estudio
Tituladas y auxiliares en enfermería	Periodo vacacional durante la medición
Encontrarse laborando en el periodo de aplicación	Enfermeras que no concluyan el 90% del cuestionario
Que tengan al menos un año de experiencia laboral en el centro.	Enfermeras que dejen o abandonen su participación en el estudio
Independientemente del turno y servicio.	Enfermedad incapacitante

### 4.3 MUESTRA

Estuvo constituida por 100 enfermeras de ambos sexos, que resulta equivalente a un 17% de la población total.

**Cuadro N° 1**  
**MUESTRA**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hombres</b>	<b>12</b>	<b>12%</b>
<b>Mujeres</b>	<b>88</b>	<b>88%</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Elaboración Personal**

El tipo de muestreo es no-probabilístico en base a la participación voluntaria y anónima de las enfermeras que quisieron hacerlo, y es intencional debido a la concentración de enfermeras que agrupa ambos hospitales, facilitando de esta manera la recolección de los datos, obteniendo un mayor control sobre los mismos, además de la accesibilidad que se tiene al lugar ya que no se recorren grandes distancias para recolectar la muestra, generando así mayor eficacia y rapidez; asimismo se contó con la colaboración e interés de parte de los Directores de ambos hospitales para la realización de esta investigación.

“En las muestras no probabilísticas la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de causas relacionadas con las características de la investigación, o de quien hace la muestra, el procedimiento depende del proceso de toma de decisiones de una persona o de varias y las muestras seleccionadas obedecen a criterios de investigación. (Hernández Sampieri, Roberto, Metodología de la Investigación, México, 2002, pg 305)

#### 4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La recolección de la información para la presente investigación requirió el uso de métodos, técnicas e instrumentos que a continuación se detallan :

**Cuadro N° 2**  
**MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

<b>MÉTODO</b>	<b>TÉCNICAS</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
<b>Empírico</b>	<b>Inventario</b>	<b>Maslach Burnout Inventory</b>
<b>Test psicológicos</b>	<b>Cuestionario</b>	<b>Cuestionario Ansiedad de Rojas</b>
	<b>Cuestionario</b>	<b>Cuestionario de Auto percepción de valoración</b>
	<b>Estructurado</b>	<b>Cuestionario Sociodemográfico laboral</b>
	<b>Test gráfico proyectivo de personalidad</b>	<b>Test del árbol Kart Koch</b>
<b>Teóricos: Análisis, Síntesis, Inducción, Deducción</b>	<b>Análisis Documental</b>	<b>Notas, Registros</b>

Fuente: Elaboración Personal

#### **4.4.1 Maslach Burnout Inventory**

Con el fin de conseguir los objetivos planteados en nuestra investigación optamos por utilizar un instrumento de amplia difusión y reconocido prestigio el Maslach Burnout Inventory, que permite recoger información concreta sobre el nivel de burnout en el personal de enfermería. Hemos escogido este instrumento porque ha sido utilizado en numerosos estudios con objetivos similares al nuestro y ello nos permitirá establecer relaciones significativas entre los mismos.

El inventario se divide en tres escalas, cada una de las cuales miden las tres dimensiones que se suponen configuran el burnout: Cansancio Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems), y Reducida Realización Personal (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta

#### **4.4.2 Cuestionario de ansiedad de Rojas**

Con la aplicación de este cuestionario de manera complementaria se pudo determinar el nivel de ansiedad en sujetos sometidos a la prueba, el mismo está organizado con una estructura pentadimensional donde se evalúa el comportamiento conductual, emocional, asertivo, cognitivo y físico.

Consta de 100 preguntas mismas que se subdividen en 20 interrogatorios pertenecientes a los síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos (ver anexo N° 3)

Los resultados de este cuestionario permitieron medir el grado de ansiedad que posiblemente experimentan las enfermeras, relacionándolo con el nivel de burnout alcanzado, ya que la ansiedad está considerada como parte del síndrome, ya que éste puede evolucionar con síntomas de aprehensión, tensión, malestar o desasosiego que

experimenta el sujeto al anticipar el peligro especialmente cuando el origen de éste es desconocido.

Por lo tanto, la ansiedad puede ser entendida como parte de la respuesta al stress y además ser considerada como un rasgo de personalidad.

#### **4.4.3 Cuestionario de Auto percepción de Valoración**

Este cuestionario de elaboración propia, recogió preguntas sobre el sentimiento de ser valorado en su vida laboral por los pacientes, los compañeros de profesión y los superiores, mediante respuestas dicotómicas de si o no. (ver anexo N° 4)

Contribuyendo así al análisis de las variables que influyen en la aparición del síndrome, relacionando el nivel de burnout con la auto percepción de valoración que tienen en la esfera personal.

#### **4.4.4 Cuestionario Sociodemográfico Laboral**

Recoge los datos sociodemográficos y laborales que suelen analizarse en los diferentes estudios y que proporcionó la información necesaria para la correlación de variables con el nivel de burnout y así poder analizar que factores están asociados con el síndrome. Incluye las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, categoría profesional, horas de trabajo, años de servicio, área de trabajo, hospital. (ver anexo N°2)

#### **4.4.5 Test del Árbol**

El autor de este test es el psicólogo suizo Kart Koch, consiste en el dibujo de un árbol, siendo este un portador de la proyección, el dibujo proyectado contiene un

recorte del mundo objetivo, los trasuntos de la realidad íntima que se producen no son intencionados, toda ejecución es una afirmación del sujeto operante frente a la realidad externa.

Es una prueba psicológica proyectiva cuyo objetivo principal es describir los rasgos de personalidad en distintos niveles extroversión, afectividad, fortaleza yoíca, conflictos, etc. Es muy útil para el primer contacto con el sujeto y se lo utilizó de manera complementaria para analizar cuales son los rasgos de personalidad de nuestra muestra.

#### **4.5 . PROCEDIMIENTO**

A continuación se procederá a describir cada una de las etapas por las que atravesó la investigación hasta la obtención de los resultados finales.

**Primer paso:** Revisión de la bibliografía del tema para determinar los estudios realizados en la actualidad, tanto en nuestro medio como en otros países, de esta manera se tuvo un sustento teórico del tema.

Se realizó la solicitud de la autorización para poder realizar el trabajo en ambos hospitales, para luego proceder a contactarnos con los directores de los mismos, quienes nos derivaron a la Jefatura de Enfermería, proporcionándonos información valiosa acerca del número de áreas y enfermeras que trabajan en cada hospital.

**Segundo paso:** Se realizó una prueba piloto a cinco enfermeras, destinada a evaluar los instrumentos escogidos; como resultado de esta prueba se vio la necesidad de cambiar el inventario 16 PF de Raymond Catell para diagnosticar la personalidad, ya

que por el escaso tiempo que cuentan las enfermeras y su negativa a responder las preguntas de este test es que se cambió por el test del árbol por la simplicidad de la toma del instrumento y su rapidez, además de favorecer en el primer contacto con las enfermeras, suscitando interés en los resultados de la prueba.

**Tercer paso:** Cuantificar y seleccionar el número de la muestra, en base a los criterios descritos previamente.

**Cuarto paso:** Una vez seleccionada la muestra se aplicaron los instrumentos que fueron entregados a las enfermeras (os) de manera individual en su fuente laboral, en el puesto de enfermería. Luego nos sugirieron que para evitar interferencias en su desempeño se les tome las pruebas en el momento en que entregan el turno correspondiente al personal que ingresa a reemplazarlos.

La recolección de los datos se realizó aplicando los instrumentos en un solo momento; dependiendo de las actividades de cada empleado, las pruebas fueron aplicadas en ambos hospitales por las investigadoras desde el 20 de marzo al 28 de mayo de 2009.

Se le explicó que las pruebas y las entrevistas eran de manera anónima. Además se resolvieron posibles dudas respecto a su contenido y se realizó la respectiva explicación de cada instrumento, y cómo responderlos.

Se entregó los instrumentos en el siguiente orden:

- Test del Árbol, que en su mayoría las enfermeras preguntaron acerca de cómo realizarlo y si estaba bien, agradándoles la realización de la prueba

- Cuestionario Sociodemográfico laboral.
- Cuestionario de Autopercepción de valoración, al aplicar este cuestionario, las enfermeras demandaron privacidad para contestar de forma honesta, ya que la mirada vigilante de las demás ponía al descubierto lo que pensaban y sentían.
- Maslach Burnout Inventory, como instrumento para valorar el Síndrome de Burnout en su versión válida al español para los profesionales de la salud.

Se explicó a cada trabajador la manera en cómo debían llenar el instrumento de recolección de datos, así como los objetivos de nuestra investigación. Cabe mencionar que el llenado del mismo se hizo de manera anónima respetándose en todo momento la confidencialidad de los datos personales y los resultados obtenidos de ella.

- Cuestionario de Ansiedad de Rojas, esta prueba se realizó con dificultades por la cantidad de preguntas y escaso tiempo con el que cuenta el personal de enfermería, realizando la prueba lo más rápido posible.

**Quinto paso:** Revisión de todas las pruebas aplicadas para determinar si cada uno de las mismas se completaron satisfactoriamente y así determinar la validez de las mismas para evitar sesgos en la información.

**Sexto paso:** Se procedió al procesamiento de los datos; tabulación y elaboración de tablas de salida de los resultados, cuantitativamente y cualitativamente sistematizando

los datos obtenidos a través del sistema informático Excel for Windows, para posteriormente ser interpretados en base a los objetivos trazados.

**Séptimo paso:** Se ejecutó el análisis e interpretación teórica cuantitativa y cualitativa de los resultados, luego se redactó el informe final con las conclusiones finales y posibles recomendaciones para cerrar el documento.

#### **4.6 CRONOGRAMA**

La investigación con sus diferentes etapas y actividades en ambos hospitales, fueron realizadas, desde el mes de marzo hasta noviembre de 2009 y concluyó con la presentación final de la investigación (ver anexo N° 5).

## 4.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
<p><b>SÍNDROME DE BURNOUT</b></p> <p>Es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Maslach y Jackson (1986)</p>	<p><b>CANSANCIO EMOCIONAL</b></p>	<p>Sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral como consecuencia del contacto diario con el trabajo con pacientes y/o clientes</p>	<p>Baja &lt; 19</p> <p>Media 19-26</p> <p>Alta &gt; 27</p>
	<p><b>DESPERSONALIZACIÓN</b></p>	<p>Desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.</p>	<p>Baja &lt; 6</p> <p>Media 6-9</p> <p>Alta &gt; 10</p>
	<p><b>REALIZACIÓN PERSONAL EN EL TRABAJO</b></p>	<p>Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal</p>	<p>Baja &lt; 33</p> <p>Media 34-39</p> <p>Alta &gt; 40</p>

## **V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

### **5.1 CONSIDERACIONES GENERALES**

En este capítulo se presentan los resultados que se obtuvieron con técnicas e instrumentos de investigación aplicados al personal de enfermería que compone la muestra poblacional para la realización de esta investigación.

Los resultados obtenidos permiten una aproximación a la realidad acerca de la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería, así como también conocer los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal y otros aspectos relacionados con la temática y que sirvan de base para futuras investigaciones.

El orden en el que son presentados los resultados es coherente con los objetivos propuestos y son presentados con sus respectivos cuadros y gráficos.

Posteriormente, cada cuadro tiene la interpretación de sus resultados de forma cualitativa en consideración a los datos más sobresalientes y en relación a los objetivos

Primero se procedió a la descripción de la muestra, ya que en el análisis se tuvieron en cuenta las variables más relevantes para el análisis como sexo, edad, estado civil, número de hijos, horas laborales, tipo de contrato, años de servicio, área de trabajo, estos datos fueron transformados en porcentajes y frecuencias.

Posteriormente se presentan los datos y los puntajes mas relevantes de los ítems que conforman cada una de las subescalas del Inventario de Burnout de Maslach, así como el análisis del nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en sus tres grados (alto-medio-bajo) de acuerdo a los objetivos específicos planteados de medir estas tres dimensiones

Luego se presentan los resultados obtenidos en base al objetivo general de determinar la prevalencia del síndrome en las enfermeras.

Luego se muestran los resultados del análisis de las tres dimensiones del síndrome correlacionadas con las diversas variables seleccionadas para este estudio.

Seguidamente se muestra los resultados y análisis correspondientes a determinar los rasgos de personalidad, nivel de ansiedad y la auto percepción de valoración de las enfermeras que se utilizaron de manera complementaria para tener una visión más amplia de la problemática.

Finalmente se contrasta la hipótesis, es decir la respuesta tentativa al problema planteado con respecto a los resultados, a fin de confirmar o rechazar la hipótesis.

## 5.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

A continuación se hace un análisis descriptivo de cada una de las variables, de manera detallada de la muestra examinada; en tal sentido, se han calculado para las variables estudiadas: las frecuencias, los porcentajes.

### ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

Cuadro N° 3

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Hombres	12	12%
Mujeres	88	88%
<b>Edad</b>		
Entre 25 y 35 años	43	43%
Entre 36 y 45	33	33%
Entre 46 y 55	23	23%
Mas de 55	1	1%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	36	36%
Casado	58	58%
Conviviente	6	6 %
<b>Categoría Profesional</b>		
Profesional	48	48%
Auxiliar	52	52%
<b>Horas de trabajo</b>		
Treinta y seis	34	34%
Treinta	33	33%
<b>Años de servicio</b>		
Menos de 15	68	68%
Entre 15 y 30	29	29%
Mas de 30	3	3%

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
<b>Hospital</b>		
San Juan de Dios	50	50%
Obrero	50	50%
<b>Área de servicio</b>		
Maternidad	6	6%
Vacunas	3	3%
Ginecología	7	7%
Terapia intensiva	5	5%
Emergencia	7	7%
Cirugía varones	1	1%
Cirugía mujeres	5	5%
Pediatría	13	13%
Consultorio. Externo	11	11%
Medicina interna	17	17%
Hemodiálisis	2	2%
Quirófano	3	3%
Rayos x	3	3%
Obstetricia	7	7%
Esterilización	4	4%
Laboratorio	1	1%
Fisioterapia	1	1%
Traumatología	4	4%

**Fuente: Elaboración Personal**

En cuanto a la composición por sexo nuestra muestra está mayormente constituida por mujeres lo que ciertamente se confirma la tendencia histórica de este sector que se ha caracterizado por una intensa feminización de la función de enfermera.

### **5.3 PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO: “DETERMINAR EL NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL”**

El cansancio emocional, definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física o psíquicamente o bien como una combinación de ambos aspectos. Es la sensación de estar sobrepasado y “seco” emocionalmente, a causa del contacto directo con otras personas.

Para valorar el Síndrome de Burnout se utilizó el Maslach Burnout Inventory que consta de 22 ítems para explorar las tres dimensiones del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal, cada enunciado consiste en una afirmación que se refiere a los sentimientos, actitudes, emociones que las enfermeras muestran en relación a su trabajo o hacia sus pacientes.

Cada ítem tiene siete opciones de respuesta de las cuales contestaron una de ellas.

Cada opción de respuesta en cada uno de los ítems se le asigna un valor de cero a seis siendo la puntuación de cada una de las dimensiones la suma de dichos valores.

La subescala de cansancio emocional valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, contiene 9 ítems y se asocia de manera directa con el burnout.

A continuación se presenta el análisis y resultados obtenidos en cada uno de los 9 ítems que conforman la subescala de cansancio emocional, referidos a emociones y sentimientos que el profesional muestra hacia el trabajo y hacia los receptores de su servicio, los mismos permitieron determinar cuáles de las respuestas que emitieron, incidieron en el nivel de cansancio emocional.

**Cuadro N° 4**

**NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL POR ÍTEMS**

ÍTEM	PREGUNTAS	PUNTUACIÓN PROMEDIO	NIVEL
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2	0-2 bajo
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3	
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	2	
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	4	3-4 medio
8	Me siento quemado por mi trabajo	3	5-6 alto
13	Me siento frustrado por mi trabajo	1	
14	Creo que estoy trabajando demasiado	3	
16	Trabajar directamente con las personas me produce estrés	3	
20	Me siento acabado	0	

**Fuente: Elaboración Personal**

Conforme al análisis realizado y a modo de criterio de nosotras podemos afirmar que de acuerdo a los resultados obtenidos en el ítem n° 6 las enfermeras sienten que trabajar con mucha gente es un esfuerzo, con una frecuencia de por lo menos una vez a la semana que se traduce en una puntuación nivel medio.

Sienten que trabajar con las personas directamente les produce estrés; ya que la sobrecarga percibida (ítem n° 16) ocasiona un incremento significativo de los niveles de cansancio emocional.

Como consecuencia, se sienten cansadas al finalizar su jornada laboral unas pocas veces al mes. Según nos comentaron, existen algunos días en que ingresan muchos pacientes a la vez y al terminar su turno quedan exhaustas, pero el tiempo fuera del hospital parece ser suficiente para recuperar energía.

Aunque no olvidemos que como mujeres, es posible que deban enfrentar una doble jornada, siendo ocasional que éste no sea su único trabajo remunerado, por ende se sienten quemadas por su trabajo, unas pocas veces al mes.

Tomando en consideración la categorización de puntajes del Maslach Burnout Inventory en la subescala de cansancio emocional producto de la sumatoria de los ítems pasamos a describir los resultados a continuación:

**Cuadro N° 5**  
**NIVEL GENERAL DE CANSANCIO EMOCIONAL**

ESCALA		GENERAL	
		SUMATORIA DE LOS ÍTEMS	NIVEL DE BURNOUT
CANSANCIO EMOCIONAL	BAJO ( 18)	23	MEDIO
	MEDIO (19-26)		
	ALTO ( 27)		

Fuente: Elaboración Personal

Luego de haber analizado los puntajes obtenidos en los ítems, pasamos a ver los niveles de diagnóstico general para cada dimensión, la interpretación se hizo teniendo en cuenta la categorización en forma de puntuaciones bajas medias y alta y se obtuvieron a partir de los puntos de corte del Maslach Burnout Inventory (cuadro N° 10).

Los datos encontrados en esta dimensión, concuerdan con lo que mencionan los autores Leiter y Maslach (1988), que el cansancio emocional es la dimensión fundamental del burnout y a la que seguiría la despersonalización, ya que el cansancio emocional sería la dimensión que ocasionaría la baja realización personal, estando este proceso mediatizado por la despersonalización, esto debido también a que el factor cansancio emocional es el componente más estudiado y aceptado en la descripción del síndrome, tanto es así que algunos autores plantean que podría aislarse como factor único (Shirom, 1989).

Las enfermeras con nivel medio de cansancio emocional podrían controlarse afectivamente, es decir, controlar las emociones que surgen a partir de las situaciones que se vivencian, en pos del bienestar del paciente y su familia.

En este caso, controlar las emociones le permitiría funcionar de una manera adaptativa. En contraposición, las que presentan cansancio emocional alto, hacen un menor uso del control afectivo, posiblemente porque no poseen recursos o herramientas ante tan elevado nivel de cansancio emocional.

En relación al primer objetivo específico podemos llegar a la conclusión de que las enfermeras tienen un nivel medio de cansancio emocional, y que la sobrecarga laboral en los profesionales de enfermería de nuestro estudio, a resultado un predictor significativo de cansancio emocional en el personal reflejado en el puntaje obtenido en el ítem nº 6 (trabajar todo el día con personas es un esfuerzo), provocado probablemente por un exceso de demandas cualitativas y cuantitativas, lo que se ha relacionado en la literatura, con el cansancio emocional (Tummers, Jansenn, Landerweed y Houkes, 2001).

#### **5.4 SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO: “DETERMINAR EL NIVEL DE DESPERSONALIZACIÓN”**

La despersonalización, como ya se mencionó anteriormente, pone de manifiesto un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas, pudiendo llegar a ser insensible e incluso cruel, especialmente con los beneficiarios de los servicios o cuidados del individuo, acompañado de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de la motivación hacia el trabajo.

La subescala despersonalización valora el grado en que cada uno reconoce en sí mismo actitudes de frialdad y distanciamiento, contiene 5 ítems y se relaciona de manera directa con el burnout.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los 5 ítems mencionados que conforman la subescala de despersonalización, que nos permitieron determinar cuáles de las respuestas incidieron en el nivel de despersonalización

**Cuadro N° 6**  
**NIVEL DE DESPERSONALIZACIÓN POR ÍTEMS**

ÍTEM	PREGUNTAS	PUNTUACIÓN PROMEDIO	NIVEL
5	Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1	0-2 bajo
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	2	3-4 medio
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	2	
15	Realmente no me preocupa lo que ocurre a alguno de mis pacientes	1	5-6 alto
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	1	

**Fuente:** Elaboración Personal

Con respecto a la dimensión de despersonalización, éstas son actitudes que con menos frecuencia perciben los sujetos de la muestra (una vez al año o menos o de una vez al mes o menos). Este resultado es lógico si consideramos el concepto de despersonalización entendida como una estrategia de afrontamiento (Lee y Ashforth, 1990; Leiter, 1991) la despersonalización es una estrategia de afrontamiento que acompaña a los sentimientos de cansancio emocional y baja realización personal y que ocurre en profesionales que trabajan hacia personas, pero siguiendo el planteamiento de Lazarus y Folkman (1986) sobre estilos de afrontamiento los profesionales que emplean preferentemente estrategias de despersonalización, no tiene porque ser necesaria la única forma de respuesta ante altos sentimientos de cansancio emocional y baja realización personal.

A juicio nuestro podemos traducir los resultados obtenidos que las enfermeras se han vuelto más insensibles desde que ejercen su profesión, con una frecuencia de una vez al mes o menos, lo que significa haber puntuado en un nivel bajo, ésto posiblemente esté relacionado con la forma como las mujeres han sido socializadas en nuestra cultura occidental para cuidar, educar, encargarse de los niños, las tareas del hogar, independiente de su labor en el trabajo, lo cual parece ser un factor protector ante el estrés laboral.

Les preocupa que por su trabajo se estén endureciendo emocionalmente con una frecuencia de una vez al mes.

Tomando nuevamente en consideración la categorización de puntajes del Maslach Burnout Inventory en la subescala de despersonalización producto de la sumatoria de los ítems, pasamos a describir los resultados a continuación:

**Cuadro N° 7**  
**NIVEL GENERAL DE DESPERSONALIZACIÓN**

ESCALA		GENERAL	
		RESULTADOS POR DIMENSIÓN	NIVEL DE BURNOUT
DESPERSONALIZACIÓN	BAJO ( 5)	6	MEDIO
	MEDIO (6-9)		
	ALTO ( 10)		

Fuente: Elaboración Personal

Si consideramos que en la secuencia del proceso del Síndrome de Burnout primero se manifiesta el cansancio emocional y en la medida que avanza su evolución se llega a la despersonalización, (Leiter y Maslach) podríamos interpretar que esta subdimensión se encuentra en una fase incipiente ya que el resultado alcanzado en la dimensión (6) podríamos catalogarlo más específicamente en un nivel medio bajo por

estar al límite de la escala y que la Despersonalización es un aspecto que en nuestra muestra esta afectada en menor grado .

Las actitudes de despersonalización tienen un componente emocional y siguen al desarrollo de sentimientos de cansancio emocional como una estrategia de afrontamiento elegida por las enfermeras. (Lee y Ashforth, 1996) frente a la frustración y la culpabilidad generada por unas expectativas iniciales no alcanzadas.

La causa de frustración son los pacientes con los que se realiza el trabajo, pacientes que no colaboran o no responden al tratamiento, que se quejan o que no valoran su trabajo; ésto implica que los profesionales dirigirán su agresión sobre los pacientes, pero cuando los sujetos deben comportarse de forma cruel hacia los demás. Para evitar los sentimientos de culpa, utilizan estrategias de despersonalización (Bandura 1987).

La frustración puede conducir a estados de ánimo desagradables como la ira o la ansiedad, ante lo cual la enfermera que afronta dichas situaciones reacciona intentando evitar, reducir o escapar de ello.

Las investigadoras consideran que es probable que las enfermeras encuestadas estén desarrollado este síntoma a modo de una conducta defensiva, bajo la forma de trato deshumanizado hacia los demás, lo cual contribuiría a disminuir la sensación de cansancio emocional y sobrecarga laboral.

Una posible respuesta a esto podría encontrarse en la opinión de carácter funcional de Gil-Monte (2003). Para este autor, la despersonalización daría a la enfermera la posibilidad de no involucrarse en demasía con los problemas de los pacientes, permitiéndole realizar su trabajo, que en algunos casos puede conllevar acciones negativas o lesivas y así no ver afectados sus sentimientos.

Dentro de este proceso, las actitudes de despersonalización son entendidas como actitud, pero también como una estrategia de afrontamiento desarrollada con posterioridad a la experiencia de cansancio emocional y baja realización personal en el trabajo. Estas estrategias no son desarrolladas en un primer momento debido a que el rol profesional condena esas actitudes.

Un primer testimonio de una enfermera, nos ilustra la realidad con la que se enfrentan día a día:

*“A veces surgen dificultades cuando el paciente quiere abandonar por cansancio y abatimiento su tratamiento, lo que les hace estar irritables, agresivos, contagiando este estado de ánimo a mis compañeras, dificultándonos el trabajo, están cansados los pacientes de estar enfermos, y es difícil de convivir con ellos, porque se desaniman muchas veces... su dolor, su impaciencia, su cansancio. Tú tienes que estar allí muy cerca y no siempre estás animada.....”*

Un segundo testimonio manifiesta: *“Nosotras muchas veces no podemos quitar el dolor del paciente cuando te pide más analgésicos, porque siente dolor y no puedes dárselo por incompatibilidad entre medicamentos y tienes que esperar a que llegue el médico para que se pueda administrar o recetar el medicamento y no puedes hacer nada más que esperar y la familia ¡Es que no va a venir el médico! y debes enfrentarte con el paciente y la familia que se estrella contra nosotras”*

En relación al segundo objetivo específico podemos llegar a la conclusión de que las enfermeras tienen un nivel medio de despersonalización.

## **5.5 TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO: “DETERMINAR EL NIVEL DE REALIZACIÓN PERSONAL”**

La pérdida de logro o realización personal, donde se implica una disminución en la propia sensación de competencia y desempeño exitoso del trabajo que se realiza con otras personas, surgiendo una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el propio trabajo, como baja moral, evitación de las relaciones interpersonales profesionales, incapacidad para soportar la presión, baja productividad y una pobre autoestima.

La subescala de realización personal evalúa los sentimientos de autosuficiencia y realización personal en el trabajo contiene 8 ítems y se relaciona de manera inversa a las dos dimensiones anteriores, debido a que si la puntuación es alta, mayor será el cansancio emocional y la despersonalización como factores de forma negativa, en esta dimensión de realización personal la puntuación es inversa a mayor puntuación mayor la realización personal como factor positivo.

Por último se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los 8 ítems que conforman la subescala de realización personal que nos permitieron determinar cuales de las respuestas tuvo mayor incidencia en el nivel de realización personal.

**Cuadro N° 8**  
**NIVEL DE REALIZACIÓN PERSONAL POR ÍTEMS**

ÍTEM	PREGUNTAS	PUNTUACIÓN PROMEDIO	NIVEL
4	Comprendo fácilmente como se sientes los pacientes	5	0-2 bajo
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	5	
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas	5	3-4 medio
12	Me siento muy activo	5	
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	4	5-6 alto
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	5	
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	5	
21	En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	4	

**Fuente: Elaboración Personal**

Al analizar los datos obtenidos de esta subdimensión se observa que en todos los ítems responden con una frecuencia de intensidad de pocas veces a la semana enmarcándose en un nivel de puntuación bajo, exceptuando los ítems 17 y 21 con una frecuencia de intensidad de una vez a la semana, traducido en un nivel de puntuación medio.

De acuerdo a nuestra interpretación, los resultados nos muestran cómo las enfermeras tienen una percepción positiva sobre la posibilidad de comprender a los demás y tratan con eficacia los problemas de los mismos, indica que las enfermeras presentan un buen nivel de logro personal, pero está latente la dificultad a veces de crear una atmósfera relajada y tratar los problemas emocionales con calma con una frecuencia de una vez a la semana, éstas dos situaciones provocan que los puntajes que obtuvieron en esta dimensión se encuentren en un nivel medio.

A nuestro juicio, la observación de un puntaje medio en la escala de realización personal, posiblemente se explica por el grado de desempleo que aqueja a la población. De manera que el tener un trabajo de base como enfermera en un hospital, es motivo para sentirse personalmente realizada.

**Cuadro N° 9**  
**NIVEL GENERAL DE REALIZACIÓN PERSONAL**

ESCALA		GENERAL	
		RESULTADOS POR DIMENSIÓN	NIVEL DE BURNOUT
REALIZACIÓN PERSONAL	BAJO ( 40)	38	MEDIO
	MEDIO (34-39)		
	ALTO ( 33)		

Fuente: Elaboración Personal

El modelo teórico de Leiter (1993) asume que el tercer componente del síndrome, se desarrolla independientemente del agotamiento y de la despersonalización.

Sin embargo desde la teoría sociocognitiva se puede justificar este efecto causal significativo pues Bandura (1987,1989) señala que las creencias de los sujetos en sus capacidades afectan sus procesos afectivos.

Los sentimientos de autoconfianza afectan tanto los aspectos emocionales (cansancio emocional y despersonalización) como los cognitivos aptitudinales (realización personal), estimados por el Maslach Burnout Inventory.

Bandura (1989) señala que cuando los sujetos perciben bajos sentimientos de autoconfianza se implican menos en su trabajo. De manera inversa a los sujetos con más autoconfianza se evaluarán más positivamente en relación a su actividad laboral, y se percibirán más eficaces en sus funciones, por lo que con más frecuencia percibirán que entienden con facilidad lo que piensan sus pacientes, que mediante su trabajo influyen positivamente en la vida de otros, que pueden crear una atmósfera relajada en sus pacientes o que saben tratar de forma adecuada los problemas de tipo emocional que surgen en el trabajo. Todas estas circunstancias tienen un carácter cognitivo aptitudinal y se integran en forma de ítems en la escala de realización personal en el trabajo del Maslach Burnout Inventory

Los sentimientos de realización personal en el trabajo al ser evaluados en forma positiva, dificultan estimar en qué medida influyen relativamente en el Síndrome de Burnout. La escala del Maslach Burnout Inventory estima con qué frecuencia el sujeto tiene sentimientos de realización personal en el trabajo, afirma que los sujetos de la muestra sienten “algunas veces por semana” que se realizan personalmente en su trabajo lo que no implica que los sujetos “algunas veces por semana” no se sientan realizados en su trabajo. Hay que tener presente que el Síndrome de Burnout ha sido conceptualizado como un constructo que supone actitudes negativas hacia las

personas con las que se trabaja y hacia la propia realización laboral, junto con emociones de carácter negativo (Shaufeli y Dierendonck, 1993), mientras que la realización personal en el trabajo es estimada como una variable que supone actitudes positivas hacia la propia realización laboral. Cabe plantear que la diferencia entre sentimientos de realización personal y falta de realización personal en el trabajo sea similar a la diferencia entre los conceptos de satisfacción laboral e insatisfacción laboral planteada por Herzberg.

Así es posible que existan dos continuos, uno de sentimientos de realización personal y otro de falta de realización personal como dimensiones diferentes.

En conclusión podemos afirmar que el personal de enfermería presenta un nivel medio para el nivel de realización personal con 38 puntos de la sumatoria total de los ítems de la tercera dimensión.

## **5.6 OBJETIVO GENERAL: DETERMINAR LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout se realizó la suma de todos los ítems: por lo que así obtenemos: Burnout Bajo 58.7, Burnout Medio 58.8 – 76.9 y Burnout Alto 77.

Para poder realizar la interpretación de los resultados del Maslach Burnout Inventory se tomaron en cuenta las puntuaciones obtenidas de la sumatoria de cada subescala (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) se computan por separado y no se combinan.

Luego se hizo la categorización en forma de puntuaciones bajas, medias y altas obtenidas a partir de los puntos de corte del Maslach Burnout Inventory para profesiones relacionadas con la medicina (cuadro N° 10) para cada subescala: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

**Cuadro N° 10**

**PUNTOS DE CORTE DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY**

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
<b>CANSANCIO EMOCIONAL</b>	18	19-26	27
<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>	5	6-9	10
<b>REALIZACIÓN PERSONAL</b>	40	34-39	33

**Fuente: Elaboración Personal**

El concepto de síndrome de desgaste profesional tradicionalmente se evalúa como una variable continua, más que una variable dicotómica (sí o no), con valores que varían entre los puntajes del cansancio emocional y la baja realización personal

Se considera inicialmente como una condición patológica interrelacionada entre sus distintas dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal) y por esta razón, su evaluación se hace estableciendo puntos de corte para definir el estado de los individuos dentro de una escala de bajo, medio y alto grado de desgaste profesional.

Se considera que, si se desea una presentación y evaluación de los resultados de forma global (si el síndrome está presente o si no lo está), los autores del Maslach Burnout Inventory consideran que un individuo está clínicamente “desgastado profesionalmente” cuando presenta un alto puntaje de cansancio emocional en

combinación con un alto puntaje en despersonalización o un bajo puntaje de realización personal. La presencia de baja puntuaciones en las subescala de Cansancio Emocional y Despersonalización y altas puntuaciones en la escala de Realización Personal son indicativas de bajo grado de burnout o que no existe burnout. Un grado medio es reflejo de puntuaciones medias entre las tres subescalas.

A continuación, se compararon los niveles promedios de las tres variables que constituyen el síndrome:

**Cuadro N° 11**  
**PUNTUACIÓN GENERAL DE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME**

DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT		GENERAL	
		RESULTADOS POR DIMENSIÓN	NIVEL DE BURNOUT
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	BAJO ( 18)	23	MEDIO
	MEDIO (19-26)		
	ALTO ( 27)		
NIVEL DE DESPERSONALIZACIÓN	BAJO ( 5)	6	MEDIO
	MEDIO (6-9)		
	ALTO ( 10)		
NIVEL DE REALIZACIÓN PERSONAL	BAJO ( 40)	38	MEDIO
	MEDIO (34-39)		
	ALTO ( 33)		

Fuente: Elaboración Personal

Los resultados que hemos obtenido en el personal de enfermería en cada una de las escalas del Síndrome de Burnout, se encuadran en un nivel medio, según los puntos de corte utilizados.

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en otros países como el estudio realizado entre estos profesionales del área de salud por De la Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carvajal J, Galán R, Herrero A. “Factores relacionados con el estrés

profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. España”, se encontraron niveles medios en cada una de las tres escalas del Burnout con valores (23 en cansancio emocional, 8 en despersonalización y 36 en realización personal), prácticamente iguales a los que hemos alcanzado en este trabajo.

Para Maslach, el cansancio emocional sería la primera fase y más importante del Burnout. En una segunda fase aparecería la despersonalización, y parece ser que de forma simultánea a ésta, aparecería la falta de realización personal.

El Síndrome de Burnout tiene un amplio espectro, con una gradación de síntomas, que van de los más leves a los más severos. La primera fase, en la que podrían incluirse gran cantidad de profesionales, no sería una situación patológica en sí misma, y en ella aparecerían sentimientos de insatisfacción, debido a la poca armonía entre las expectativas individuales de los profesionales sanitarios y su realidad laboral, todo ello influido por diversos factores sociales. Esta situación favorecería los sentimientos de desmotivación profesional y daría lugar a un burnout más establecido. Así, en los casos más severos, sí se podría hablar de Burnout como entidad psicopatológica (Maslach 1984).

Otros estudios realizados por Bernardo Moreno sobre el Maslach Burnout Inventory versión asistencial hace una diferenciación respecto a los niveles del síndrome, producto de las combinaciones alto medio bajo que pueden darse entre ellas, es así que los resultados obtenidos se enmarcarían dentro del nivel 3 Burnout medio:

Cansancio emocional = Medio o alto

Despersonalización = Medio

Realización personal = Medio

Tomados en conjunto, los resultados de las tres escalas, la dimensión que en mayor medida contribuye a experimentar más frecuentemente sentimientos de Burnout es el

cansancio emocional. Este resultado es coherente con los estudios que consideran que la dimensión central o con más peso relativo en el Síndrome de Burnout, según el Maslach Burnout Inventory, son los sentimientos de cansancio emocional.

A continuación mostramos en porcentajes los niveles alcanzados del síndrome:

**Cuadro N° 12**  
**PORCENTAJE GENERAL DE LOS NIVELES DEL SINDROME**

<b>NIVELES</b>	<b>BURNOUT BAJO</b>	<b>BURNOUT MEDIO</b>	<b>BURNOUT ALTO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>PORCENTAJE</b>	24%	57%	19%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Al analizar estos datos nos damos cuenta que el total de la población encuestada presenta el Síndrome de Burnout con una afectación de grado medio y alto en un 76%. Esto quiere decir que la muestra atravesó las diferentes etapas hasta llegar al burnout (etapa de entusiasmo, estancamiento, frustración, apatía), en esta etapa se llega a la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo e irrumpe con fuerza en la sintomatología: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

A nuestro criterio, pensamos que actualmente mas de la mitad 57% de la muestra está afectada por el síndrome y que apunta a la posibilidad de seguir evolucionando, ya que la evolución natural de la enfermedad transcurre desde formas leves hasta graves o extremas donde se profundizan los síntomas mencionados, además la edad de las enfermeras se encuentra entre 25 y 35 años lo que indica que, deberán seguir aún muchos años en activo, enfrentándose a los estresores propios de la profesión como enfrentarse al sufrimiento y muerte del paciente, así como el dolor de la pérdida de un

ser querido que padecen los familiares y allegados, el exceso de trabajo, contacto continuo con enfermos que exigen un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda, la frustración de no poder curar; objetivo para el que han sido entrenados, horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trabajo con usuarios problemáticos, etc.

Por todo lo mencionado consideramos imprescindible analizar las variables sociodemográficas laborales que inciden en el nivel de burnout.

## **5.7 RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS LABORALES**

Como facilitadores del síndrome de burnout, entendemos aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del síndrome en una u otra dirección.

Las variables facilitadoras que se consideran son: variables de carácter demográfico y laboral, dentro de este grupo de variables se encuentran el sexo, la edad, el estado civil, los años de servicio, categoría profesional, cantidad de horas de trabajo, area de servicio.

A continuación pasamos a detallar los resultados obtenidos de la relación existente de cada una de las variables y la incidencia en el nivel del síndrome de burnout.

**Cuadro N° 13**  
**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN**  
**FUNCIÓN A LA POBLACIÓN**

<b>EDAD</b>				
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>&lt; 30</b>	<b>30-40</b>	<b>&gt; 40</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	7%	11%	6%	24%
<b>MEDIO</b>	10%	28%	19%	57%
<b>ALTO</b>	2%	6%	11%	19%
<b>TOTAL</b>	19%	45%	36%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los datos anteriores nos muestran que del 57% de la muestra se encuentra en un nivel medio comprendido entre las edades de 30 a 40 con el 28%, debido a la mayor concentración de enfermeras en esta categoría.

Se señala que existe mayor nivel de burnout entre los 30 y 45 años (Muñoz *et al.*, 2001b), mientras que en otros estudios se precisa que dicho fenómeno se produce en torno a los 44 años (Atance, 1997).

Algunos autores consideran que con la experiencia se desarrollan un conjunto de recursos que le permiten afrontar de manera más adaptativa los retos y exigencias de la profesión (Moreno, 2000).

En relación al porcentaje de enfermeras que se encuentran entre 30 y 40 años con un nivel medio del síndrome de burnout nuestros hallazgos nos permite plantear que es el periodo más desfavorable, ya que el 28% de las enfermeras comprendidas en estas edades se encuentra más afectadas y concuerda con lo que Hadzilova (1988) menciona respecto a que los trabajadores de más edad hay una serie de circunstancias que les genera más sobrecarga y estrés el uso de nuevas tecnologías a las cuales no

estaban acostumbrados o familiarizados; las tareas que exigen mayor vigilancia, el trabajo por turnos y nocturno.

Esto, a consecuencia de los procesos propios del envejecimiento fisiológico, deteriora la capacidad para enfrentar situaciones difíciles y las demandas del medio.

En la etapa del comienzo de la adultez temprana aparecen toda una serie de acontecimientos en la vida del sujeto que dejan su impronta en la personalidad, se hacen frecuentes las reflexiones sobre el proyecto de vida y los logros que se han tenido, constituyen elementos importantes que convocan a la persona a centrarse en sí misma y buscar fuentes de autorrealización que pueden ser diversas, el trabajo constituye una de ellas, pero tropezamos a veces con las expectativas nuestras no son adecuadas o las condiciones para lograrlas no lo permiten y aparecen síntomas de agotamiento, despersonalización y falta de realización personal

La aportación de una enfermera de 48 años que trabaja en el área de cirugía expone la situación global: *“ siento que estoy un poco ya cansada, mi cuerpo ya no responde como años atrás, quisiera jubilarme pronto, además debo estar pendiente de las demás enfermeras, si cumplen con su labor a cabalidad ... y muchas veces reniego bastante..... y cuando debo quedarme en el turno de la noche realmente salgo del hospital fatigada, sin ganas de hacer nada más que estar en mi casa con mis hijos, pese a que ellos ya están casados”*

Creemos que existen diversos motivos por los cuales las personas que padecen burnout pueden tener intenciones más firmes de jubilación. En primer lugar el burnout debilita el lazo con el trabajo y con la posible reducción de este síndrome una vez que se deja de trabajar, de manera que hay una mejoría en la salud de la persona.

**Cuadro N° 14**  
**RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN**  
**FUNCIÓN A LA POBLACIÓN**

<b>SEXO</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	2%	22%	24%
<b>MEDIO</b>	8%	49%	57%
<b>ALTO</b>	2%	17%	19%
<b>TOTAL</b>	12%	88%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Como ya mencionamos, la muestra constó de 100 enfermeras de las cuales 88 % era mujeres y 12% hombres. De acuerdo la bibliografía las mujeres son las que más representan burnout, pero el estudio no permite hacer una diferencia de sexo en cuanto a burnout ya que es un estudio descriptivo en donde la muestra fueron más mujeres que varones. Esto se debe a que existe mayor preferencia de mujeres que hombres a la hora de escoger esta profesión.

La literatura revisada no ofrece resultados en una única dirección, ya que en algunos estudios las mujeres muestran mayores niveles de burnout (Albadalejo R, Villanueva R, 2004) y sin embargo otros trabajos indican lo opuesto. Atance JC., 2007)

A nuestro juicio estas diferencias pueden explicarse porque las mujeres son más sensibles emocionalmente y tienden a expresar sus emociones más fácilmente que los varones. Además, las mujeres suelen tener una doble carga de trabajo, ya que a parte de sus responsabilidades laborales se ocupan en mayor medida de las tareas del hogar y la atención de los hijos, una de las enfermeras comenta *“salgo de aquí muy cansada, al llegar a casa mis hijos esperan que yo juegue con ellos, o les ayude en las tareas, y es muy agotador ....”* Por tanto, tiene mayor riesgo de ser afectadas, se

preocupan más, necesitan mayor remuneración económica y ganan menos que el hombre.

**Cuadro N° 15**  
**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT**  
**EN FUNCIÓN A LA POBLACIÓN**

<b>ESTADO CIVIL</b>				
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>SOLTERO (A)</b>	<b>CONVIVIENTE</b>	<b>CASADO (A)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	10%	2%	12%	24%
<b>MEDIO</b>	21%	4%	32%	57%
<b>ALTO</b>	5%	0%	14%	19%
<b>TOTAL</b>	36%	6%	58%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los resultados obtenidos nos muestran que del 57% de la muestra se encuentra en un nivel medio y esta casado con el 32%, debido a la mayor concentración de enfermeras en esta categoría.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los estudios sobre el Síndrome de Burnout, en diferentes colectivos, han encontrado que los sujetos que conviven con su pareja presentan menor grado de burnout que los que viven solos (Linn, Yager, Cope y Leake, 1986).

Entre los trabajos que no han obtenido relaciones significativas en los niveles de burnout en función del estado civil se encuentran los de Gaines y Jernier (1983).

Sin embargo, en este estudio se encontró que las enfermeras casadas presentan diferencias estadísticamente mayores que las solteras en el nivel medio y alto de burnout, posiblemente debido a que las mujeres enfrentan una doble jornada que tienen al combinar una vida profesional con el cuidado de una familia, siendo

frecuente que ésta no se limite a esposo e hijos, sino se extienda a padres y hermanos menores, aunque también de ellos reciben apoyo en las actividades cotidianas vinculadas al hogar.

Las explicaciones reflejadas en la literatura para explicar esta falta de relación significativa apuntan a que no es el hecho del estado civil (casado vs no casado) lo que influye en los índices de burnout, sino el apoyo socioemocional recibido por parte de los familiares (esposo en estos casos) y la calidad de las relaciones conyugales, así como la satisfacción- insatisfacción matrimonial (Maslach y Jackson, 1985) .

**Cuadro N° 16**  
**RELACIÓN ENTRE LOS AÑOS DE SERVICIO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN FUNCIÓN A LA POBLACIÓN**

<b>AÑOS DE SERVICIO</b>				
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>&lt; 15</b>	<b>15-30</b>	<b>&gt; 30</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	19%	5%	1%	25%
<b>MEDIO</b>	42%	14%	0%	56%
<b>ALTO</b>	7%	10%	2%	19%
<b>TOTAL</b>	68%	29%	3%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los resultados obtenidos nos muestran que del 56% de la muestra se encuentra en un nivel medio y tiene menos de 15 años de servicio con el 42%, debido a la mayor concentración de enfermeras en esta categoría, pero podemos evidenciar que la prevalencia del síndrome se presenta a un nivel medio hasta los 30 años.

Los autores no se ponen de acuerdo en relación a esta variable y sus efectos en el síndrome, pero se ha observado que hay una relación entre éste y el cansancio emocional y despersonalización.

Autores como Golembiewski, Munzednridner y Stevenson (1986) mencionan que probablemente las enfermeras con menos años de servicio poseen expectativas altas que se presentan al inicio de la carrera, mayor carga laboral y jornadas más largas.

**Cuadro N° 17**  
**RELACIÓN ENTRE HORAS DE TRABAJO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN FUNCIÓN A LA POBLACIÓN**

<b>HORAS DE TRABAJO</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>30 Hrs</b>	<b>36 Hrs</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	6%	18%	24%
<b>MEDIO</b>	18%	39%	57%
<b>ALTO</b>	9%	10%	19%
<b>TOTAL</b>	33%	67%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los datos anteriores nos muestran que del 57% de la muestra se encuentra en un nivel medio y trabaja 36 horas con el 39%, debido a la mayor concentración de enfermeras en esta categoría.

Al respecto los hallazgos de Söderferdt et al., y de Drake & Yamada sobre que la cantidad de horas de exposición al cliente y la cantidad de horas de permanencia en la institución son factores de desarrollo del Síndrome de Burnout (Söderfelt, et al., 1996; Drake & Yamada, 1996).

A su vez, Gould, Cordes y Dougherty, Sandoval, Burke y Greenglass y Papadatu señalan que el exceso de trabajo y horas también aumentan la presencia del burnout (citados en Garcés de los Fayos, 2001).

En relación a la cantidad de horas de atención, Lee y Ashforth sugieren que la interacción permanente con el asistido con sus roces y conflictos cotidianos, también es una variable predictiva del burnout (Lee & Ashforth, 1996).

### **Cuadro N° 18**

#### **RELACIÓN ENTRE LA CATEGORÍA PROFESIONAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN FUNCIÓN A LA POBLACIÓN**

<b>CATEGORÍA PROFESIONAL</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>PROFESIONAL</b>	<b>AUXILIAR</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	13%	11%	24%
<b>MEDIO</b>	30%	27%	57%
<b>ALTO</b>	9%	10%	19%
<b>TOTAL</b>	52%	48%	100%

**Fuente:** Elaboración Personal

Los resultados obtenidos nos muestran que del 57% de la muestra se encuentra en un nivel medio y es profesional con el 30%, debido a la mayor concentración de enfermeras en esta categoría.

De la Peña et. Al (2002) comentan que el grupo de enfermeras que poseen licenciatura presentan mayor grado de burnout; así como una actitud de excesiva necesidad de aprobación en el profesional por parte de su entorno social y laboral, por lo que se sobre esfuerzan, de manera que también resulta predictiva para la aparición del burnout.

Además de que las responsabilidades para la enfermera profesional son mayores, entre sus funciones está la de organizar el servicio, realizar los tratamientos a los pacientes, cuidados, realizar informes de cada paciente, controlar la administración de los medicamentos, laboratorio, ver los signos sintomatológicos de patologías y dar la voz de alerta, supervisar el trabajo de las auxiliares a su cargo.

En cambio las auxiliares, deben ver el confort del paciente, su alimentación, las indicaciones dejadas por la enfermera titular y aseo, y tratamientos.

Al realizar la observación directa sobre las auxiliares percibimos que pese a sus tareas, están más alegres, conversan entre ellas, y hay una mejor predisposición con los pacientes.

**Cuadro N° 19**  
**RELACIÓN ENTRE LA ÁREA DE SERVICIO Y EL SÍNDROME DE**  
**BURNOUT EN FUNCIÓN A LA POBLACIÓN**

<b>AREA DE SERVICIO</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>PEDIATRÍA</b>	<b>CONSULTORIO EXTERNO</b>	<b>MEDICINA INTERNA</b>
<b>BAJO</b>	31%	9%	29%
<b>MEDIO</b>	54%	91%	59%
<b>ALTO</b>	15%	0%	12%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

El cuadro muestra las cuatro áreas de servicio que mayor puntuación obtuvieron, debido a la mayor concentración en el número de enfermeras en estas áreas y en relación al nivel del Síndrome de Burnout, ubicándose en el nivel alto respecto a las demás áreas (ver anexo N° 6), de las cuales; vacunas ginecología , hemodiálisis,

rayos, obstetricia, esterilización, laboratorio, obtuvieron niveles bajos del síndrome, y las áreas de maternidad, terapia intensiva, emergencia, quirófano y cirugía varones, mujeres niveles medios del síndrome.

La área de pediatría es catalogada como una de las áreas más congestionadas y de mayor exigencia y eficiencia reporta; no es de extrañar que las enfermeras que trabajan en esta sección estén presionadas para lograr una labor eficaz en el tratamiento y atención de los pacientes; ya que se evidencia la presión y angustia de los padres en la sala por las distintas enfermedades de los niños.

El testimonio de una de las enfermeras que reconoce abiertamente la presión y la percepción de fiscalización y control que le produce cuidar a los niños con padres delante:

*“Desearía que los padres no estén presentes, pues es más difícil tratar a veces a los padres que a los mismos niños... pues es más difícil hacer tu labor estando la madre presente, que exige que todo lo hagamos perfecto, entonces, si que quieres, pero no siempre es perfecto, recuerdo que un niño lloraba por la incomodidad del yeso en su pierna y la madre muy enojada me dijo.... me gustaría que sienta el dolor de mi hijo”.*

Otras de las áreas con más presión es el consultorio externo que atiende las consultas y tratamientos desde los más comunes, hasta los más difíciles, atendiendo cada tres meses un promedio de: 29.601 consultas en enfermedades respiratorias, enfermedades digestivas, síntomas para análisis de laboratorio, enfermedades infecciosas y/o parasitarias, afecciones genitourinarias, traumatismos y envenenamientos.

El área de medicina interna ha registrado en este año el incremento de pacientes y atenciones por traumatismos. Esta especialidad es una de las más demandadas en los hospitales, debido al aumento de accidentes camineros (flotas que se desbarrancan) y atracos violentos, efectuados por criminales, ladrones, etc.

**Cuadro N° 20**  
**RELACIÓN ENTRE EL HOSPITAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN**  
**FUNCIÓN A LA POBLACIÓN**

<b>HOSPITAL</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>SAN JUAN DE DIOS</b>	<b>OBRERO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	9%	15%	24%
<b>MEDIO</b>	27%	30%	57%
<b>ALTO</b>	14%	5%	19%
<b>TOTAL</b>	50%	50%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Respecto a ambos hospitales podemos afirmar que más de la mitad de la muestra se encuentra en un nivel de burnout medio (57%) debido a la mayor concentración de enfermeras en esta categoría.

Sin embargo para analizar en más detalle, podemos observar en el cuadro que un porcentaje menor del 19% de la muestra posee altos niveles del síndrome y trabaja en el Hospital San Juan de Dios, confirmando de esta manera el exceso de trabajo con el que cuenta esta Institución, debido a que las atenciones del SUSAT hasta el 2008 ha registrado 2.749.3 y se realizan alrededor de 6.162 cirugías, además que el 80% de la población se encuentra afiliada (301.196 personas) proyectándose para el 2009 llegar a 96%, ésto implica una carga de trabajo y que no existe un tiempo de recuperación en caso de tareas arduas físicas o mentales.

La sobrecarga laboral se ha asociado con mayores niveles de burnout tal vez por el hecho de atender a un mayor número de enfermos al día aumenta los niveles de cansancio emocional, pero también de despersonalización, ya que los profesionales de enfermería se hacen más distantes con los pacientes, quizá como un mecanismo de defensa; atendiendo a los pacientes en forma corta y rápida, a costa de empeorar sus habilidades de comunicación básicas para la realización de una correcta asistencia a

los problemas de salud de los pacientes, como son las relacionadas con la atención de las dolencias, produciéndose de esta forma un deterioro de la relación enfermera-paciente.

Al realizar la observación directa de las investigadoras y de acuerdo también a lo que manifestaron las enfermeras, se menciona constantemente la falta de personal de apoyo en las distintas áreas de los hospitales,

### **5.8 AUTOPERCEPCIÓN DE VALORACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE BURNOUT**

El objetivo es relacionar la percepción de estar adecuadamente valorado por las personas, compañeros de trabajo y superiores con los cuales se relaciona en el campo profesional con el nivel de burnout alcanzado, así como también la participación en las decisiones del hospital, apoyo emocional de sus compañeros y si es que ha habido un deterioro familiar debido al trabajo que desempeña, éstas son variables que los autores mencionan que inciden en la aparición de síndrome. (Gil-Monte y Peiró, 1999b).

**Cuadro N° 21**  
**RELACIÓN ENTRE VALORACIÓN POR EL PACIENTE Y SÍNDROME DE BURNOUT**

<b>SE SIENTE VALORADO POR EL PACIENTE</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	5%	19%	24%
<b>MEDIO</b>	19%	38%	57%
<b>ALTO</b>	8%	11%	19%
<b>TOTAL</b>	32%	68%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los resultados nos muestran cómo la percepción que tienen las enfermeras acerca de la valoración de los pacientes influye en que tengan un nivel de burnout medio, esto debido a la concentración de enfermeras en esta categoría y está asociado a que la autoestima profesional aumenta al sentir el agradecimiento y valoración, ayuda al individuo a afrontar de forma más eficaz los estresores, amortiguando los efectos perjudiciales del estrés y aumentando los resultados positivos del trabajo. La valoración se relaciona con los logros profesionales y la satisfacción laboral general.

El factor económico y la clase social de los pacientes, influye en la relación de ayuda que establece la enfermera.

El testimonio de una enfermera, pone de manifiesto lo mencionado:

*“No es una obligación que los pacientes deben agradecerte, pero es importante, porque nos hacen sentirnos valoradas que nuestro trabajo da frutos, hay gente muy sencilla que te lo agradece y se ve en la relación es diferente, porque esta persona deja que te acerques más, y nosotras también nos acercamos más al paciente nos animamos a conversar”*

**Cuadro N° 22**  
**RELACIÓN ENTRE VALORACIÓN POR LOS COMPAÑEROS Y SÍNDROME DE BURNOUT**

<b>SE SIENTE VALORADO POR EL COMPAÑERO</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	30%	27%	57%
<b>MEDIO</b>	8%	16%	24%
<b>ALTO</b>	8%	11%	19%
<b>TOTAL</b>	43%	57%	100%

Los resultados obtenidos nos muestran que del 57% de la muestra se encuentra en un nivel bajo y se siente valorado por los compañeros con el 30%, debido a la mayor concentración de enfermeras en esta categoría.

El sentirse valorado por los compañeros implica que las enfermeras se juzgan a sí mismas como eficaces en el afrontamiento de las demandas ambientales valorando su eficiencia.

Por su parte, la aproximación de Cherniss (1993) insiste igualmente en el papel central de la autoeficacia en la etiología del burnout “ Al percibir la valoración genera motivación, la satisfacción y la implicación laboral son fruto de los sentimientos subjetivos de éxito y valoración que el trabajador experimente en el desempeño de su trabajo, mientras que los sentimientos de fracaso condicionan la retirada emocional de la situación, la apatía, el afrontamiento de defensa, el conflicto, etc. “

Es así que una de las enfermeras comenta acerca de la valoración de sus compañeros:

*“Existen días en que los pacientes se llenan y no hay camas y tenemos que atender al mismo tiempo a varios y si no podemos realizar alguna curación u otra cosa, el otro compañero nos apoya, no critica, nos apoya y valora por lo que hacemos, porque todas pasamos por lo mismo, a una le tocara un día más pesado que a otra, cada una de nosotras hace su mejor esfuerzo y somos conscientes del esfuerzo y dedicación que ponemos”*

**Cuadro N° 23**  
**RELACIÓN ENTRE VALORACIÓN POR LOS SUPERIORES Y SÍNDROME DE BURNOUT**

<b>SE SIENTE VALORADO POR SUS SUPERIORES</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	14%	10%	24%
<b>MEDIO</b>	12%	45%	57%
<b>ALTO</b>	4%	15%	19%
<b>TOTAL</b>	30%	70%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Estos resultados denotan que en varias unidades de hospitalización existe incomunicación del médico con la enfermera y que a veces se llega a la indiferencia por la enfermera como persona y como profesional, reflejando en el 57% de la muestra que se encuentra en el nivel medio del síndrome con 45% no se siente valorada por sus superiores, debido a la mayor concentración de enfermeras en esta categoría.

Es un “ritual” que muestra y perpetúa el orden jerárquico establecido, e aquí un comentario de varias de ellas:

*“Los médicos vienen y... "A mi paciente póngale este medicamento hágale tal cosa ", sin dar ninguna explicación y se van, no hay relación, no quiero generalizar que todos son así, pero la mayoría sólo da órdenes... "yo soy el médico, tú estás aquí"..."*

La baja expectativa de qué hacer para que el trabajo sea tenido en cuenta y valorado, al percibir que no se recibe refuerzo cuando el trabajo se realiza eficazmente, conlleva a la pérdida de identificación, con lo que se realiza y la falta de realización personal.

Las investigadoras creen que cuando se desempeñan tareas valiosas reconocidas y altamente valoradas por la sociedad, se fortalece la autoestima del trabajador y que su labor tiene importancia, de esta manera se genera motivación en todas las tareas propias de su profesión. Debe existir una armonía entre las expectativas de la persona, si ideal profesional internalizado y la realidad de lo que hace, la cual le llega por sus propias valoraciones cognitivas y el reconocimiento social.

En conclusión podemos afirmar que la variable percepción de valoración de los superiores tiene una incidencia significativa en los niveles del Síndrome de Burnout, por esta razón se debe tomar acciones por parte del directorio de ambos hospitales para generar comunicación, acortando distancias entre médico y enfermera.

**Cuadro N° 24**  
**RELACIÓN ENTRE PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES**  
**Y SÍNDROME DE BURNOUT**

<b>PARTICIPA EN DECISIONES DEL HOSPITAL</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	5%	19%	24%
<b>MEDIO</b>	14%	43%	57%
<b>ALTO</b>	2%	17%	19%
<b>TOTAL</b>	21%	79%	100%

Fuente: Elaboración Personal

A nuestro criterio la ausencia de reconocimiento del trabajo de enfermería se refleja en su falta de participación en la toma de decisiones que es otro factor que influye en la génesis del burnout y se manifiesta con un 43% de la muestra en nivel medio de burnout y no participa de las decisiones que se toman dentro del hospital.

La escasa participación en las decisiones que se toman de forma diaria genera confusión, pues se requiere al menos una reunión de forma periódica en la que se

puedan expresar las opiniones acerca del funcionamiento de hospital, así como conocer las necesidades que pueden tener las enfermeras de la Institución.

Por otro lado, la falta de individualidad a la hora de tomar decisiones y de solucionar problemas, conlleva asimismo la falta de control de las responsabilidades.

Burke y Greenglass (1989b), señalan que el burnout decrece a medida que los trabajadores ascienden en la jerarquía profesional, al aumentar su capacidad de decisión. Mencionan que las instituciones excesivamente normativas, en las que las posibilidades de tomar decisiones están muy limitadas, es más frecuente la aparición del burnout.

#### **Cuadro N° 25**

### **RELACIÓN ENTRE DETERIORO FAMILIAR Y SÍNDROME DE BURNOUT**

<b>SU TRABAJO TRAJO CONSECUENCIAS EN SU HOGAR</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	12%	12%	24%
<b>MEDIO</b>	24%	33%	57%
<b>ALTO</b>	8%	11%	19%
<b>TOTAL</b>	44%	56%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los resultados obtenidos nos muestran que del 57% de la muestra se encuentra en un nivel bajo y no trajo consecuencias negativas en el hogar con el 33%, debido a la mayor concentración de enfermeras en esta categoría.

Cuentan con el apoyo y comprensión familiar, que es un factor protector del estrés, ellas mencionan que una vez que llegan su hogar dejan atrás los problemas y comparten con la familia.

Tanto el trabajo como la familia son dos entornos a los que el profesional se siente vinculado y con los que interacciona; pueden aparecer o no influencias provenientes de cualquiera de ellos que condicionen la relación con el otro. Esto dependerá del propio profesional, de sus sentimientos, actitudes y conductas, como la excesiva dedicación al trabajo, tensiones y agotamiento, frustraciones, etc

Burke y Greenglass (1988) señalan que en aquellos individuos que conceden prioridad a su trabajo sobre su vida familiar, el burnout se acentúa. Consideran que no es sólo la variable familiar asociada al burnout sino principalmente el lugar que la familia ocupa frente al trabajo.

En este sentido Leiter (1990) encuentra una relación significativa entre apoyo emocional por parte de la familia y los niveles de agotamiento emocional y despersonalización experimentados por el sujeto, concluyendo que los recursos familiares complementan a los de los compañeros de trabajo para aliviar el burnout o prevenir su desarrollo. Por su parte, Maslach y Jackson (1985) señalan que la vida en familia puede influir en los sujetos, en el sentido de hacerles más expertos en el tacto con los demás y sus problemas, pues se tiene la experiencia en casa de tratar con diferentes personalidades, modos de expresarse.

## **5.9 ANÁLISIS DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD**

La aplicación del test del árbol, tuvo la finalidad de ayudar a establecer el contacto con las enfermeras y determinar cuales son los rasgos de personalidad característicos de la muestra, ya que en términos generales, se ha señalado que hay personalidades

más susceptibles ante el burnout como son las personalidades emotivas, la de aquellos que tienen más desarrollada la sensibilidad para los temas relacionados con el trato humano (Garden, 1989)

Según Maslach (1981), los rasgos de personalidad configuran un elemento que debe ser considerado en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos. Por ejemplo la existencia de sentimientos de altruismo acentuados puede facilitar el proceso de burnout.

Existe un cierto grado de acuerdo entre los investigadores que estudian el Síndrome de Burnout (Maslach, 2001) en considerar que los profesionales más proclives a quemarse por el trabajo son sujetos sensibles, empáticos, humanos, con dedicación profesional, idealistas, entusiastas pero susceptibles de identificarse en exceso con los demás. La mayoría de las veces los profesionales que eligen un trabajo de servicio humano como es la enfermería, comparten una característica común: son personas especialmente sensibles a las necesidades de los demás, y es en este sentimiento de base altruista, pero en exceso idealista en donde se sitúan algunos de los orígenes del burnout.

Es el tipo de carácter denominado emocional, que suele predominar en las profesiones como la enfermería y otras profesiones de servicios humanitarios en general.

Ciertamente los profesionales guiados por esta voluntad de servicio tienen un mayor nivel de empatía hacia los demás y experimentan mayor desgaste emocional.

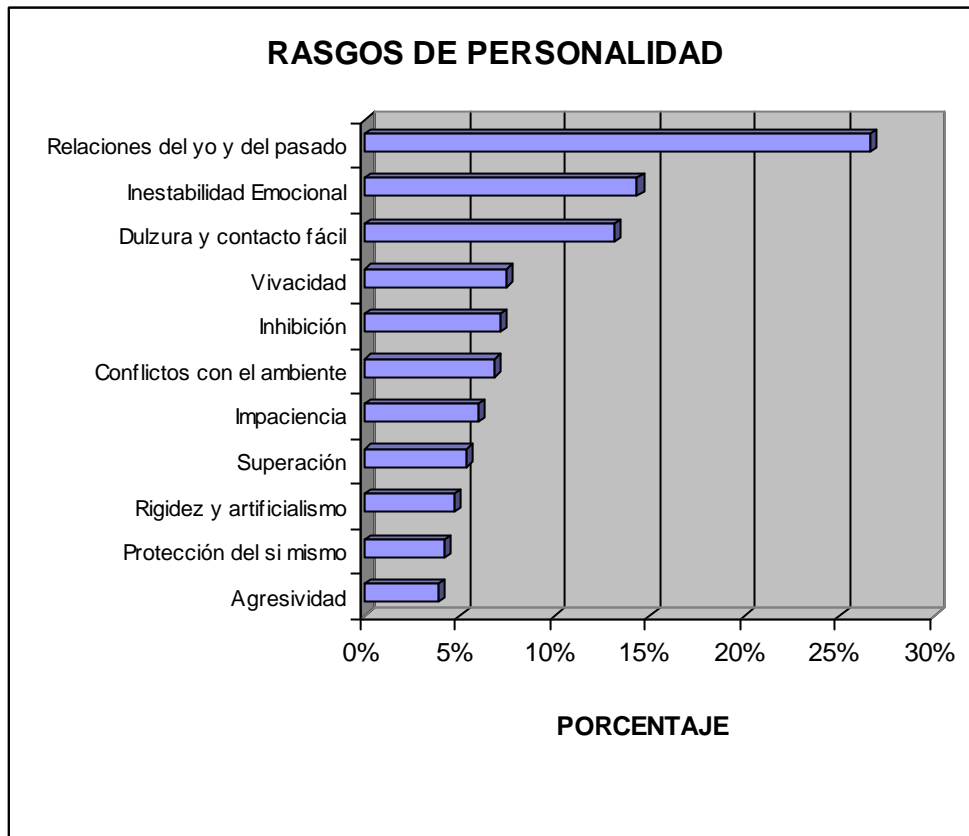
A continuación se presenta el análisis y resultados obtenidos del test del árbol para determinar los rasgos de personalidad más relevantes :

**Cuadro N° 26**  
**RASGOS DE PERSONALIDAD**

<b>N°</b>	<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>	<b>%</b>
1	Relaciones del yo y del pasado	27%
2	Inestabilidad Emocional	14%
3	Dulzura y contacto fácil	13%
4	Vivacidad	7%
5	Inhibición	7%
6	Conflictos con el ambiente	7%
7	Impaciencia	6%
8	Superación	5%
9	Rigidez y artificialismo	5%
10	Protección del si mismo	4%
11	Agresividad	4%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

**Fuente: Elaboración Personal**

**Gráfica N° 1**



**Fuente: Elaboración Personal**

El gráfico N° 1 muestra los rasgos de personalidad identificados mediante la evaluación del test del árbol en enfermeras, se muestran los rasgos más representativos obtenidos en la aplicación de esta prueba, se analizan a continuación los primeros cuatro rasgos más relevantes:

### **Relaciones del yo y del pasado**

De acuerdo a estos datos proporcionados por el test del árbol un 27% de la población se destaca por vivir mirando el pasado y no así el presente, centrándose en si mismas y puede verse manifestado en la incapacidad de resolver de manera satisfactoria las inquietudes y necesidades emocionales de los pacientes.

También a nuestro criterio puede denotar un temor al presente, a los desafíos, a lo incierto, ya que al anclarse en el pasado viven con un sentimiento de seguridad permanente y principalmente a salvo de la realidad estresante como es la de enfrentar el dolor y la muerte de un paciente.

A continuación se presentan los resultados que provienen del cruzado de variables para determinar el grado de influencia del rasgo de personalidad “relaciones del yo y del pasado” sobre el nivel del Síndrome de Burnout.

**Cuadro N° 27**

**RELACIÓN RASGO DE PERSONALIDAD RELACIONES DEL YO Y DEL PASADO Y SÍNDROME DE BURNOUT**

<b>RELACIONES DEL YO Y DEL PASADO</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>PRESENTA</b>	<b>NO PRESENTA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	15%	9%	24%
<b>MEDIO</b>	41%	16%	57%
<b>ALTO</b>	14%	5%	19%
<b>TOTAL</b>	70%	30%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Al respecto podemos afirmar que la presencia del rasgo en relación a los que no presentan es significativa sobre la incidencia del síndrome.

**Inestabilidad Emocional**

Continuando con el análisis de los datos obtenidos se observa que un 14% de la población fluctúan los sentimientos y estados emotivos, como los altibajos del ánimo, sin motivo o por causas insignificantes de manera constante, y pueden manifestarse en la susceptibilidad con los compañeros de trabajo, e irritabilidad con

los pacientes y más vulnerables por las características propias del ejercicio profesional, ya que tiene que convivir diariamente con el sufrimiento, contacto continuo y permanente con personas deprimidas.

A continuación se presenta la relación entre el rasgo de personalidad “inestabilidad emocional” y su incidencia en el nivel del síndrome de burnout.

**Cuadro N° 28**  
**RELACIÓN RASGO DE PERSONALIDAD INESTABILIDAD EMOCIONAL**  
**Y SÍNDROME DE BURNOUT**

<b>INESTABILIDAD EMOCIONAL</b>			
<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>PRESENTA</b>	<b>NO PRESENTA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	6%	18%	24%
<b>MEDIO</b>	13%	44%	57%
<b>ALTO</b>	5%	14%	19%
<b>TOTAL</b>	24%	76%	100%

Al analizar este rasgo podemos evidenciar que la presencia del rasgo en relación a los que no presentan es relevante, por lo que concluimos que no es significativa sobre la incidencia del síndrome.

### **Dulzura y Contacto Fácil**

Finalmente un puntaje de 13% evidencia la presencia del rasgo de dulzura y contacto fácil, rasgo que se puede estar asociado a la sensibilidad y orientación hacia los demás por la profesión misma de la enfermería

A continuación pasamos analizar la relación entre el rasgo de personalidad “dulzura y contacto fácil y el Síndrome de Burnout:

### Cuadro N° 29

#### RELACION PORCENTUAL RASGO DE PERSONALIDAD DULZURA Y CONTACTO FÁCIL Y SINDROME DE BURNOUT

DULZURA Y CONTACTO FÁCIL			
NIVEL DE BURNOUT	PRESENTA	NO PRESENTA	TOTAL
BAJO	10%	14%	24%
MEDIO	9%	48%	57%
ALTO	4%	15%	19%
TOTAL	23%	77%	100%

Fuente: Elaboración Personal

Al analizar este rasgo podemos evidenciar que la presencia del rasgo en relación a los que no presentan es relevante, por lo que concluimos que es significativa sobre la incidencia del síndrome, constituyéndose en un factor protector contra el burnout.

Se infiere que de acuerdo a los rasgos de personalidad presentados en el personal de enfermería, podemos decir que poseen dulzura y contacto fácil, sociables, de comprensión afectiva y una clara sensibilidad, pero es la inestabilidad emocional la que puede o no predisponer al cansancio emocional y despersonalización.

#### 5.10 VALORACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD

Se utilizó el cuestionario de Enrique Rojas de manera complementaria, para la valoración del nivel de ansiedad en las enfermeras, relacionándolo con el nivel de burnout alcanzado,

Este cuestionario agrupa cinco síntomas (Físicos, psicológicos, conductuales, intelectuales y asertivos). Cada ámbito tiene 20 preguntas, las cuales indagan sobre la

presencia o ausencia del síntoma y la valoración de su intensidad mediante una escala que va de 1 a 4 puntos

**Cuadro N° 30**

**NIVEL DE ANSIEDAD GENERAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT**

<b>NIVEL DE BURNOUT</b>	<b>BANDA NORMAL</b>	<b>ANSIEDAD LIGERA</b>	<b>ANSIEDAD MODERADA</b>	<b>ANSIEDAD GRAVE</b>	<b>ANSIEDAD MUY GRAVE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BAJO</b>	24%	0%	0%	0%	0%	24%
<b>MEDIO</b>	54%	3%	0%	0%	0%	57%
<b>ALTO</b>	16%	2%	1%	0%	0%	19%
<b>TOTAL</b>	94%	5%	1%	0%	0%	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los resultados generales del cuestionario de ansiedad, un 94% de la muestra se encuentra en la banda normal de ansiedad y cruzando con la variable del Síndrome de Burnout sólo el 54% se encuentra en un nivel medio del síndrome, lo cual nos lleva a suponer que a pesar de la naturaleza de las tareas propias de la enfermería, es relativamente normal la ansiedad que se encontró en el personal, y que la capacidad de adaptación está vigente en todo ser humano, ya que en vez de ser un perjuicio, ayudará a estos individuos ante ciertos requerimientos y exigencias de la vida, introduciéndolos en el campo de la motivación, haciendo que sus posibilidades de responder y enfrentarse ante situaciones nuevas se amplíen.

El 5% de las enfermeras muestra una ansiedad ligera, lo que puede ser una reacción adaptativa del organismo que está ubicada entre una situación de tensión, peligro o amenaza que es propia del trabajo que realizan. Finalmente el 1% obtuvo ansiedad moderada, la misma que puede ser experimentada de diferentes maneras, pero las más habituales son los sentimientos, emociones, pasiones, motivaciones ya que son manifestaciones esencialmente afectivas.

## PUNTAJES DE LA ANSIEDAD

ESCALA	INDICADORES
0-20	Banda normal
20-30	Ansiedad Ligera
30-40	Ansiedad Moderada
40-50	Ansiedad Grave
50	Ansiedad muy Grave

Fuente: Elaboración Personal

Los niveles de diagnóstico fueron obtenidos mediante el cuestionario de Rojas que categoriza a la ansiedad en distintos niveles.

La intensidad y los síntomas varían de una persona a otra y no se pueden generalizar; cada individuo, según su personalidad, predisposición biológica o psicológica se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos solo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de ansiedad.

Para una mejor comprensión de los síntomas se procederá al análisis de cada una de las áreas de la ansiedad, que pueden contribuir en la aparición o el incremento del nivel de ansiedad en las enfermeras.

### Cuadro N° 31 SÍNTOMAS FÍSICOS

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-20 Banda Normal	93	93%
20-30 Ansiedad Ligera	5	5%
30- 40 Ansiedad Moderada	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Elaboración Personal

De acuerdo al porcentaje adquirido por la muestra, los síntomas físicos indican que se encuentran dentro de la banda normal, lo que nos lleva a suponer que el 7% de las enfermeras pueden presentar en menor intensidad algunos de estos síntomas como ser; de palpitación, sudoraciones, sequedad de boca, sensación de falta de aire, pellizco gástrico, nudo en la garganta, temblores o ponerse pálidos.

**Cuadro N° 32**  
**SÍNTOMAS PSÍQUICOS**

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-20 Banda Normal	93	93%
20-30 Ansiedad Ligera	6	6%
30- 40Ansiedad Moderada	1	1%
Total	100	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los resultados de los síntomas psíquicos indican que se encuentran dentro de la banda normal.

Lleva a suponer que el 7% de las enfermeras pueden presentar en menor intensidad algunos de los siguientes síntomas como ser; desasosiego, inquietud, vivencias de amenaza, experiencia de lucha o de huida, temores difusos, inseguridad, miedos diversos, sensación de vacío interior, presentimiento de la nada, temor a perder el control, temor a agredir, rotura del yo, disminución de la atención, melancolía, pérdida de energía y sospechas e incertidumbres negativas vagas.

A continuación detallamos los síntomas de conducta:

**Cuadro N° 33**  
**SÍNTOMAS DE CONDUCTA**

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-20 Banda Normal	91	91%
20-30 Ansiedad Ligera	4	4%
30- 40 Ansiedad Moderada	5	5%
Total	100	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los resultados obtenidos por la muestra en el área de los síntomas de conducta se encuentran dentro de la banda normal. El 9% de los trabajadores de los hospitales pueden presentar en menor intensidad algunos de los síntomas de comportamiento: estar en guardia, hipervigilancia, estado de atención expectante, dificultad para la acción, inadecuación, disminución o ausencia de la eficacia operativa, bloqueo afectivo, sorpresa, no saber qué hacer, interrupción del normal funcionamiento psicológico, dificultad para llevar a cabo tareas simples, inquietud motora.

**Cuadro N° 34**  
**SÍNTOMAS INTELECTUALES**

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-20 Banda Normal	90	90%
20-30 Ansiedad Ligera	7	7%
30- 40 Ansiedad Moderada	1	2%
40- 50 Ansiedad Grave	1	1%
Mas de 50 Ansiedad muy grave	1	1%
Total	100	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los síntomas intelectuales presentan un promedio que denota que se encuentran en una banda normal (90%), y el restante 10% indica que los trabajadores pueden presentar algunos de los síntomas intelectuales de menor a muy grave intensidad como ser: errores en el procesamiento de la información; expectativas negativas generalizadas, falsas interpretaciones de la realidad personal, pensamientos preocupantes; falsos esquemas en la fabricación de ideas y juicios y razonamientos; pensamientos distorsionados; patrones automáticos distorsionados; patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder; pensamiento absolutista y selección de pensamientos irreconciliables; dificultad para concentrarse, tendencia a la duda, problemas de memoria, olvido permanente de los aspectos gratificantes de la biografía.

**Cuadro N° 35**  
**SÍNTOMAS ASERTIVOS**

<b>INDICADORES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0-20 Banda Normal	84	84%
20-30 Ansiedad Ligera	9	9%
30- 40 Ansiedad Moderada	5	5%
40-50 Ansiedad grave	1	1%
Mas de 50 Ansiedad muy grave	1	1%
Total	100	100%

**Fuente: Elaboración Personal**

Los síntomas asertivos son una de las áreas más importantes y es donde la muestra si bien el 84% se encuentra dentro de la banda normal. Se puede observar que el 16% tiene problemas en las habilidades sociales, no saber iniciar una conversación, dificultad para presentarse uno a sí mismo, dificultad para decir que no, dar una respuesta por otra al hablar en público, bloquearse al hacer preguntas o al tener que responder, no saber llevar una conversación de forma correcta; pocas habilidades

prácticas en la conversación con más de dos personas, no saber aceptar una broma o una ocurrencia divertida, escaso entrenamiento para estar relajado en grupo. Todos estos síntomas si llegara a una intensidad ligera, intensidad mediana, intensidad alta o intensidad grave; podrían contribuir en la aparición y el incremento del nivel de ansiedad.

En una síntesis preliminar, podemos decir que las variables con mayor incidencia sobre el nivel del Síndrome de Burnout con un grado medio fueron: una primera variable el sexo que predomina son las mujeres, segunda variable el estado civil (casada), tercera variable horas de trabajo (36 horas) en la institución con los roces cotidianos que eso conlleva, además de la convivencia con el dolor y sufrimiento humano, cuarta variable la edad (30 y 40 años), quinta variable; años de servicio (menos de 15), sexta variable; categoría profesional (auxiliar), séptima variable el área donde desempeña su trabajo (pediatría, consultorio externo, medicina interna) y por último el Hospital Obrero.

En una síntesis preliminar, podemos decir que las variables con mayor incidencia sobre el nivel del Síndrome de Burnout con un grado medio fueron: una primera variable los años de servicio (15 años), la segunda variable horas laborales (36 horas), la tercera variable el no poder participar en las decisiones del hospital, cuarta variable la percepción de valoración del paciente, quinta variable valoración de los superiores, sexta variable el rasgo de personalidad relaciones del yo y del pasado y como última variable dulzura y contacto fácil.

### **5.11 ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS**

El Síndrome de Burnout es un reto para las instituciones sanitarias del sistema público en varios países, debido a que se estima en algunos estudios epidemiológicos recientes, (Del Río y Perezagua, 2003:36) se han obtenido porcentajes como el de Chile que registra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 30%, aunque

resultados más moderados sitúan su prevalencia en el 17,83% reportadas por enfermeras en España.

Al ser un cuestionario compartido el Maslach Burnout Inventory en diversos países presenta la ventaja de permitir hacer comparaciones entre los resultados obtenidos de nuestra muestra y muestras más amplias como las realizadas en Estados Unidos de tal manera que nos permitiera analizar en qué medida las enfermeras son vulnerables al síndrome respecto a otras poblaciones similares.

La hipótesis planteada para esta investigación fue:

“La prevalencia del Síndrome de Burnout en los Hospitales San Juan de Dios y Obrero es superior a la media encontrada en las muestras americanas” y se caracteriza por :

- Alto cansancio emocional
- Alta despersonalización
- Bajo sentido de realización personal.

Descartamos la hipótesis que nos habíamos planteado, ya que los parámetros antes mencionados no se cumplieron debido a que los valores medios de burnout que se obtuvieron para las tres dimensiones de nuestra muestra fueron:

#### **PUNTUACIONES MEDIAS DE LA MUESTRA**

<b>Dimensiones del Burnout</b>	<b>Medias</b>
Cansancio Emocional	21,42
Despersonalización	5,71
Realización personal	38,43

**Fuente: Elaboración Personal**

En este sentido, destacamos que nuestra muestra obtiene la puntuación media más baja en despersonalización, más alta en realización personal y cansancio emocional en relación a las muestras americanas.

Esta información la podemos observar en el cuadro comparativo N° 36 que a continuación se detalla:

**Cuadro N° 36**  
**COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES MEDIAS DE LA MUESTRA**  
**CON LAS MUESTRAS AMERICANAS**

Variables	Nacionalidad	Media
Cansancio Emocional	Americana (1)	22,19
	Americana (2)	20,39
	Tarijeña	<b>21,42</b>
Despersonalización	Americana (1)	7,12
	Americana (2)	8,73
	Tarijeña	<b>5,71</b>
Realización personal	Americana (1)	36,53
	Americana (2)	34,58
	Tarijeña	<b>38,43</b>

**Fuente: Elaboración Personal**

1. Muestra en médicos y enfermeros N°= 1104 personas
2. Muestra Total conjunta N° =11067 personas

Para comparar el grado de burnout en la muestra de enfermeras de los hospitales de la ciudad de Tarija, es necesario interpretar las puntuaciones obtenidas comparativamente con las puntuaciones de las muestras muy amplias. Por esta razón incluimos la Tabla del manual del MBI de TEA (Seisdedos 1997) que recoge los estadísticos básicos de la muestra americana.

En relación a la muestra americana total conjunta y a la muestra americana de profesionales médicos y enfermeros, las enfermeras en nuestra investigación presentan un grado alto de cansancio emocional, que es la dimensión más afectada por las fuentes de estrés y una marcada diferencia en el grado de despersonalización obteniendo resultados por debajo de la media y un grado alto en realización personal.

En cuanto a la variable despersonalización el contraste de medias muestra diferencias significativas. La despersonalización tiene múltiples formas de hacerse efectiva y es la variable que depende más de actitudes personales y laborales. Es muy probable que las formas de despersonalización, o de distanciamiento en general, sean muy específicas de cada grupo poblacional.

En la variable de realización personal, la diferencia en este resultado debe enmarcarse en el contexto sociocultural, económico y político de ambos países. Sin esta referencia contextual, la diferencia pierde todo su sentido.

Pines y Guendelman (1995) mantienen que el burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que ésta marca no sólo la forma de entender el desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir.

De ahí que estos autores concluyan que la cultura puede ser un mediador relevante en la incidencia del burnout.

## 6.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a lo expuesto en el desarrollo de los capítulos anteriores, se presentan las siguientes conclusiones de este proceso de investigación, ordenadas de acuerdo a los objetivos planteados y la hipótesis que pretenden integrar los aspectos más destacables de esta investigación.

1. En relación al primer objetivo específico podemos llegar a la conclusión de que las enfermeras tienen un nivel medio de cansancio emocional.
2. En relación al segundo objetivo específico podemos llegar a la conclusión de que las enfermeras tienen un nivel medio de despersonalización.
3. En relación al tercer objetivo específico podemos llegar a la conclusión de que las enfermeras tienen un nivel medio de realización personal.
4. En relación al objetivo general y de acuerdo a los resultados de la investigación se evidencia la presencia del Síndrome de Burnout en un nivel medio, con una prevalencia del 57% del total de la muestra encuestada de los Hospitales San Juan de Dios y Obrero.
5. A la vista de los resultados tenemos que descartar la hipótesis que nos habíamos planteado ya que los valores medios de burnout en las tres dimensiones en la muestra, no son superiores a la media encontrada en las muestras americanas.

## 7. 1 RECOMENDACIONES

En virtud a la presente investigación realizada con enfermeras de los hospitales San Juan de Dios y Obrero de la ciudad de Tarija nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere realizar una adaptación local del Inventario de Burnout de Maslach ya que actualmente no existen unos criterios diagnósticos definidos para el Síndrome de que diferencien el caso de burnout de quién no lo padece, es decir que nos clarifique quién está afectado por el síndrome. Esta deficiencia plantea una dificultad para la estimación de la prevalencia del burnout.
- Del mismo modo como señala Maslach (1997) en su manual para uso del Maslach Burnout Inventory, deben efectuarse estudios longitudinales, para verificar el desarrollo del síndrome, sabemos que se desarrolla en pocos años, pero se debe confirmar cómo es su evolución..
- En cuanto al procedimiento, se recomienda tratar en lo posible tener un ambiente adecuado para la aplicación de este tipo de instrumentos, donde se tenga la privacidad del sujeto para contestar abiertamente a cada una de las pruebas, ya que las enfermeras se sienten cohibidas al momento de dar las respuestas, por la cercanía de las demás, ya que no pueden desahogar emociones que a veces reprimen y expresar sus opiniones que por temor a ser despedidas, nunca las contaron a nadie, quejas que se tienen respecto al trato que reciben de sus superiores o compañeros.

- Tomar en cuenta al momento de la evaluación de los distintos instrumentos a la hora de replicar esta investigación; ya que las enfermeras pueden estar más cansadas al terminar su turno de trabajo y no así cuando ingresan pues están más descansadas y activas, o también puede que estén menos predispuestas a responder por el escaso tiempo que disponen, ya que deben recibir la historia e informes de cada paciente, el material, etc de parte de la enfermera que acabó su turno.
- Ampliar el estudio con un mayor número de sujetos, implicadas todas las provincias del departamento, en muestras con características similares y distintas, con el fin de conocer todas las variables implicadas y la magnitud de la existencia del Síndrome de Burnout y tener una visión más amplia de la realidad en nuestra población, ya que sin lugar a dudas se encuentra altamente ligado el síndrome a los procesos de estrés, unido a los aspectos de bienestar y salud laboral.
- Como punto de trabajo se elaboró un manual con las técnicas de prevención y reducción del Síndrome de Burnout para su aplicación a las enfermeras y que adjuntamos en el anexo N° 12, de esta manera poder mejorar la calidad de trabajo y vida de las enfermeras, así como la calidad en la atención de los pacientes.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Enfermería y Salud Laboral: “Un enfoque hacia el futuro” (pp. 133-138), Almería: Universidad de Almería Servicio de Publicaciones.
2. Gil-Monte. R, y Peiró, J.M., Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse, Síntesis, Madrid. (1997).
3. M. J., Gómez, C., García, I., Bono, M. y Pérez, artículo de investigación recibido vía email.com: “Burnout” en el personal sanitario de enfermería del distrito “Agrupación Centro Almería”. En G. Aguilera (ed.), 2001.
4. Llor, B., Abad, M.A., García, M. y Nieto, J. (1995: Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud. Madrid. McGraw-hill – Interamericana de España.
5. Peiró, J.M, “Psicología de la Organización, (vol. 1)”. UNED, Madrid, 1986.
6. Peiró, J.M. y Salvador, A. (1993): Control del Estrés Laboral. Madrid. Eudema.
7. Rojas Enrique, “ Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad”, 2000

## **REFERENCIAS DE PÁGINAS WEB**

8. Pérez Urdaiz Antonio, “Estudio del Síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un Hospital General”, Actas Españolas de Psiquiatría. Vol. 27(5) 4 – 7 septiembre, 1999. <http://www.psiquiatria.com>

9. Tello, S., Tolmos, M. T., Vázquez, R. y Vázquez, M. E. (2002), “Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital Clínico de San Carlos” [http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor\\_8/s1/s8\\_04.htm](http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_8/s1/s8_04.htm).
10. [www.ergonomia.cl/bv/0106.html](http://www.ergonomia.cl/bv/0106.html)
11. [www.psicologiacientifica.com/publicaciones.htm](http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones.htm)
12. <http://www.yacuiba.com/index.php?p=1071>

