



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral
del Personal de Enfermería de una Clínica Psiquiátrica**

T E S I S

Para obtener el GRADO de :
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
CLAUDIA ELIZABETH PIÑA HERNÁNDEZ

Comité de Tesis

Dr. José Lauro de los Ríos Castillo

M. P. S. Darío Gaytán Hernández

JUNIO 23 DE 2005





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral
del Personal de Enfermería de una Clínica Psiquiátrica**

T E S I S

**Para obtener el GRADO de :
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería**

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
CLAUDIA ELIZABETH PIÑA HERNÁNDEZ

Aprobada por Comité de Tesis

Director

DR. José Lauro de los Ríos Castillo

Asesor Metodológico

M. P. S. Darío Gaytán Hernández

JUNIO 23 DE 2005



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24; 826-23-25; Fax: 826-23-26
Posgrado e Investigación: Tel./fax: 826-24-27; 834-25-45; 834-25-46 Administración: Tel. 834-25-47
Dirección: Tel. 826-23-27
Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

**Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral
del Personal de Enfermería de una Clínica Psiquiátrica**

ELABORADO POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
CLAUDIA ELIZABETH PIÑA HERNÁNDEZ**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO

Nohemí Martínez Rosas
MSM. NOHEMÍ MARTÍNEZ ROSAS

SECRETARIO

Dr. José Lauro de los Ríos Castillo
DR. JOSÉ LAURO DE LOS RÍOS CASTILLO

VOCAL

Ma. del Pilar Pastor Durango
MSP. MA. DEL PILAR PASTOR DURANGO

JUNIO 23 DE 2005

AGRADECIMIENTOS

A Dios

A mis padres:

*Claudio Piña Zavalija.
Ignacia Hernández Olvera.*

A mis hermanos:

*Carlos Alberto Piña Hernández.
Cinthya Selene Piña Hernández.*

A mi esposo:

Edgar Gildardo Barbosa Andrade

Por su amor, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida y por ser cada uno de ellos la razón de mi existir.

Así como al Dr. José Lauro de los Ríos Castillo y al MPS. Darío Gaytán Hernández por su apoyo incondicional en este proceso.

Muchas Gracias

Resumen:

Objetivo: Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral del personal de Enfermería de una Clínica Psiquiátrica. **Metodología:** es un estudio descriptivo, analítico y transversal. El universo estuvo constituido por 27 enfermeras. Para medir la variable independiente se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) en su versión validada y confiable para enfermeras mexicanas; y para la variable dependiente "Desempeño Laboral" se utilizó una Lista de Verificación.

Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas, pruebas no paramétricas como el Coeficiente de Contingencia y el Coeficiente Tau c de Kendall y para la prueba de hipótesis se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Resultados: la población estuvo constituida por 27 enfermeras, de las cuales 85% fueron mujeres. Se encontró que 59.3% tiene un alto nivel de afectación del Síndrome de Burnout y que existe una asociación estadísticamente significativa entre este síndrome y el "Desempeño laboral".

Conclusiones: La población estudiada es un grupo homogéneo en cuanto a sus variables sociodemográficas y laborales. Se demostró en este estudio que a mayor a nivel de afectación del Síndrome de Burnout menor es el Desempeño Laboral del personal de enfermería.

Palabras clave: Burnout, Desempeño Laboral, Enfermería, Salud.

Abstract

Objective: To determine the relationship between the Burnout Syndrome and Job Performance of the Nursing staff from a Psychiatric Clinic. **Methodology:** this is a descriptive, analytical and transversal study. The universe was constituted by 27 female nurses. In order to measure the independent variable, the validated and reliable version of the Brief Questionnaire of Burnout (CBB) for Mexican nurses, was used; and for measuring the dependent variable "Job Performance", a Verification List was employed.

The following tools were utilized: Descriptive Statistics with absolute and relative frequencies, nonparametric tests such as the Contingency Coefficient and the Kendall's Tau c Coefficient and finally, for the hypothesis test, the Pearson's Correlation Coefficient was used.

Results: The target population was constituted by 27 nurses, from who 85,2% were women. It was found that the Burnout Syndrome affected 59.3% of them in a high extent, and that there is a statistically significant relationship between this syndrome and "Job Performance."

Conclusions: The studied population is a homogenous group in its socio-demographics and job variables. It was shown, in this study, that the higher the degree of affectation of the Burnout Syndrome, the lower the Job Performance of the nursing staff.

Key words: Burnout, Job Performance, Nursing, Health

ÍNDICE

| | PAGINAS |
|---|---------|
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. JUSTIFICACIÓN | 3 |
| III. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 3.1. Contextualización de la clínica psiquiátrica..... | 8 |
| 3.2. Estrés..... | 10 |
| 3.3. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería..... | 19 |
| 3.4. Desempeño laboral..... | 49 |
| 3.5. Desempeño en enfermería..... | 54 |
| 3.6. Evaluación del cumplimiento laboral del personal de enfermería..... | 58 |
| 3.7. Estudios relacionados..... | 62 |
| IV. OBJETIVOS | 68 |
| V. HIPÓTESIS | 69 |
| VI. DISEÑO METODOLÓGICO | 70 |
| 6.1. Tipo de estudio..... | 70 |
| 6.2. Lugar y tiempo programado para el estudio..... | 70 |
| 6.3. Universo..... | 70 |
| 6.4. Población..... | 70 |
| 6.5. Criterios de inclusión..... | 70 |
| 6.6. Criterios de exclusión..... | 71 |
| 6.7. Criterios de eliminación..... | 71 |
| 6.8. Recolección de datos..... | 71 |
| VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 78 |
| VIII. RESULTADOS | 79 |
| IX. DISCUSIÓN | 91 |
| X. CONCLUSIONES | 101 |
| XI. RECOMENDACIONES | 102 |
| XII. BIBLIOGRAFÍA REFERIDA | 103 |
| XIII. ANEXOS | 110 |
| ANEXO 1. CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT..... | 111 |
| ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL..... | 117 |
| ANEXO 3. PERMISO PARA EL USO Y REPRODUCCIÓN DEL CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (CBB)..... | 120 |
| ANEXO 4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... | 121 |

I. INTRODUCCIÓN

El término *burnout*, cuya traducción correspondería a “estar quemado”, fue introducido por Freudenberguer a mediados de los años setenta para dar una explicación al proceso negativo que sufren los profesionales en su labor, que se traduce en deterioro en la atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios. En los últimos años ha quedado establecido como 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.¹

Los sujetos afectados por este síndrome muestran desilusión, irritabilidad y sentimientos de frustración; se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces. Se vuelven rígidos, tercos e inflexibles. Asimismo, afloran síntomas de carácter psicosomático como mayor cansancio, dificultades respiratorias, problemas gastrointestinales, etc.

Este conjunto de síntomas y signos de carácter actitudinal, conductual y psicosomático se entiende como las consecuencias del síndrome de *burnout* o “estar quemado”. Si se concibe como una respuesta al estrés laboral crónico, tal como se mencionó anteriormente, se deben considerar dos elementos claves en esta **relación**, como son: el entorno y la persona. El entorno sanitario, en donde se desenvuelve el personal de enfermería presenta características especiales y novedosas que los hace reflexionar sobre como adecuarse profesionalmente al mismo.

Actualmente existen diferentes variables que lo condicionan como son: nuevas demandas asistenciales, indefinición y ambigüedad del rol profesional, crisis del sistema y su presumible reorientación, altos niveles de ausentismo laboral, falta de motivación, poca conciencia de los gestores sobre el problema y la

consecuente falta de soluciones desde la organización, nuevos sistemas de gestión y la introducción de elementos de competitividad entre los centros.

Todo esto lleva a un deterioro en el desempeño laboral del personal, es decir una disminución en el cumplimiento de las actividades y funciones que tiene el individuo, en relación al puesto que ocupa en la organización. Debido a que presenta ausentismos, incapacidades, irritabilidad, baja motivación, enfermedades físicas, inclusive maltrato hacia los pacientes y malas relaciones con los compañeros, lo que repercute en la calidad de la atención que se proporciona, además de representar grandes costos para las instituciones de salud.

Por lo que el objetivo de este estudio es analizar la asociación entre el Síndrome de Burnout y el desempeño laboral del personal de enfermería en una clínica psiquiátrica.

II. JUSTIFICACIÓN

El trabajo puede ser fuente de enfermedades tanto físicas como mentales, por lo que los trabajadores de la salud se exponen a una gran cantidad de riesgos biológicos, físicos y químicos así como los vinculados a la salud mental, es decir, riesgos que están relacionados con la organización y el contenido del trabajo.²

Los profesionales de la salud mental constituyen uno de los colectivos más afectados del área de la salud a causa del estrés debido a que están en mayor contacto con los aspectos emocionales más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, miedo, sexualidad y muerte), así como el proporcionar atención a pacientes con trastornos emocionales que con frecuencia afectan la tolerancia a la frustración.³

El contacto directo y continuo con este tipo de pacientes, produce desgaste profesional entre el personal de enfermería del área de la salud mental, situación que se encuentra presente en mayor medida a causa de las dificultades inherentes a la relación interpersonal e intrapersonal en esta especialidad, ya que son los trabajadores más expuestos debido a que están en contacto directo con los pacientes durante su jornada laboral, aunado a que estos pacientes presentan conductas agresivas, intromisivas, perseverantes, con intento suicida, trastornos de la personalidad, conductas antisociales, por lo que el personal necesita de apoyo y supervisión para mantener su desempeño laboral saludable.⁴

En este sentido, el síndrome de Burnout se ha conceptualizado como un proceso que ocurre entre los profesionales que trabajan para personas, o cuyo objeto de trabajo son éstas. Este síndrome fue caracterizado por la aparición de baja realización personal (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar sus actividades y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende), alto cansancio emocional

(no poder dar más de si mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y en general de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo).^{5, 6, 7}. Por lo que el Síndrome de Burnout fue definido como "tipo de estrés laboral e institucional generado especialmente en aquellos profesionales donde existe una relación constante, directa e intensa con otras personas que por lo regular ofrecen algún tipo de servicio y ayuda".

Este síndrome es considerado un problema social y de salud pública. A finales del decenio pasado, la Organización Internacional del Trabajo planteó su preocupación ante el aumento de los índices de estrés laboral en el mundo. En este sentido, este organismo considera que el estrés en el trabajo es uno de los grandes desafíos que se presentan a los gobiernos, empleadores y sindicatos.⁸

Además el problema alcanza tal magnitud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) evaluó en su informe del año 2000 la calidad de los sistemas de salud considerando la tasa de accidentalidad, morbilidad y ausentismo de los profesionales, donde quedó demostrado que el personal de enfermería es el más afectado respecto a estos aspectos, directamente ligados a sus condiciones de trabajo.⁹

Según otros investigadores que abordan la presencia de Burnout en profesionales de enfermería, la insatisfacción marital, las relaciones familiares disfuncionales, la falta de tiempo de ocio y la ausencia de actividad física, junto con una insatisfacción permanente y con sobrecarga laboral, son factores que también están asociados al Síndrome de Burnout.¹⁰ Gran parte de estos profesionales son del género femenino que trabaja remuneradamente, lo hace en actividades o profesiones de servicio, en los que la atención o cuidado de otros es la función fundamental y le exige un gran compromiso emocional, el mejor ejemplo es el de las enfermeras. Investigadores de la Universidad de Harvard, Estados Unidos,

realizaron un seguimiento durante cuatro años, a 21.290 enfermeras para evaluar las condiciones que influían en el estado de salud física y emocional de estas trabajadoras.¹¹ El estudio demostró que, con el tiempo, las enfermeras que realizan actividades que demandan una alta carga laboral, poco control sobre ella, y escaso apoyo de su entorno laboral, presentaron una disminución importante en sus niveles de salud física y emocional con repercusiones en el deterioro de sus habilidades.

En México en 1997, una investigación cuyo objetivo fue establecer una aproximación al perfil de riesgo de *Burnout* en el personal sanitario llegó a la conclusión de que el perfil epidemiológico de riesgo es: una mujer de más de 44 años sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 años en el mismo lugar de trabajo, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70 por ciento de la jornada laboral, y ésta, entre 36 y 40 horas semanales,¹² lo que coincide con el perfil del personal de la clínica psiquiátrica

Por otro lado el Síndrome de Burnout tiene diversas consecuencias a nivel individual, familiar y organizacional como: deterioro en la calidad de la atención de los pacientes, renuncias y ausentismo de los trabajadores, costos institucionales por el daño de los profesionales (por enfermedad o despidos), costo potencial de reclamos por negligencia, consecuencias que afectan a la organización. Así como alteraciones que afectan directamente el **desempeño laboral** del profesional de enfermería debido al abuso de drogas lícitas e ilícitas, fármacos y alcohol, **ausentismo laboral** y conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, por ejemplo).¹³

En ocasiones surgen **conductas paradójicas defensivas que afectan al desempeño laboral como el desarrollo excesivo de hobbies (que llenan la mente de la persona, incluso en horas de trabajo), dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina (con disminución de la atención a los**

casos "poco interesantes"), pseudoausentismo laboral con el desarrollo de actividades cuyo objetivo es limitar el número de horas reales en el centro de trabajo (actividades sindicales, formación continua). Así como alteraciones emocionales como ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo, entre otras.¹⁴

Se tiene conocimiento que este Síndrome afecta el desempeño laboral del personal, es decir, afecta el cumplimiento de las actividades y funciones que tiene el individuo, en relación al puesto que ocupa en la organización tales como actividades de tipo asistencial, administrativas y docentes. Por lo que la importancia de la evaluación en enfermería radica en conocer el desempeño de este para mejorar la calidad de la atención y coadyuvar en el crecimiento del personal, donde se obtenga la satisfacción del usuario a través del servicio y así mejorar la imagen de la institución y de la profesión de enfermería.

Con base en lo anterior, es importante realizar una evaluación del desempeño en la que se requiere de la medición y comparación de algunas variables individuales, grupales y organizacionales para no caer en la subjetividad, ni en la falta de criterios, se debe apoyar en un amplio referente que fortalezca la coherencia en todos sus aspectos.

Debido a lo expuesto, existe la necesidad de establecer por parte de la institución a través del Departamento de Enfermería de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña una evaluación del desempeño de enfermería que mida principalmente el cumplimiento de las actividades estipuladas en la atención proporcionada, con el propósito de incrementar el desarrollo profesional del personal, mejorar los servicios para que el paciente reciba una atención de calidad, además de favorecer la futura certificación de la institución al elevar la calidad profesional de la enfermera.

La experiencia en el área psiquiátrica, ha permitido observar que el personal de enfermería presenta algunas de las características propias del Síndrome de Burnout tales como ausentismos, incapacidad, irritabilidad, alteraciones físicas, falta de motivación, deseos de abandonar el trabajo.

Por lo que este estudio sería la base para diseñar un proyecto de intervención para la prevención, detección y tratamiento del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería abarcando los aspectos individuales, grupales y organizacionales lo que por ende serviría para mejorar el desempeño laboral del personal de enfermería.

III. MARCO TEÓRICO

Este apartado se integró con cinco capítulos, ordenados de la siguiente manera:

3. 1. Contextualización de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
3. 2. Estrés
3. 3. Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería
3. 4. Desempeño laboral
3. 5. Desempeño en enfermería
3. 6. Estudios relacionados con el Síndrome de Burnout

3. 1. Contextualización de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña

La Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña" se localiza en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, ubicado en la parte noreste de la zona centro de San Luis Potosí y se sitúa a una altitud de 1882 mts. sobre el nivel del mar. La cabecera municipal esta distante 6 km. al oriente de la capital del estado, sus coordenadas son 22° 12' latitud norte 100° 56' longitud oeste.

La construcción de esta clínica psiquiátrica dio inicio el 16 de septiembre de 1968 en un terreno donado por el Sr. Joaquín Córdoba y fue inaugurada el 16 de septiembre de 1970 por el entonces Gobernador Lic. Antonio Rocha Cordero con el nombre de " VICENTE CHICO SEIN " quien fuera gobernador del Estado de 1859 a 1860 y fundador del Instituto Científico y Literario, base de la actual Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

El 19 de septiembre de 1995, en honor del pionero de la psiquiatría en nuestro Estado se le impuso el nombre del Dr. Everardo Neumann Peña quien fuera su director hasta 1985. El 12 de noviembre de 1998 fue publicado el Decreto

Administrativo que constituyó a la Institución como Organismo Público Desconcentrado (OPD) del Organismo Público Descentralizado de los Servicios de Salud en el estado de San Luis Potosí, quedando abrogado el decreto anterior que la constituía como OPD del Gobierno Estatal, derivándose de esto una nueva y progresiva reestructuración administrativa.

En 1999 se llevaron a cabo dos supervisiones por parte de la Coordinación Nacional de Salud Mental (CORSAME) hoy nombrada Servicios de Salud Mental (SERSAME), misma que emitió sus dictámenes respecto del cumplimiento de la NOM-025-SSA2-1994 para el funcionamiento de Unidades de Atención Médico-Psiquiátrica. En el mismo año fueron constituidos seis comités técnicos hospitalarios que han funcionado en auxilio de la Dirección General.

El 1° de Agosto de 1998 se llevó a cabo la incorporación de la institución y sus trabajadores a los Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí, como personal homologado. En el año 2000 se inauguró el Centro de Abasto para Usuarios "La Ventanita", nombre que se le dio mediante un concurso entre los usuarios. El área física consta de un terreno de 40,000 m² con una superficie construida de 6550 m². Actualmente los principales espacios para atención a usuarios son los siguientes:

- Área de Consulta Externa y Admisión.
- Unidad para Intervención en Crisis (UPIC).
- Sala para hospitalización de mediana estancia para mujeres. Sala "C"
- Sala para hospitalización de mediana estancia para hombres, Sala "G."
- Sala de Terapia Ocupacional, carpintería y manualidades, Sala E.
- Área de Hospital de Día. Sala "D"
- Áreas para docencia.
- Áreas deportivas y de recreación.

El personal de enfermería se distribuye en el turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada en los diferentes servicios en los cuales generalmente se encuentra una enfermera como responsable del servicio y personal asistente de enfermería como personal de apoyo en la asistencia de los pacientes.

Las categorías en las que se distribuye el personal de enfermería es una Jefa de Enfermeras, 6 supervisoras, 31 enfermeras responsables de servicio de las cuales 6 son enfermeras generales, 7 enfermeras auxiliares, 11 licenciados en enfermería, 5 enfermeros (as) eventuales y se cuentan con 38 asistentes de enfermería las cuales cuentan con diferentes niveles de escolaridad que van desde maestría, especialidad, licenciatura, enfermeras generales y auxiliares.

La evaluación del desempeño que se realiza en la institución se basa en los indicadores estipulados en el Reglamento para evaluar y estimular al personal de la Secretaría de Salud por su productividad en el trabajo, los cuales son la eficacia, eficiencia, intensidad, calidad, diligencia, responsabilidad, disciplina, asistencia, puntualidad y permanencia, mismos que son evaluados cada mes por las supervisoras del departamento de enfermería así como el área de recursos humanos.

3.2. El estrés

Thomas Holmes (1967) definió al estrés como un acontecimiento-estímulo que requiere de una adaptación por parte del individuo. Así como estímulo de estrés es cualquier circunstancia que de forma inusual o extraordinaria exige del individuo un cambio en su modo de vida habitual. En los modelos psicológicos actuales del estrés, cuyos representantes más significantes son Lazarus y Folkman (1986) en los cuales definen al estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.¹⁵

De acuerdo con Lazarus (1986), la esencia del estrés es el cambio y el proceso. La mayoría de los encuentros estresantes pasan por un proceso de tres fases. Primero es la fase de anticipación: el individuo debe prepararse para el estresor y pensar como será y qué consecuencias tendrá. Cuando el agente estresante llega, la persona hace esfuerzos de afrontamiento: es la etapa de espera, que incluye el tiempo que el individuo espera (feedback=retroalimentación), lo adecuado de sus respuestas de afrontamiento; finalmente la fase de resultados incluye la exposición y reacciones de la persona al desenlace favorable o el fracaso de sus respuestas de afrontamiento.

En todo el proceso Lazarus (1986) insiste en dos conceptos principales: la evaluación cognitiva y las respuestas de afrontamiento. La evaluación cognitiva es el proceso de pensamiento en el que la persona evalúa si un posible agente estresante es relevante o no para su bienestar, y en caso de ser afirmativo, si es potencialmente bueno o malo.

Las personas hacen dos tipos de evaluación. Una primaria, que es la evaluación cognitiva espontánea de un acontecimiento-estímulo en donde el sujeto se pregunta si se arriesga algo en el encuentro o no y la segunda es el afrontamiento el cual es el intento por parte de las personas de dominar a la circunstancia estresante, y tiene dos funciones principales: en primer lugar, cuando las personas se enfrentan, intentan librarse de las consecuencias negativas de los agentes estresantes, como por ejemplo, la ansiedad o la depresión; en segundo lugar, cuando las personas se enfrentan intentan cambiar la situación potencialmente estresante mediante la resolución de problemas por ejemplo el esfuerzo mental o la confrontación conductual (el esfuerzo físico).¹⁶

El modelo general de estrés propuesto por Lazarus (1986) comienza con la percepción del acontecimiento-estímulo, que puede manifestarse en diversos modos: un acontecimiento vital importante, una molestia diaria o una circunstancia crónica. Tras percibir el estímulo, el individuo hace una evaluación primaria del

sentido y significado personal del acontecimiento, que puede resultar relevante o irrelevante para el propio bienestar psíquico o físico, si se evalúan como relevante, a su vez pueden hacerse dos evaluaciones principales: como reto o como amenaza.

Estas evaluaciones provocan un aumento en las descargas del sistema nervioso autónomo (SNA) en forma de activación simpática a medida que la persona se prepara para el reto o la amenaza que se avecina. La activación provoca a su vez una evaluación secundaria: la persona se pregunta si dispone o no de las estrategias, recursos y habilidades para afrontar con éxito el reto o amenazas. Estas evaluaciones secundarias van seguidas de respuestas de afrontamiento voluntarias y estratégicas.

Si conducen al éxito, la persona disminuye el agente estresante en potencia, de modo que deja de ser una amenaza o un reto, si fracasan, entonces la activación autonómica continúa hasta que se ponga fin al hecho estresantes.

3.2.1. Tipos de agentes estresantes

Según el modelo de estrés propuesto, este surge de la percepción que el individuo tiene de las exigencias que el medio le plantea. Esta demanda del medio o agente estresante puede ser física o psicológica, intrínseca a una situación o pertenecer solo a la experiencia del individuo. En concreto se puede señalar como agentes estresantes más estudiados en la literatura sobre esta materia los siguientes:

- a) Acontecimientos traumáticos. Son situaciones de peligro excepcional que se salen del ámbito de las experiencias normales, como por ejemplo en los desastres naturales, accidentes catastróficos y los ataques físicos.¹⁷
- b) Acontecimientos vitales. Se tratan de hechos y dificultades que plantean considerables retos y cambios en el trascurso de la vida de la persona y que alteran o amenazan con alterar las actividades normales de los individuos. Los

acontecimientos vitales tanto negativos como positivos, requieren de un ajuste importante del comportamiento y pueden ser fuente de estrés.

c) Contratiempos cotidianos. Las molestias diarias son las exigencias irritantes, frustrantes y angustiosas, así como las relaciones conflictivas que nos preocupan habitualmente, algunos ejemplos se incluyen el extraviar cosas, las tareas domésticas, la pobreza, el ruido de la calle, las presiones laborales y académicas o los problemas maritales y de salud.

d) Dificultades crónicas. Son situaciones persistentes y desagradables que se mantienen, como por ejemplo, un nivel bajo de ingresos, malas condiciones de la vivienda, trabajo no satisfactorio o paro prolongado y dificultades afectivas persistentes.

3.2.2. Procesos de evaluación

En el modelo de Lazarus (1986), los procesos cognitivos tienen un papel central en la transacción del individuo con las exigencias del ambiente. La evaluación cognitiva, como actividad mental, implica un proceso de enjuiciamiento y valoración basado en las experiencias pasadas. Se distinguen dos formas principales de evaluación.

a) Evaluación primaria. Se trata de una evaluación personal a propósito del riesgo que se asume en una situación particular. De acuerdo con Folkman (1986) los siguientes seis resultados se ponen en juego con esta evaluación: 1) el bienestar físico, 2) la autoestima, 3) las metas de trabajo, 4) las condiciones económicas, 5) el bienestar de un ser querido, y 6) el bienestar propio (salud física, seguridad).

El proceso de evaluación primaria tiene como función valorar el significado de la situación, con tres consecuencias; el acontecimiento potencial es evaluado como desafiante, amenazante o irrelevante. Cuando el encuentro con el acontecimiento

no tiene consecuencias para el individuo, no pone en juego ninguna necesidad, valor o compromiso, la situación será irrelevante y, por tanto, no estresante.

Si se valora la transacción como positiva para el bienestar y se acompaña de emociones placenteras (tranquilidad, alegría, amor, etc) se dice que la situación es benigna. Ahora bien, si el acontecimiento es evaluado como relevante y además compromete el bienestar del individuo, se convierte en un posible agente estresante. Estos pueden ser percibidos como un reto, una oportunidad para mejorar, o bien como una amenaza o un ataque al propio bienestar.¹⁸

Desde este punto de vista, los agentes estresantes pueden ser vistos con mucha frecuencia como una arma de doble filo, que supone una oportunidad para el crecimiento y una amenaza para el bienestar, por ejemplo, la jubilación, el cambio de trabajo, el inicio de los estudios universitarios, los cambios de residencia, etc.

La diferencia entre el significado de un estímulo que se percibe como un reto y el que se ve como una amenaza está en que las dos evaluaciones producen emociones distintas. Ambos movilizan estrategias de afrontamiento, pero en la valoración del desafío, el individuo cree poseer las fuerzas necesarias para vencer la confrontación generando emociones de impaciencia, excitación y sensación de seguridad que mueven a la acción, mientras que la percepción de amenaza tiene un componente lesivo (daño o pérdida potencial), y se acompaña de preocupación, miedo y ansiedad, estado emocional anticipador que impulsa al individuo a la huida-evitación de la situación.

b) Evaluación secundaria. Es lo que la persona estima que puede hacer, si es que puede hacer algo, para ajustarse o dominar al posible agente estresante y que es personalmente significativo. Es la descarga del SNA provocado por el desafío o la amenaza de la evaluación primaria lo que actúa como señal corporal de que hacen falta respuestas de afrontamiento. Una evaluación secundaria implica: 1) una búsqueda cognitiva de las opciones de afrontamiento disponibles, y 2) un

pronóstico sobre las posibilidades de éxito de cada opción a la hora de enfrentarse al agente estresante, cuando una persona evalúa lo adecuado de sus recursos de afrontamiento, suele consultar sus estrategias personales, habilidades y capacidades (expectativas de autoeficiencia). Estos son los recursos que le permiten efectuar un cambio en el entorno o controlar sus reacciones emocionales, cognitivas y fisiológicas. Si la persona toma conciencia de que las discrepancias entre sus recursos y los exigidos por la situación son elevadas (bajas expectativas de autoeficacia o de resultados), sentirá una gran ansiedad.

Ambos tipos de evaluaciones van a determinar el grado de estrés y la calidad e intensidad de la respuesta emocional, que están a su vez determinados por factores personales del individuo (compromisos, creencias) y por factores propios de la situación-estímulo (que se trate de una novedad, y que sea imprescindible, ambigua y temporal).¹⁹

3.2.3. Consecuencias del estrés

Ante la presencia de un acontecimiento estresante se va a producir una alteración en el funcionamiento homeostático o basal global del individuo. Se altera el estado emocional, se deteriora la actividad cognitiva y sufre una alteración la homeostasis corporal.

- a) Alteración emocional. Esta se manifiesta a través de un estado de ansiedad, irritación o rabia, por depresión o sentimiento de culpa. Los estados de ansiedad y depresión son los más frecuentes, pero la ansiedad aparece antes y la depresión se produce después del esfuerzo de afrontamiento (cuando se ve que el agente estresante no se puede controlar con los recursos del individuo).
- b) Alteraciones cognitivas. Bajo los efectos del estrés, los procesos del pensamiento sufren un deterioro apareciendo problemas en la memoria, en la concentración y crea una confusión cognitiva. En general, el estrés tiene la

posibilidad de añadir a nuestro patrón de pensamiento normalmente organizado, elementos de preocupación y autoevaluaciones negativas. Limita el foco de atención del individuo, ocupando la mente de la persona pensamientos de fracaso, preocupación y duda que compiten por la atención con los pensamientos sobre la tarea o actividad.

Por otro lado, el estrés afecta la calidad de la toma de decisiones racional que implica la búsqueda activa de información relacionada con la decisión, una asimilación desinteresada de ese conocimiento y una cuidadosa evaluación de las alternativas posibles. En condiciones de estrés, la información se organiza de forma pobre, se dedica muy poco tiempo a considerar las alternativas y, en consecuencia, se toman decisiones precipitadas.

- c) Alteraciones fisiológicas. El estrés provoca un estado antihomeostático que fuerza parámetros biológicos con alto costo así como energético que implica un fracaso adaptativo. Supone una hiperactivación del sistema nervioso, con activación automática, neuroendocrina e inhibición inmunitaria. Selye encontró que el estrés crónico producía una activación simpática sostenida, una hiperreacción hormonal que incrementaba el tamaño de las glándulas adrenales y una reducción de las linfáticas.

Por otro lado, el estrés prolongado produce cambios estructurales de los órganos internos. Selye propone un modelo biológico del estrés que se llama Síndrome General de Adaptación, que explica el proceso fisiológico del estrés a través de tres fases. La primera fase comienza con la activación del sistema simpático, se llama de alarma por que implica un alertamiento cortical, y se caracteriza por diversos cambios fisiológicos como el aumento del ritmo cardíaco, de la respiración, etc.

Si se retira el agente estresante se produce una activación de la rama parasimpático y el cuerpo recupera su estado basal, sin embargo, si el estresor

continúa, entonces el cuerpo entra en una segunda fase llamada resistencia: los síntomas físicos externos desaparecen y parece que todo está bajo control, aunque los esfuerzos de enfrentamiento al agente estresante están consumiendo los recursos emocionales y físicos del individuo.

Si continúa la situación estresante, el cuerpo entra en la última fase, llamada de agotamiento, fisiológicamente caracterizada por un nivel máximo de excitación biológica simpático-adrenal y neuroendocrina. El cuerpo pierde capacidad de resistencia y los órganos sufren daño (sobrecarga); el efecto que se produce es la aparición de síntomas somáticos y de la enfermedad debido a una desorganización del sistema nervioso central, que en casos extremos puede conducir a la muerte.

3.2.4. Afrontamiento

El afrontamiento es el esfuerzo cognitivo, emocional y conductual que hace la persona para manejar las exigencias específicas tanto internas como externas que le retan o le amenazan; el afrontamiento tiene dos funciones principales: en primer lugar, cuando la persona se enfrenta, intenta librarse de las consecuencias negativas de los agentes estresantes, por ejemplo la ansiedad o la depresión. En segundo lugar, cuando la persona se enfrenta e intenta cambiar la situación potencialmente estresante mediante la resolución de problemas, por ejemplo, el esfuerzo mental o la confrontación conductual o a través del esfuerzo físico.

3.2.4.1 Métodos de afrontamiento

Generalmente hay dos modos de afrontar el estrés, directa o defensivamente. El primer método implica dedicar toda la atención a un acontecimiento estresante y emplear los recursos cognitivos y conductuales para provocar un cambio en el acontecimiento, de manera que la situación pase a ser no

estresante una vez que ha ocurrido, y el segundo es la supresión de la respuesta emocional, cognitiva y fisiológica ante él, con la consiguiente reducción del impacto.

3.2.5. Estrés, afrontamiento y enfermedad

El estrés es un factor de riesgo que, junto a otros factores de comportamiento poco saludables y en condiciones de una vulnerabilidad genética específica a ciertas enfermedades, puede incrementar el riesgo a contraerlas, como ha sido demostrado en investigaciones epidemiológicas sobre el cáncer y en las enfermedades cardiovasculares. El estrés impide la recuperación por que reduce las defensas del cuerpo y aumenta la sensibilidad de las personas a problemas físicos que se han padecido antes.

3.2.5.1 Personalidad, afrontamiento y salud

Para hacer frente a las exigencias del medio, el organismo dispone de recursos variados, que tienen que ver con su dotación genética, con sus experiencias anteriores, con sus características neurobiológicas y con su idiosincrasia psicológica y conductual. Este conjunto de variables decidirá el grado de activación a que se verá sostenido el organismo como resultado de su interacción con el entorno.

Existen extraordinarias diferencias individuales en cuanto a los aprendizajes y la adquisición de habilidades con valor de supervivencia. Al margen de la tipificación global de la personalidad, hay variables psicológicas que determinan la vulnerabilidad del sujeto a la activación estresante, como el neurotismo, la introversión, el patrón de conducta tipo A, la percepción de control y la personalidad resistente.

3.3. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería

El término "Síndrome de Burnout" fue desarrollado en la década de los 70's en Estados Unidos por Freunderberger. Observó que muchos voluntarios con quienes trabajaba presentaban un proceso gradual de desgaste anímico y desmotivación, generalmente, ese proceso duraba aproximadamente un año, e iba acompañado de síntomas físicos y psíquicos que denotaban un particular estado de estar "exhausto".

Posteriormente, la psicóloga social Christina Maslach estudió la forma en que las personas se enfrentaban a la excitación emocional en su trabajo, llegando a conclusiones similares a las de Freunderberger. Ella estaba interesada en las estrategias cognitivas denominadas despersonalización.

Estas estrategias se refieren a cómo los profesionales de la salud (enfermeras y médicos) mezclan la compasión con el distanciamiento emocional, evitando el involucramiento con la enfermedad o patología que presenta el paciente y, utilizando la "deshumanización en defensa propia", esto es el proceso de protegerse uno mismo ante las situaciones estresoras respondiendo a los pacientes en forma despersonalizada.

El desarrollo del concepto de Síndrome de Burnout presenta dos fases en su evolución histórica: una fase pionera, donde el foco estuvo en la descripción clínica del síndrome, y una fase empírica en que se sistematizaron las distintas investigaciones para asentar la descripción conceptual del fenómeno.

En la década de los 70's se desarrolló el concepto de Síndrome de Burnout a partir del supuesto de que existe una tendencia individual en la sociedad moderna a incrementar la presión y estrés laboral, sobre todo en los servicios sociales. Los profesionales relacionados con la atención de usuarios en situación de

enfermedad, necesidad o carencia material deberían resolver más problemas y, por lo tanto, se produciría en ellos un conflicto entre la mística profesional, la satisfacción laboral y responsabilidad hacia el cliente.²⁰

En la década de los 80's, las investigaciones sobre Síndrome de Burnout se efectuaron en los Estados Unidos y, posteriormente, el concepto comenzó a ser investigado en Canadá, Gran Bretaña, Francia, Alemania, Israel, Italia, España Suecia y Polonia. En cada país se adaptó y se aplicó los instrumentos creados en Estados Unidos, especialmente el Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson.²¹

Otras investigaciones se han centrado en variables personales tales como locus de control, salud personal, relaciones con la familia, amigos y apoyo social. Los factores materiales y humanos asociados han sido utilizados también como fuentes de investigación junto con las biografías personales de los trabajadores que presentan el Síndrome de Burnout.

Además, se han incorporado otras variables, por ejemplo, satisfacción laboral, estrés laboral, carga de trabajo, despidos, conflicto y ambigüedad de roles, y expectativas en el empleo.²² También se ha investigado la relación de Síndrome de Burnout con variables demográficas como edad, sexo y estatus marital.²³

De acuerdo con Maslach, gran parte de los aportes al estudio del constructo son investigaciones transversales y hay escasos estudios longitudinales. Además, ella señala que en las investigaciones efectuadas en los últimos 25 años habría predominado la hipótesis que las personas idealistas tienen un mayor riesgo de Burnout. Una segunda hipótesis estudiada es que el Síndrome de Burnout resulta de la exposición a estresores crónicos.

La misma autora señala que el Síndrome de Burnout está compuesto por tres dimensiones:

- ♦ El cansancio emocional o agotamiento emocional. Hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo y hastío emocional que se produce a consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener con los clientes y entre ellos.²⁴
- ♦ La despersonalización. Es el desarrollo de actitudes cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan servicios. Gil Monte & Peiró especifican que ésta dimensión se asocia con la excesiva separación hacia otras personas, silencio, uso de actitudes despectivas, e intentos de culpar a los usuarios de la propia frustración.²⁵
- ♦ Reducida realización personal. Conlleva la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido de las situaciones ingratas.

Maslach señala que el agotamiento emocional representa la dimensión de tensión básica del Síndrome de Burnout; la despersonalización expresa el contexto interpersonal en donde se desarrolla el trabajo del sujeto, y la disminución del logro personal, representa la autoevaluación que realiza el individuo de su desempeño laboral y personal.²⁶

De acuerdo con Garcés de los Fayos en la actualidad existe un consenso entre los autores en asumir el modelo de Síndrome de Burnout con base a las tres dimensiones descritas por Maslach y Jackson, y Pines. Por lo tanto, el síndrome sería una consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo, y también sería necesaria la presencia de una "interacción" trabajo-cliente intensa y/o duradera en el tiempo para que el síntoma se produzca.^{27, 28, 29.}

3.3.1 Definiciones del Síndrome de Burnout

No existe una definición unánime 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, Maslach y Jackson, lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad, pero se establecen diferencias entre los autores al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas (relación antecedentes-consecuentes) en el desarrollo del proceso de "quemarse", es decir, cual síntoma actúa como determinante de los demás apareciendo con anterioridad.³⁰

Se considera que la perspectiva psicosocial es la más coherente, al entender que el Burnout se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson, que se conceptualizan como:

- **Cansancio emocional**, es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios, es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.
- **Despersonalización**, implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (por ejemplo al paciente, tiene merecida la enfermedad).
- **Falta de realización personal en el trabajo**, se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

En todo caso, conceptos como: agotamiento, decepción, pérdida de interés, fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, agotamiento emocional, despersonalización, falta de relación, sentimiento de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimiento de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, aislamiento y manifestaciones psicósomáticas, son manejados por los diferentes autores para identificar el conjunto de síntomas que integran el síndrome de Burnout, poniendo mayor o menor énfasis en algunos de ellos.

3.3.2. Determinantes del Síndrome

El estrés, como variable antecedente, en la profesión de enfermería está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. El

profesional de enfermería está sometido, en líneas generales, a estresores como escasez de personal, que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, etc.

En conclusión, la profesión de enfermería, tal como refiere Llor, conlleva, entre otras, tres características que son factores de riesgo y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción.³¹ En este sentido, se puede encontrar los antecedentes en las variables del entorno socio-profesional, organizacional, interpersonales e individuales, sin que esto presuponga orden de prioridad, y todo ello en el marco contextualizador del estrés laboral.

3.3.2.1 Entorno socio-profesional

Desde el punto de vista del entorno socio-profesional cabe señalar que, en los últimos años, en la profesión de enfermería ha surgido un nuevo marco que reorienta el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos para tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población de los usuarios que requieren redefinir los roles, y aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales, máxime cuando no está definido el propio desarrollo de la carrera profesional.

3.3.2.1 Nivel organizacional

En el nivel organizacional destaca el desarrollo de la actividad en organizaciones estructuradas bajo un esquema de burocracia profesionalizada, que basan su coordinación en la estandarización de las habilidades de sus miembros. Los

profesionales capacitados para el desarrollo de su actividad gozan de una cierta independencia y control sobre la misma, que en el caso de la enfermería pasa por conjugar de una forma equilibrada las relaciones con el colectivo médico en lo referente a la gestión de las acciones cuidadoras dependientes y autónomas.

Todo ello puede llevar a la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol. Otra variable importante que se da en este contexto, pero también fundamentada en las relaciones interpersonales, es la socialización laboral, ("el proceso mediante el cual el nuevo miembro aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora").³² Ello quiere decir que las actitudes y sentimientos del propio síndrome de Burnout pueden ser transmitidas entre los profesionales a través del mecanismo modelado o de aprendizaje por observación durante el proceso de socialización laboral.

3.3.2.2 Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales, sobre todo con los usuarios y los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas van a aumentar los sentimientos de Burnout. Por otro lado, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o administración de la organización, la excesiva identificación con los usuarios, y los conflictos interpersonales con estos y sus familiares, tienen también una importante incidencia en la aparición del síndrome.

3.3.2.4 Nivel individual

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 estos, por lo que se sentirán culpables de los fallos propios y ajenos,

lo que redundaría 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.

3.3.2.5 Marco contextualizador del estrés laboral

Una vez vistas las variables descritas y que determinan el marco de interacción, se puede plantear que el Burnout debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. Se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias o efectos a largo plazo, por lo que sería un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias antes de desembocar en alteraciones nocivas para la salud del individuo y para la organización.

Desde los modelos transaccionales algunos autores entienden el estrés como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio o de la propia persona y la capacidad de respuesta del individuo.³³ Una vez percibida la situación como estresante han de aparecer estrategias de afrontamiento que, además de manejar las respuestas al estrés, han de neutralizar los estresores, haciendo desaparecer las discrepancias entre demandas y recursos, puesto que la fuente de estrés persistirá en la relación cotidiana del profesional con su entorno; Es decir, la situación estresora debe dejar de ser vivida como tal.

En caso contrario llevarían a fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos receptores del servicio, provocando un sentimiento de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, que desembocaría en una actitud de despersonalización como forma de afrontamiento, que son las variables que indican la instauración del Burnout. Si se mantienen en el tiempo los estresores y no se resuelve la situación, aparecerían consecuencias negativas para el individuo y la organización.

3.3.3 Desarrollo del proceso del Burnout y modelos explicativos

3.3.3.1 Desarrollo del proceso del Burnout.

Con respecto a la concepción del desarrollo del proceso, 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, agotamiento 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. En lo referente al modelo de desarrollo propuesto por Gil-Monte y Peiró, mantiene que el proceso de desarrollo del Burnout (síndrome de quemarse por el trabajo) se inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional.

Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.³⁴

Este proceso de desarrollo del síndrome se aprecia desde la perspectiva evolutiva de la relación del sujeto con el medio laboral, a través de cuatro etapas diferenciadas, aunque no estáticas:

- Fase de entusiasmo: en la que el trabajador tiene unas expectativas irreales de lo que puede ocurrir.
- Fase de estancamiento: supone una paralización tras la constatación de la realidad de las expectativas y una pérdida del idealismo y entusiasmo iniciales.
- Fase de frustración: constituye el inicio en sí del síndrome y se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y el descenso de la motivación, iniciándose los sentimientos de baja realización personal por el trabajo y agotamiento emocional.
- Fase de apatía o núcleo central de la instauración del síndrome: se caracteriza por indiferencia y falta de interés en la que se establece un sentimiento de vacío total que puede manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desprecio. Es decir, se consolidan los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional y se establece como estrategia negativa de afrontamiento la despersonalización.

3.3.3.2 Modelos explicativos del Burnout

Por otro lado, desde que se conceptualizó el Burnout por Freudenberguer en 1974 se ha intentado dar una explicación al mismo desde muy distintas perspectivas. El auge que han tomado las organizaciones de prestación de servicios, en las que la calidad de la atención al usuario o cliente es crítica para el éxito de la organización, así como la preocupación por el bienestar psicológico y calidad de vida laboral, ha dejado manifiesta la necesidad de explicar el fenómeno e integrarlo en marcos teóricos que permitieran identificar su etiología de manera satisfactoria.

Ello ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos que entienden el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico y que agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de qué procesos los sujetos llegan a sentirse quemados.

De entre todos los modelos existe el de Gil-Monte y col. Al que se refieren como "Modelo estructural sobre la etiología y el proceso del síndrome considerando antecedentes de nivel personal, interpersonal y organizacional", previamente, para comprender mejor los planteamientos que lo sustentan daremos una visión de distintas aportaciones desde los modelos que lo preceden.

Existe una perspectiva sociocognitiva, que menciona 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.

Según Gil-Monte y Peiró, 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.³⁵ Por otro lado, los pacientes, al igual que la familia, suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta recompensante. Junto a estas situaciones también existen una serie de variables que no pueden ser controladas por las enfermeras:

- La cooperación de los pacientes y su recuperación o muerte.
- Las decisiones médicas y administrativas.
- Los procedimientos burocráticos.
- La falta de apoyo social.
- Los conflictos con los médicos y los compañeros.

Con relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería no suelen buscar apoyo social en situaciones de estrés, evitando la presencia de los compañeros por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes.

Los autores destacan que los procesos de afiliación social llevarían también a situaciones de contagio del síndrome. Asimismo, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de Burnout está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del sujeto o intensidad de la respuesta a estímulos internos o externos, y por la orientación en el intercambio (reciprocidad, recompensa inmediata, no aceptar favores que hipotequen la conducta).

Finalmente, el síndrome tiene un doble componente: emocional y actitudinal. El emocional está integrado, lógicamente, por los sentimientos de agotamiento emocional, y el actitudinal por los sentimientos de despersonalización y de baja realización personal en el trabajo.

Por otro lado, los planteamientos basados en la teoría organizacional ponen el énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento, y entiende el Burnout como una respuesta al estrés laboral. Como variable que influye en la etiología consideran: la estructura y clima organizacional, disfunciones de rol y el apoyo social percibido.

3.3.3.3 Un modelo estructural sobre la etiología y el proceso del síndrome considerando antecedentes de nivel personal, interpersonal y organizacional.

Gil-Monte y Peiró elaboraron un modelo integrador donde se consideran los diferentes planteamientos ya citados, como son: ³⁶

- ♦ La importancia de las variables personales (sentimientos de competencia, la realización por el trabajo, la autoeficiencia y niveles de autoconciencia del sujeto).
- ♦ Los procesos de interacción social y sus consecuencias para los profesionales, basada en la percepción de las relaciones equitativas y que estas no supongan ningún tipo de amenaza o pérdida.
- ♦ Las variables del entorno laboral.

Desde estas consideraciones, los autores, elaboran un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias del Burnout. De este modo, refieren, que el síndrome de quemarse por el trabajo puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducirlo.

Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias de falta de salud y propensión al abandono. El modelo de la Figura 1, responde, de forma simplificada, a los planteamientos de Gil-Monte y col. Al postular que los factores desencadenantes, entre los que se encuentran: el apoyo social en el trabajo, el conflicto de rol, la ambigüedad de rol y la autoconfianza, apoyados por los facilitadores del afrontamiento de evitación o centrado en la tarea, producen el síndrome de Burnout integrado por las tres variables ya descritas, y que a su vez actuaría como mediador en el desarrollo de las variables consecuentes como falta de salud y propensión al abandono.

| DESENCADENANTES | FACILITADORES | BURNOUT | CONSECUENCIAS |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| • Apoyo social en el trabajo | • Afrontamiento de evitación | • Cansancio emocional | • Falta de salud |
| • Conflicto de rol | • Afrontamiento centrado en la tarea | • Despersonalización | • Propensión al abandono |
| • Ambigüedad de rol | | • Realización personal en el trabajo | |
| • Autoconfianza | | | |

Figura 1. Modelo de Gil-Monte y col. Simplificado.

3.3.4 Desencadenantes y facilitadores del Burnout

En la figura anterior se describen los desencadenantes, facilitadores, variables y las consecuencias del síndrome, los cuales se desarrollaran a continuación. El desarrollo del Burnout puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores ambientales son elementos desencadenantes de importancia fundamental, y las variables personales actúan como facilitadoras o inhibidoras.

3.3.4.1 Desencadenantes

Refiriéndose a los desencadenantes se pueden establecer cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

3.3.4.1.1. Ambiente físico y contenido del puesto

Por lo que respecta a los estresores englobados en la primera categoría, se incluyen: nivel de ruido, vibraciones y características de iluminación, temperatura y condiciones climatológicas, condiciones higiénicas, toxicidad de los elementos que se manejan y disponibilidad de espacio físico. Además de las demandas estresantes del puesto como los turnos rotatorios, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros o la sobrecarga laboral, junto a las generadas por los contenidos del puesto en los que se incluyen la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que debe realizar, la retroinformación sobre el desempeño o la identidad de las tareas que realiza.

3.3.4.1.2 Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera

Con relación a la segunda categoría de desencadenantes se considera que el denominado estrés de rol está integrado básicamente por dos disfunciones del rol: ambigüedad y conflicto de rol. La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo y puede estar producido por un déficit de información. El conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias.

Dentro de este mismo apartado se incluyen también los efectos que tiene el Burnout sobre las relaciones interpersonales, cualitativas o cuantitativas, que los profesionales establecen con los compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes, y el desarrollo de la carrera profesional y las posibilidades de promoción.

3.3.4.1.3 Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales

Respecto a los estresores relacionados con las nuevas tecnologías, cabe concluir que estas pueden facilitar o dificultar el desempeño de la tarea dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico, y consecuentemente presentará una mayor o menor incidencia en la aparición del síndrome de Burnout. Por otro lado, entre los aspectos organizacionales que pueden incidir en el desarrollo del Burnout se debe de considerar, entre otros, las dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización), la falta de participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo social percibido.

3.3.4.1.4. Fuentes extraorganizacionales: relación trabajo-familia

La relación trabajo-familia es otro factor a considerar en tanto que son dos entornos a los que el profesional se siente vinculado y con los que interacciona,

por lo que pueden aparecer influencias provenientes de cualquiera de ellos que condicionen la relación con el otro. En este sentido, el propio profesional es el nexo entre ambos elementos, por tanto repercutirán las vivencias, sentimientos, actitudes y conductas que se den en estos medios, como la excesiva dedicación al trabajo, tensiones y agotamiento, frustraciones y conflictos familiares y laborales, afectos y desafectos.

3.3.4.2 Facilitadores

Gil-Monte y Peiró identificaron como facilitadores del Burnout aquellas variables de carácter personal como la edad, sexo y tipo de personalidad que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del Burnout en una u otra dirección.³⁷

3.3.4.2.1 Variables de carácter demográfico

Dentro de este grupo de variables se encuentran: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión. Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas.

Según el **sexo** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en el personal de 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.³⁸

39 40

El **estado civil**, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; se cree que las personas solteras tienen mayor agotamiento emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.⁴¹

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, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. La **turnicidad** laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; en enfermería esta influencia es mayor.⁴²

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.⁴³

Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral** en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien es referida por otros autores. También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

3.3.4.2.2 Variables de personalidad

La mayoría de los investigadores entienden que el síndrome de Burnout se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás. Por otro lado los sujetos con un patrón tipo A, baja autoconfianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia el síndrome, mientras que los sujetos con personalidad resistente lo experimentan menos.

3.3.4.2.3 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también presentan efectos facilitadores del Burnout. Los resultados de los trabajos experimentales muestran que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos sentimientos de Burnout que los sujetos que emplean estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción.

3.3.4.2.4 Apoyo social en el trabajo

La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el Burnout, tal como se ha observado en colectivos profesionales de enfermería y trabajadores sociales,

sobre todo como moduladores en los sentimientos de agotamiento emocional y actitud de despersonalización.

3.3.5 Consecuencias del burnout

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas respuestas actúan como mediadoras en la relación estresor-salud. En las consecuencias del estrés asociadas al Burnout podemos diferenciar las que se derivan para el propio individuo y las que se derivan para la organización.

3.3.5.1 Consecuencias para el individuo

Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral. Según Gil-Monte y Peiró las consecuencias a nivel individual si identifican con una sintomatología que integran en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos.⁴⁴

En el primer caso se refiere a las manifestaciones de sentimientos y emociones, mientras que el segundo aspecto hace referencia a las actitudes o posicionamientos que el sujeto toma como reacción a la influencia del síndrome, y que son el sostén cognitivo de las conductas que se manifiestan en las relaciones interpersonales identificadas en el tercer aspecto.

Estos tres índices enmarcan el aspecto emocional y el cognitivo-conductual que se desprenden de la aparición del síndrome. Por otro lado, el grupo de manifestaciones psicosomáticas es amplio y de persistir la situación estresante, podría desembocar en la instauración de patología somática. Las manifestaciones psicosomáticas se pueden agrupar en:

- Algias. Como dolor precordial, pinchazos en el pecho, dolores cervicales y de espalda, dolor de estómago y jaqueca.
- Neurovegetativas. Taquicardias, palpitaciones, hipertensión y temblor de manos.
- Fenómenos psicosomáticos tipificados. Como crisis asmáticas, alergias, úlcera gastroduodenal y diarrea.
- Otras manifestaciones: Catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, fatiga, alteraciones menstruales e insomnio.

| ÍNDICES EMOCIONALES | ÍNDICES ACTITUDINALES | ÍNDICES CONDUCTUALES | ÍNDICES PSICOSOMÁTICOS |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|--|
| • Sentimientos de soledad. | • No verbalizar. | • Agresividad. | • Dolor precordial, taquicardia, pinchazos en el pecho y palpitaciones |
| • Sentimientos de alienación. | • Cinismo. | • Aislamiento del sujeto. | • Hipertensión |
| • Ansiedad. | • Apatía. | • Cambios bruscos de humor. | • Temblor de manos. |
| • Sentimientos de impotencia. | • Hostilidad. | • Enfado frecuente e irritabilidad. | • Crisis asmáticas. |
| • Sentimientos de omnipotencia. | • Susplicia. | | • Catarros frecuentes. |
| | | | • Mayor frecuencia de infecciones. |
| | | | • Aparición de alergias. |
| | | | • Dolores cervicales y de espaldas |
| | | | • Fatiga. |
| | | | • Alteraciones menstruales. |
| | | | • Dolor de estómago. |
| | | | • Úlcera gastroduodenal. |
| | | | • Diarrea. |
| • Jaqueca. | | | |
| • Insomnio. | | | |

Cuadro 1. Principales consecuencias del estrés laboral que se asocian al síndrome de Burnout (Tomado de Gil. Monte).

Asimismo, refiere Gil-Monte que desde el análisis de los síntomas que se encuentran descritos en la literatura se puede deducir que aparecen implicados todos los sistemas del organismo, en mayor o menor medida. En cuanto a las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales, Maslach señala que las repercusiones del Burnout no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación.⁴⁵

El agotamiento emocional les impiden aislarse de la problemática laboral, cuando llegan a casa desean estar solos e incomunicados, lo que repercute en sus relaciones interpersonales. La actitud de despersonalización lleva al endurecimiento de los sentimientos, lo que puede incidir en gran medida en la familia. En todo caso, se ha demostrado la relación significativa entre el Burnout y el deterioro de las relaciones familiares. Los sujetos con menos satisfacción matrimonial expresaban más sentimientos de estar quemados por el trabajo.

3.3.5.2 Consecuencias para la organización

Entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización se puede destacar:

- Disminución de la satisfacción laboral.
- Elevación del ausentismo laboral.
- Abandono del puesto y/o organización.
- Baja implicación laboral.
- Bajo interés por las actividades laborales.
- Deterioro de la calidad del servicio.
- Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.

- Aumento de la rotación laboral.
- Incremento de accidentes laborales.

En todo caso, existe una relación directa entre Burnout y mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso organizacional más bajo. Sus consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad. Otro aspecto a considerar es la instauración de culturas organizacionales que perpetúen las actitudes y conductas que provocan el Burnout, mediante el aprendizaje por modelado.

3.3.6 Estrategias de intervención para la prevención y afrontamiento

3.3.6.1 Concepto de afrontamiento

La mayoría de autores coinciden en conceptualizar el afrontamiento como una serie de respuestas cambiantes de tipo cognitivo o conductual, que inicia un sujeto ante una situación que considera amenazante, y que no tiene que ser necesariamente un éxito en el manejo de esa situación, sino que el objetivo buscado puede ser manejar la respuesta al estrés. Lazarus y Folkman lo definen como "Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".⁴⁶

3.3.6.2 Estrategias de afrontamiento

Las principales estrategias de afrontamiento, en función del nivel en que se producen, se pueden agrupar en tres categorías como son: individuales, grupales y organizacionales.

3.3.6.2.1 Estrategias individuales

Las estrategias de afrontamiento de control o activas previenen el Burnout porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome. Según Ceslowitz, las enfermeras con bajo Burnout emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo dirigidas al problema.⁴⁷

Entre estas estrategias se encuentra la elaboración y ejecución de un plan de acción, acentuar los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y autocontrolarse. Las enfermeras con altos niveles de Burnout utilizaron estrategias de escape/evitación, autocontrol y confrontación. En resumen se puede decir que el empleo de estrategias de control o centradas en el problema previenen el desarrollo del Burnout y las de evitación, escape y centradas en la emoción facilitan su aparición.

En cuanto a las técnicas para la adquisición y mejora de estas estrategias, los programas de adquisición de destrezas pueden ser dirigidos a las estrategias instrumentales o a las de carácter paliativo (manejo de emociones). En el primer caso se incluyen el entrenamiento en habilidades como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, la comunicación y las relaciones sociales, los cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno. En el segundo caso se incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa y relajación.

3.3.6.2 Estrategias de carácter interpersonal y grupal

La mayoría de las estrategias que abordan el tema desde la perspectiva grupal, aconsejan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. A través del mismo los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional,

consejos, u otros tipos de ayuda. Cobb define el apoyo social como la información que permite a las personas creer que⁴⁸:

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

Es importante considerar el apoyo social en la prevención del Burnout, pues mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Otro aspecto importante es que a largo plazo, el apoyo social, puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Con relación a las estrategias para su implantación, el apoyo social en el trabajo puede venir, básicamente, de los compañeros y de los supervisores, pero uno de los elementos más importantes son los grupos informales.

El trabajo con grupos (de apoyo) de profesionales de enfermería con la pretensión de compartir experiencias que permitan un mejor afrontamiento en el caso de pacientes de características especiales, ha facilitado la comunicación entre las enfermeras y con los profesionales de otras salas, el disponer de un lugar de encuentro y sobre todo poder contar y escuchar los problemas y analizar las reacciones de contra-transferencia que dificultan la relación enfermera/paciente.

El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable. Otra forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo son percibidos, entendidos y vividos sus modos de comportamiento.

3.3.6.3 Estrategias organizacionales para la prevención del Burnout

En este sentido, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima de la organización, puesto que los desencadenantes del síndrome son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están, en gran medida, con relación al contenido del puesto, disfunciones en el desempeño de roles y el clima laboral. Por tanto, es conveniente que los gestores establezcan políticas de gestión que integren programas en la línea de los siguientes:

- Programas de socialización anticipada.

Tienen un carácter preventivo y pretenden que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral, adquiriendo habilidades para desarrollar su actividad. En este sentido se enmarcan los programas de acogida profesional.

- Programas de evaluación y retroinformación.

Pretenden dar retroinformación desde la dirección de la organización y desde el propio departamento, no presentando la información como un juicio, sino como parte de los programas de desarrollo organizacional.

- Programas de desarrollo organizacional.

Buscan mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional, y en los procesos sociales y humanos de la organización, entendiendo que la mayor parte de las personas están motivadas hacia el crecimiento y desarrollo personal si se encuentran en un ambiente propicio.

3.3.7 Los profesionales de enfermería, un grupo de riesgo

Una vez expuestos los aspectos más importantes relacionados con el síndrome de Burnout, es importante centrarse en la incidencia que este presenta en los profesionales de la enfermería. Por lo que es imprescindible mencionar algunas

consideraciones que hacen de esta profesión un grupo de alto riesgo con relación al Burnout.

Anteriormente se citaron los aspectos relacionados con la personalidad, cogniciones y conductas referidos al sujeto, así como interpersonal y grupal y los relativos a la organización y el entorno, que son comunes a todas las profesiones de servicios; pero el variable entorno define unas circunstancias que condicionan el ejercicio profesional y que, en este caso, tiene unas características especiales que hacen de la profesión enfermería una actividad de alto riesgo, como ya se ha referido, sobre todo como consecuencia de la confrontación entre las expectativas profesionales y la realidad asistencial.

La problemática que condiciona las relaciones con el entorno se centra en tres elementos fundamentales como son: la organización, el profesional y el usuario.

3.3.7.1 La organización en el sistema de salud

Desde el punto de vista de la organización se ha de considerar que las instituciones de salud en general, suelen presentar una cultura organizacional resistente al cambio y a la innovación en cuanto a políticas de personal e implicación se refiere, puesto que se trata de organizaciones muy burocratizadas. Esto hace que se mantengan en el tiempo actitudes y conductas que son favorecedoras del Burnout, mediante el proceso de modelado, al que ya se ha hecho referencia.

La mayoría de los profesionales cuando tienen contacto con su primer trabajo, han de realizar una adaptación en la que redefinen valores y actitudes que han adquirido mediante el aprendizaje. Todo ello tiene relación con el proceso evolutivo que está sufriendo la enfermería en los últimos años, consistente en un tránsito desde la filosofía de la Enfermera en el transcurso del tiempo, que obliga a una "negociación" con uno mismo y con los compañeros.

A veces son los propios profesionales más antiguos los que frustran a los que inician, debido, posiblemente, a vivirlo como una amenaza a sus esquemas clásicos de actuación lo que implicaría un cambio de actitud que no están dispuestos a realizar al no haber asumido la nueva filosofía y los modelos que la sustentan, lo que crea una situación de disonancia cognitiva que resuelven con esta línea de intervención.

Otros aspectos a considerar son el clima laboral, que se genera en los grandes centros asistenciales, con variables de hacinamiento, sobrecarga laboral, ruidos e interferencias, y turnicidad con la que el profesional está sometido a continuos cambios que impiden la instauración de hábitos saludables y conflictúa el mantenimiento de relaciones interpersonales.

El sistema sanitario posee una característica singular, sobre todo el medio hospitalario, como es la confrontación de intereses entre lo público y lo privado, que produce una baja implicación en la consecución de los objetivos establecidos por la institución, creándose indefinición y actitudes de baja cohesión en el grupo, e incluso el uso de los recursos de la organización para los objetivos personales.

Todo ello hace que el sistema no se ajuste a la eficiencia, que no se dé el engranaje perfecto para el buen funcionamiento y, en consecuencia, deba explicarse, ante uno mismo, las causas de estas deficiencias, con lo que se tiende a la "externalidad defensiva", o sea, a culpabilizar a la organización o a otros de los fracasos y del mal servicio prestado, lo que lleva a reafirmar la posición de baja implicación. Por otra parte, los cambios e innovaciones que se pretenden y se están instaurando a nivel de gestión, pueden crear una situación de relativa incertidumbre que es necesario gestionar.

Los planes estratégicos, contratos, programas y la competencia intercentros requieren de políticas que modifiquen actitudes de los profesionales y les hagan receptivos, implicándose en los mismos.

3.3.7.2 La problemática profesional

Uno de los principales problemas que se presentan en el ejercicio de la profesión es la indefinición de la carrera profesional. Esto hace que sea dificultosa la promoción y la enfermera se sienta, en muchos casos, "condenada" a desarrollar siempre la misma actividad reduciéndose sus posibilidades de creatividad y de desarrollo profesional.

Por otro lado, al tratarse de una profesión con actividades independientes e interdependiente de la profesión médica genera una ambigüedad de rol que se convierte en indefinición de rol al no clarificarse el mismo por la propia organización, es decir la enfermera realiza en su área laboral diferentes funciones que no le corresponden lo que puede incidir en una baja realización personal por el trabajo.

Desde el punto de vista de la emoción, se debe de considerar que la necesidad de empatía para el mejor acercamiento al usuario, puede llevar a la excesiva implicación e identificación con las emociones y los sentimientos del mismo, lo que podría desembocar en proyecciones de los problemas del paciente y la familia en el entorno proximal y familiar de la enfermera, que junto a la confrontación sistemática con el dolor y la muerte, la necesidad de alianzas intragrupalas ante la adversidad y el conflicto intrapersonal de competencia profesional hacen que la dimensión "agotamiento emocional" pueda incrementarse dando paso, junto a la baja realización referida, a la aparición del Burnout.

Por último, si se considera la despersonalización como una actitud defensiva ante el estrés asistencial crónico, consecuente con las variables de baja realización

personal y agotamiento emocional, se habrá enmarcado el síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería e identificado las variables personales y de riesgo que se deben controlar, además de las ya descritas a lo largo del tema, para cualquier profesión de servicios.

3.3.7.3 El usuario del sistema

Los usuarios, al ser el principal objeto de la labor profesional lo son también de la relación interpersonal, por lo que sus características biopsicosociales tienen una importancia capital para el desarrollo de la misma. Sus rasgos de personalidad, hábitos y costumbres, actitudes y modos de relación y cuantas características personales lo conforman hacen de él un ser único que requiere un trato singular en función de estas características, que modulan y condicionan la relación con el entorno, y en este caso con los profesionales de enfermería.

En este sentido, la familia adquiere un protagonismo especial en tanto integra el sistema de relación más inmediato del sujeto, dándole una de las bases de su proyección social, por lo que también tiene un importante peso específico en sus pautas de relación con el medio. Por tanto, la familia es otro elemento significativo de la relación a la que se debe de considerar como una “prolongación” del paciente.

Las características del usuario y la familia, por tanto, formarán otra variable a considerar en la aparición y desarrollo del Burnout. Con frecuencia el personal suele encontrarse con conflictos entre la familia y la enfermera donde se producen ruptura de la comunicación o entendimiento entre ambas.

Parece como si no tuvieran los mismos intereses con relación al paciente, donde la suspicacia y la desconfianza respecto a la enfermera estuvieran presentes y justificadas por prejuicios o valoraciones más o menos subjetivas, mientras que la enfermera considera a la familia como una intrusa en sus competencias que

supervisa y fiscaliza su labor, por lo que se tiende a aislar al paciente de la propia familia, como intentando defenderle de ella, a la que se descalifica para cualquier actuación terapéutica y son elementos que producen distorsión en la evolución del paciente.

Todo ello, puede desembocar en una situación de agotamiento emocional y de despersonalización como estrategia de afrontamiento del problema. Este hecho se da más en cuanto la confianza y seguridad de la enfermera en sus capacidades y recursos esté diezmada o reducida, creando una situación de inseguridad que se trasmite de forma analógica en el proceso de relación con el usuario y con la propia familia.

Otro factor a considerar es la denominada relación de agencia que se establece entre los profesionales de la salud y los usuarios, en tanto que los primeros contraen la representación de los segundos en la toma de decisiones relacionadas con los cuidados, tratamiento y actividades consecuentes al mismo, lo que implica asumir responsabilidades con un amplio grado de ambigüedad e inseguridad que pueden conducir a agotamiento emocional y falta de realización personal en el trabajo. Existen otros elementos que pueden actuar como estresores y que están relacionados con las nuevas demandas producidas por el cambio actitudinal de los usuarios.

Por otro lado se están produciendo cambios culturales en la sociedad, la calidad de vida es mejor, el nivel de conocimiento del ciudadano medio es cada vez mayor, y sus criterios y capacidad de discernir entre alternativas o soluciones a sus necesidades ha de tenerse en cuenta, como se demuestra en la instauración de medidas para valorar la calidad percibida por los usuarios, lo que choca con la propia cultura organizacional, que casi siempre intentó resolver los conflictos con el propio usuario o la familia mediante escaladas asimétricas o simétricas, en el peor de los caos.

Asimismo se detecta cada vez con mayor incidencia el ejercicio de la práctica defensiva como reacción a las demandas judiciales ante cualquier negligencia o error. Pues bien, todos estos aspectos condicionan un escenario donde la profesión se ejerce. Los profesionales deben conocerlo y saber cómo afrontar las vicisitudes que puedan encontrarse en el ejercicio de su actividad, dotándoles de recursos que faciliten la relación terapéutica, su integridad emocional, la realización personal en el trabajo y evite la despersonalización, y con ello la aparición y padecimiento del síndrome de Burnout, lo que se pretende con este tema.

3.4. Desempeño laboral

La evaluación del desempeño laboral constituye una técnica de dirección imprescindible en la actividad administrativa. Es un medio a través del cual es posible localizar problemas de integración del empleado a la organización o al cargo que ocupa, de desacuerdos y de desaprovechamiento de retroalimentación para la mejora del trabajo. Por lo que es una herramienta para mejorar los resultados de los trabajadores de la empresa⁴⁹. Toda práctica dentro de la organización se planea y se evalúa, quizás se realicen incluso a nivel casi inconsciente, pero al final ambas están ahí.

El desempeño laboral se define como el cumplimiento en las actividades y funciones que tiene el individuo, en relación al puesto que ocupa en la organización. Las actividades y funciones laborales de los empleados, están fincadas en los análisis de puestos, realizadas por la organización con múltiples finalidades, entre los cuales destacan: establecer ámbitos de responsabilidad en la elaboración del trabajo, asignación de salarios y marcar tramos de control en la división de trabajo.

La evaluación del desempeño no puede reducirse al simple juicio superficial y unilateral del jefe con respecto al comportamiento funcional del subordinado, es necesario ir a un nivel de mayor profundidad ubicar causas y establecer perspectivas de común acuerdo con el evaluado. Si debe modificarse el desempeño, el mayor interesado es el evaluado, el cual debe no solo adquirir conocimiento del cambio planeado, si no también saber por que y cómo este deberá hacerse. Debe recibir la retroalimentación adecuada y reducir disonancias con respecto a su actuación en la organización.

La nueva tendencia en la evaluación es a través del desempeño la cual se torna necesaria para verificar permanentemente el rumbo e introducir con el tiempo las correcciones o modificaciones, aun más en el contexto ambiental en constante cambio y transformación. Detectar los ajustes necesarios involucra a las personas, los equipos y las áreas y en especial la empresa como totalidad.

Han sido marcados dos factores importantes, el primero de los cuales es la sustitución gradual de la organización funcional y por la de procesos, que alteró los sistemas de indicadores y de mediciones de las empresas, lo cual requiere de un sistema de mediciones e indicadores que permitan negociaciones francas y objetivas entre las empresas y sus empleados. Lo que se percibe es la falta de indicadores de desempeño en muchas empresas o la utilización desordenada de varios indicadores dispersos y desconectados que no proporcionan la visión global necesaria Sherman (1998).

La evaluación del desempeño requiere la medición y comparación de algunas variables individuales, grupales y organizacionales. Para no caer en la subjetividad, ni en la falta de criterios, el sistema de evaluación del desempeño debe de apoyarse en un amplio referente que fortalezca la coherencia en todos sus aspectos. Por lo que en este sistema se hace cada vez más énfasis en los resultados, las metas y los objetivos alcanzados y establecidos de modo claro y

sencillo permite observar tres vertientes bastantes interesantes, la desburocratización, la evaluación hacia arriba y la autoevaluación.

La desburocratización ocurre por que la evaluación hace un lado el exceso y el papeleo y de formularios, la evolución debe ser sencilla y descomplicada y esta exenta de formalismos exagerados y criterios complicados.

La evaluación del desempeño es una apreciación sistemática de cada persona, de un superior a un subordinado en particular en función de las actividades que cumple, de las metas y resultados que debe alcanzar y de su potencial desarrollo, es un proceso que sirve para juzgar o estimar el valor, la excelencia y las cualidades de una persona y sobre todo su contribución al negocio de la organización.

Las prácticas de la evaluación no son nuevas, desde el momento que una persona emplea a otra, el trabajo de esta última pasa a ser evaluado en términos de costo beneficio, es una apreciación sistemática de ejercer de cada persona en el cargo o del potencial de desarrollo futuro. Además es un proceso para estimular o juzgar el valor, la excelencia, las actualidades de alguna persona. La evaluación es un concepto dinámico. Ya que las organizaciones siempre evalúan a los empleados con cierta continuidad.

Hay objetivos fundamentales en la evaluación del desempeño laboral, los cuales son:

- Permite condiciones de medición del potencial humano.
- Permite el tratamiento de los recursos humanos como una importante ventaja competitiva de la empresa y cuya productividad puede desarrollarse de modo indefinido, dependiendo del sistema de administración

- Dar oportunidades de crecimiento y condiciones de efectividad, participación a todos los miembros de la organización, teniendo en cuenta, por una parte los objetivos organizacionales y por otra los objetivos individuales.⁵⁰

Cuando un programa de evaluación del desempeño es bien planeado, coordinado y desarrollado, normalmente proporciona beneficios a corto, a mediano y a largo plazo. Por lo general los principales beneficiarios son el individuo, el jefe, la empresa y los usuarios externos (cuando la empresa se dedica a la prestación de servicios), como es el caso de las organizaciones de salud.⁵¹

1. Beneficios para el jefe:

Comunicarse con sus subordinados, evaluar mejor el desempeño y el comportamiento de los mismos, contando con un sistema de medición capaz de neutralizar la subjetividad, proponer medidas y disposiciones orientadas a mejorar el patrón de comportamiento de sus trabajadores.

2. Beneficios para el subordinado:

Conoce los aspectos de comportamiento y de desempeño que la empresa valora más en sus trabajadores, cuales son las expectativas de su jefe acerca de su desempeño y sus fortalezas y debilidades, según la evolución del jefe, sabe qué disposiciones o medidas está tomando el jefe con el fin de mejorar su desempeño (programa de entrenamiento y capacitación) y las que el propio subordinado deberá tomar en cuenta (autocorrección, mayor esmero, mayor atención al trabajo y cursos por su propia cuenta), adquiere condiciones para hacer autoevaluación y autocrítica, y mayor conocimientos y destrezas en la ejecución del trabajo, entre otros.

3. Beneficios para la empresa:

Esta en condiciones de evaluar su potencial humano a corto, mediano y largo plazo y definir la contribución de cada empleado, puede identificar a los trabajadores que necesitan perfeccionamiento en determinadas áreas de actividad

y seleccionar a lo que tienen ciertas condiciones para su promoción o transferencia, puede dar mayor dinámica a su política de recursos humanos, ofreciendo oportunidades a los empleados (no solo de promociones, sino principalmente de progreso y de desarrollo personal), estimulando la productividad y mejorando las relaciones humanas en el trabajo, hay mayor producción, calidad en el producto o servicio que la organización ofrece, se cumplen metas y objetivos de la organización, entre otros.

Para poder realizar una evaluación se necesitan las normas de desempeño, estas normas son los objetivos específicos contra los cuales podrá medirse el avance. Se crean durante el proceso de planificación que debe precederse a la fase última de las funciones administrativas, el control.⁵²

Para determinar lo que es el desempeño laboral real, un gerente debe adquirir información acerca de las actividades en los diferentes puesto de la empresa, el primer paso, entonces, es medir, considerando cómo y qué se mide.

Existen cuatro fuentes comunes de información que emplean frecuentemente los gerentes para medir el desempeño real que, son la observación personal, los informes estadísticos, verbales y escritos. Cada uno tiene sus puntos fuertes y debilidades sin embargo, una combinación de las fuentes de información incrementa tanto el número de datos de entrada como la probabilidad de obtener información confiable.

La selección de los criterios equivocados para la evaluación puede dar como resultado consecuencias disfuncionales serias, además lo que se mide esta relacionado básicamente a los objetivos y metas institucionales, pero también decide, en mayor grado, lo que las personas intentaran alcanzar por excelencia.

Algunos autores coinciden en que el desempeño de algunas actividades es difícil de medir en términos cuantificables, pero la mayor parte de estas pueden agruparse en algunos segmentos objetivos que permitan la medición, el gerente necesita determinar en que valor contribuye una persona, departamento o unidad a la organización y luego convertir esa contribución a estándares medibles.

Chiavenato comenta que el desempeño laboral se debe basar en el perfil del trabajador y que el objetivo de la evolución es proporcionar una descripción exacta y confiable de la manera en que el empleado lleva a cabo su puesto.⁵³ Por otro lado, otro autor opina que es necesario tener niveles de medición o estándares completamente verificables. Si la evaluación no se relaciona con el puesto carece de validez, la evaluación es práctica cuando es comprendida por evaluadores y empleados.⁵⁴

3. 5. Desempeño en enfermería

En la actualidad la enfermería psiquiátrica se encuentra en un espacio de relevancia demográfica y sociosanitaria, las enfermeras que trabajan en clínicas psiquiátricas, independientemente de la tipología de éstas, son responsables de la realización de su rol profesional desde las perspectivas asistencial, docente, investigadora y gestora en los siguientes términos:

En los últimos años, los países han tenido importante transformaciones en la organización de su Sistema Nacional de Salud, que ha involucrado la calidad de la atención como de uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud, la tendencia actual es la de considerar la calidad de la atención como una característica compleja, que puede ser sometida a un análisis sistemático y a una evaluación aceptable, que lejos de ser perfecta, es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de

decisiones dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios de los sistemas de seguridad social de salud.

Para evaluar la atención es importante tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de salud que representan una oportunidad para medir la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados, continuidad y satisfacción del usuario.⁵⁵

La evaluación es una de las funciones básicas y más importantes en la ejecución de actividades y en la elección de nuevos cursos de acción, por lo que la información obtenida en esta fase da a la planeación bases sólidas para buscar alternativas que incrementen a la eficiencia de programas y el logro de los objetivos del proceso de las organizaciones y sus resultados conforman en forma sistemática la apertura de un nuevo ciclo de evaluación. De esta manera la evaluación es un proceso de emisión de juicios que resulta de la comparación sistemática de eventos que han acontecido, con un modelo del como deberían acontecer.

En estos momentos todas las empresas, incluidas las sanitarias, se plantean la necesidad de una evolución de los trabajadores que le ayude a enfocar hacia donde deben dirigir sus esfuerzos, sobre todo los formativos, esto requiere conocimientos concretos en cuanto al propio proceso y los cuidados que deben de impartir, habilidades que le permitan llevar a cabo con eficiencia su trabajo y una actitud o valores que aseguren la consecución de la calidad en el servicio de cuidados y el compromiso con los valores de la propia organización, área asistencial o unidad de enfermería.

La dirección de enfermería es la responsable de gestionar la prestación de cuidados, así pues, se hace necesaria una planificación correcta y estructurada de la calidad dentro de las mismas que: asegure una atención adecuada a los

usuarios con objeto de obtener resultados óptimos para la salud, provea a todos los profesionales de enfermería de un método de evolución que les permita optimizar sus actividades y mejorar sus conocimientos, facilite a la dirección un instrumento eficaz para identificar las desviaciones que se produzcan en el sistema y proceder a su mejora.

Por ello, hoy en día y sobre todo en empresas que optan por el desarrollo de la calidad total, en los que se definen conocimientos, habilidades técnicas y actitudes. El conocimiento se logra cuando se consigue integrar en la mente y en la vivencia humana la información recibida, este enfoque psicosocial sostiene que las experiencias previas, creencias personales, motivación y expectativas tienen vital importancia a la hora de construir el propio conocimiento, lo que traduce que el conocimiento se construye desde el interior de cada individuo.

Los administradores que proporcionan un sentido del significado de su trabajo al personal de enfermería fundamentan la participación en la toma de decisiones, expresan confianza en el desempeño laboral y promueven la autonomía, aumentando los sentimientos de fortalecimiento en el trabajo. Se han encontrado relaciones positivas entre las enfermeras facultadas y su compromiso, autonomía, control sobre su práctica, participación en la toma de decisiones, satisfacción laboral, autoeficacia y productividad, lo que se traduce en el desempeño laboral.

Valorar realmente el desempeño laboral es una situación compleja, y lo es más aun en el campo de la salud en donde apreciar la atención de enfermería, implica medir actividades subjetivas y que son de difícil detección, como el nivel de conocimientos en el trabajo, en donde es delicado dar una ponderación, sin poder evaluar cuantitativamente su conocimiento.

Puede ser que una persona tenga mucha experiencia en el ejercicio laboral y realice procedimientos en forma perfecta, pero desconoce, los procesos

patológicos de los pacientes con sus intervenciones, así como el fundamento científico de estas. Por lo que el proceso de evaluación es una de las actividades más complejas de responsabilidad y privadas de una jefa de piso o supervisora, encargadas de evaluar al personal a su cargo.

Una evaluación es, una apreciación del rendimiento de los hábitos del trabajo de las enfermeras operativas detectadas por medio de la supervisión, entendiéndose ésta, como un subsistema que comprende diversos aspectos técnicos y administrativos orientados a lograr que las actividades de enfermería se realicen en el lugar, el tiempo, la magnitud y el método preestablecido; es una atribución de quien es responsable de la conducción del trabajo que efectúa el personal operativo.

Por lo tanto, la supervisión proporciona los medios para llevar a la práctica las normas, los objetivos y los planes administrativos de la organización, al emplear los recursos disponibles y al controlar las tareas y actividades del grupo o de cada individuo del departamento de enfermería. Hodgets (1983) menciona que el superior es quien hace la evaluación del subordinado, ya que el procedimiento respalda la jerarquía de la autoridad formal y refuerza el derecho del gerente a evaluar a su personal.

T. Kron (1983) opina que el evaluador del desempeño laboral de las enfermeras, basada en el propósito de la institución, debe establecer sus principios, definir sus metas y objetivos, trazar lineamientos y procedimientos; analizar, evaluar y diseñar tareas que han de desarrollarse.

Las principales funciones de la enfermera supervisora son las de planificar, organizar, dirigir y controlar. La planificación indica lo que debe hacerse y cómo lograrlo. Formula pautas, como normas y procedimientos, para ayudar al personal

a alcanzar los objetivos de la organización de la salud. La institución ordena al personal, suministros y sistemas requeridos para llevar a cabo dichos planes.

La misma autora, señala que los objetivos de la supervisión son:

- ♦ Identificar y corregir mediante la enseñanza y el aprendizaje las omisiones y las desviaciones al verificar el cumplimiento de las reglas y los procedimientos de enfermería para el cumplimiento de los objetivos organizacionales.
- ♦ Promover medidas que proporcionen el formato de las actividades de enfermería de acuerdo con los recursos que están disponibles
- ♦ Que la atención que el usuario reciba sea completa y oportuna

Una tarea importantísima de la supervisión, es la de valorar los resultados que generan las evaluaciones, para que sirvan de sustento en futuras modificaciones del proceso de atención de las enfermeras; así como también en las diferentes etapas del proceso administrativo. Las evaluaciones deben indicar en qué parte del proceso de la atención de enfermería se está fallando, permitiendo de esta manera determinar cuáles son los problemas situacionales, para poder encauzar acciones que permitan resolver dichos problemas. Es por ello que las evaluaciones son una herramienta útil para la organización que quiere tener constantemente una mejor actuación del personal.

3.6. Evaluación del cumplimiento laboral del personal de enfermería

El control es una de las medidas que utilizan las gestoras de enfermería para alcanzar los objetivos de la organización en el sistema de valoración del rendimiento laboral de los trabajadores. Por medio de la evaluación periódica de las actividades laborales de las empleadas, las gestoras pueden conseguir diversos resultados.

Pueden ayudar a las enfermeras competentes a que mejoren su rendimiento, informar al personal poco eficiente que sus resultados son inadecuados y

recomendarle métodos para que mejoren, identificar a los profesionales que se merecen una promoción laboral o un incremento salarial, detectar al personal calificado para asignarlo en actividades especiales, mejorar la comunicación con los subordinados y establecer las base para la capacitación.

Al planear el sistema de evaluación de las actuaciones del personal de enfermería, las gestoras deben especificar que personas se responsabilizarán de la evaluación de cada una de ellas. En el mejor de los casos, deberá ser el inmediato superior jerárquico de cada enfermera el que evalúe su rendimiento laboral. Para que una persona pueda evaluar el trabajo de otra correctamente, ambas deben de estar en frecuente contacto directo, y prolongado, de manera que el evaluador tenga la posibilidad de observar una muestra representativa de todos los aspectos de las actividades del personal.

Para que el sistema de evaluación ofrezca una información valida, el área de control de supervisión debe ser suficientemente limitada como para que cada gestora tenga tiempo y posibilidades de observar todas las actividades laborales significativas de las subordinadas. Las evaluaciones se deben de realizar cada seis meses de manera que las buenas prácticas laborales puedan ser reforzadas y los malos hábitos en el trabajo puedan ser eliminados antes que se hayan arraigado profundamente.⁵⁶

3.6.1. Principios de la evaluación

A fin de evaluar a los subordinados de forma correcta y justa, los gestoras deben observar una serie de principios:

- ♦ La evaluación del personal debe de estar fundamentada en los estándares de cumplimiento orientados conductualmente, en relación con las posiciones laborales que ocupan. Basados en la descripción de puestos de trabajo y los estándares de cumplimiento correspondientes..

- ♦ Al evaluar el cumplimiento de las actividades laborales, deberán observarse unas muestras apropiadas y representativas de estos comportamientos de las enfermeras.
- ♦ Se deberá proporcionar a las enfermeras una copia de la descripción de sus puestos de trabajo, estándares de cumplimiento y formulario de evaluación para que los revisen antes de la reunión de la evaluación programada, de manera que las enfermeras y las supervisoras puedan comentar la evaluación desde el mismo marco de referencia.
- ♦ Al documentar la valoración de la actividad laboral de una empleada, la gestora deberá indicar las áreas en las que los resultados son satisfactorios y aquellas otras en las que es necesario efectuar correcciones.
- ♦ Si hay necesidad de mejorar diversos aspectos de las actuaciones de la enfermera, la gestora deberá especificar cuáles de estos aspectos tendrán prioridad en el intento de la enfermera por mejorar su práctica profesional.
- ♦ La reunión de evaluación se programará en un momento que se conveniente tanto para las enfermeras como para las gestoras, deberá celebrarse en un ambiente agradable y durará el tiempo suficiente como para que ambas partes puedan discutir la evaluación en profundidad.
- ♦ El informe de evaluación y la reunión deberán ser estructurados de manera que sean considerados como una ayuda para la enfermera cuyas actuaciones están siendo revisadas.

3.6.2. Instrumentos de evaluación

Un instrumento de evaluación para que sea eficaz deberá diseñarse de manera que reduzca la subjetividad, incremente la objetividad y garantice la validez y

fiabilidad. La objetividad que es la capacidad de abstraerse emocionalmente de una situación de manera que se consideren los hechos sin que estos sean tergiversados por sentimientos personales, constituye la antítesis de la subjetividad.

Por lo que al diseñar los instrumentos se debe de diseñar para contrarrestar los efectos de ciertos tipos de subjetividad. Un medio para aumentar la objetividad en la valoración de las actuaciones es evitar las palabras provocadas en el instrumento de evaluación. Las palabras provocadoras son aquellas que tienen la capacidad de desencadenar reacciones emocionales muy intensas en la persona que evalúa.

La validez se define como el grado hasta dónde mide un instrumento lo que pretende medir. Un instrumento de medición que está siendo utilizado para valorar las actuaciones de los jefes de equipo de enfermería será válido si mide correctamente la realización de las tareas enumeradas en la descripción de puestos de trabajo. Para garantizar la validez de un instrumento de evaluación, el formulario deberá incluir algunos ítems relacionados con cada una de las áreas de responsabilidad especificada en la descripción de puestos.

3.6.3. Tipos de instrumentos de evaluación

Existen cinco tipos de instrumentos de evaluación del cumplimiento de la actividad laboral que se utilizan habitualmente: el informe de respuesta abierta, el de jerarquización simple, la lista de verificación de actividades, los diagramas de clasificación y la comparación de selección forzada. En el cuestionario de respuesta abierta se pide a las evaluadoras que comenten por escrito la calidad de las actuaciones de las enfermeras de unas posiciones laborales concretas, durante un periodo de tiempo determinado.

Algunos instrumentos de evaluación obligan a las evaluadoras a jerarquizar a las empleadas en relación con sus compañeras de trabajo, en relación a diversos

aspectos de sus actuaciones. Una lista de verificación puede consistir en una relación de criterios de actuación de las actividades más importantes expuestas en la descripción de los puestos de trabajo de las empleadas, con espacio contiguos en blanco, en donde las evaluadoras indicarán si las enfermeras muestran o no los comportamientos deseados.

El diagrama de clasificación incluye una serie de ítems representativos de las diferentes actividades incluidas en la descripción de los puestos de trabajo de las enfermeras. Las supervisoras indicarán la calidad de las actuaciones de las enfermeras en cada actividad marcando la puntuación adecuada en una escala numérica o seleccionando la frase pertinente de entre una serie de ellas.

En una comparación de selección forzada las evaluadoras eligen, de entre un grupo de explicaciones descriptivas ponderadas, las que mejor describen a las enfermeras que se están evaluando y las que peor las describen. Los ítems positivos y negativos están agrupados de tal manera que los evaluadores se ven forzados a seleccionar algunos de los enunciados negativos así como de algunos de los positivos para definir las actuaciones de las enfermeras

3. 7. Estudios relacionados del Síndrome Burnout

Atance, Martínez, J. C. (1997). El propósito de este estudio fue aportar una serie de caracterizaciones de las variables epidemiológicas universales que permitan una aproximación al perfil de riesgo en esta profesión. Se estudió una muestra de 294 profesionales de atención primaria y atención especializada aleatoriamente. A los que se les aplicó el instrumento de medida del Síndrome de Burnout (Maslach Burnout Inventory) de forma autoadministrada. Se hizo estadística descriptiva con comparación de medias para variables sociodemográficas ($P < 0,05$) con Epiinfo V.60 y SPSS PC.W.

Como resultados se obtuvo 87,76% de respuestas frente al 12,23% de pérdidas. Esta muestra permite una confianza del 95% y un error del 5%. Se obtuvieron diferencias significativas en función del sexo, edad, estado civil, antigüedad en la profesión en el centro de trabajo, número de trabajadores en el centro, lugar de trabajo, número de enfermos a cargo, horas de trabajo semanales, tiempo de interacción con los pacientes. La media de presencia del síndrome de Burnout fue $47,16 \pm 7,93$, siendo las mayores proporciones las consignadas para las dimensiones cansancio emocional y falta de realización.

Carmona M, F. G, Sanz Rdz, L. J. y Marin M, D. (2002) llevaron a cabo una investigación cuyo propósito fue determinar las posibles relaciones entre el síndrome de Burnout y el clima social en el trabajo. Para ello, se utilizó un diseño cuasi experimental ex po facto retrospectivo en el que la variable dependiente fue la presencia o no de un patrón habitual de reacción entre situaciones estresantes evaluada mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI), un cuestionario para la valoración del síndrome de Burnout ampliamente validado y adaptado al español.

Las variables independientes fueron una serie de variables relacionadas con la percepción del clima laboral por parte de los sujetos y que se evaluaron a través de WES (escala de clima laboral de Moos). Tras la realización de los análisis estadísticos correspondientes no se han hallado correlaciones significativas entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y las que componen la escala de clima social en el trabajo con una p menor 0.01, llamando la atención la inexistencia de relaciones entre el síndrome de Burnout y el clima laboral, teniendo en cuenta que esta última variable comprende dimensiones directamente relacionadas con el desempeño laboral de los individuos.

Por otro lado, la falta de relación del síndrome de Burnout tanto con este tipo de factores como con factores sociodemográficos lleva al planteamiento de la duda de qué factores correlacionan con este constructo teórico o si el MBI realiza una

medida apropiada del mismo. Es necesario determinar realmente si hay algún factor modulador del Burnout susceptible de ser detectado y controlado para lograr, de este modo, la evaluación y modificación de dicho síndrome.

Carmona M, F. G, Sanz Rdz, L. J. y Marin M, D. (2002), realizó una investigación cuyo propósito de este trabajo fue determinar si el síndrome de Burnout se encuentra modulado por variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, profesión, hijos), así como las manifestaciones que este cuadro produce en los individuos. Para ello, se seleccionó una muestra de 30 profesionales de la salud (23 mujeres y 7 varones, 21 enfermeros y 9 auxiliares de enfermería), a los que se les administró un cuadernillo compuesto por una encuesta de variables sociodemográficas, el inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el índice de reactividad al estrés (IRE-32).

La única variable sociodemográfica que difirió significativamente con el MBI correlacionó significativamente de manera positiva con la presencia de un mayor número de respuestas ante las situaciones de estrés. A la vista de los resultados, las variables sociodemográficas no constituyen factores moduladores importantes del síndrome de Burnout.

Lombardi, R, M, A. (2002) realizó un estudio el cual estuvo dirigido a identificar si existía Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Universitario de Caracas. Se empleó el Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Así mismo se evaluaron los síntomas físicos de estrés y los estresores laborales, mediante el "Cuestionario de Respuestas ante Situaciones Estresantes" y un Focus Group con el instrumento "Eventos Estresores".

Los síntomas de depresión se relacionaron positivamente con AE ($r = 0.4$, $p < 0.001$) y con DP ($r = 0.3$, $p = 0.001$). Los sujetos de los turnos nocturno ($p = 0.04$) y mixto ($p = 0.01$), presentaron mayores calificaciones en AE y DP. Los participantes mostraron alteración en los componentes del SB, pero no presentaron éste, como tal, porque el AE y DP estuvieron en un nivel bajo y la RP en nivel alto. Las conclusiones fueron que: 40% de los participantes presentaron datos de falta de realización personal, sin embargo el porcentaje restante presentó alto nivel de RP y la depresión estuvo relacionada principalmente con AE y DP.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y el Desempeño laboral del personal de enfermería de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

4.2. Objetivos específicos

- ♦ Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a las variables sociodemográficas y laborales
- ♦ Identificar el nivel de afectación del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.
- ♦ Identificar el nivel de afectación del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en los diferentes servicios.
- ♦ Determinar el nivel de afectación de cada una de las siete dimensiones del Síndrome de Burnout
- ♦ Identificar el nivel de desempeño laboral del personal de enfermería.
- ♦ Identificar la asociación entre el nivel de afectación del Síndrome de Burnout y las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería

V. HIPÓTESIS

A mayor nivel de afectación por el Síndrome de Burnout menor será el nivel de desempeño laboral del personal de enfermería.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de estudio

Descriptivo, analítico, transversal.

6.2. Lugar y tiempo programado para el estudio

Este estudio se realizó en la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña" en el Municipio de Soledad de Graciano Sánchez en el estado de San Luis Potosí, en el mes de Diciembre de 2004.

6.3. Universo

27 enfermeras (os) de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña".

6.4. Población

27 enfermeras (os) del área operativa que reunieron los criterios de selección.

6.5. Criterios de inclusión

El personal operativo del área enfermería:

- ↳ De base.
- ↳ Eventual
- ↳ Con mas de una año de antigüedad

6.6. Criterios de exclusión

El personal de enfermería que:

- ↳ Se encuentre en periodo vacacional
- ↳ Se encuentre incapacitado
- ↳ No desee participar en la investigación

6.7. Criterios de eliminación

Personal de enfermería que:

- ↳ Entregue al investigador encuestas que tengan de una a más preguntas sin contestar

6.8. Recolección de datos

6.8.1 Instrumentos

Para evaluar el grado de afectación del Síndrome de Burnout, se empleó el Cuestionario Breve de Burnout "CBB" en su versión validada (Anexo 1) y con una confiabilidad de 0.8187 a través del Alpha de Cronbach.

Este instrumento permite conocer el grado de afectación del Burnout del personal de enfermería en cada una de las dimensiones ó áreas. El perfil del grado de burnout muestra los aspectos que están siendo afectados en cada área. El índice de deterioro está estimado en cinco niveles ascendente del 1 al 5, siendo el 5 el punto de mayor afectación en el síndrome de Burnout.

Características del instrumento CBB.

1. Comprende de 21 reactivos y consta de siete dimensiones:

| DIMENSIONES | ÍTEMS | NÚMERO DE ÍTEMS |
|-----------------------------|--------------|------------------------|
| Cansancio emocional | 1, 7, 15. | 3 |
| Despersonalización | 3, 11, 18 | 3 |
| Realización personal | 5, 12, 19 | 3 |
| Características de la tarea | 2, 10, 16 | 3 |
| Tedio | 6, 14, 20 | 3 |
| Organización | 4, 8, 9 | 3 |
| Consecuencias del Burnout | 13, 17, 21 | 3 |

2. Cada uno de los reactivos del CBB, ofrece cinco alternativas de respuesta, los cuales serán medidos con una escala tipo Likert:
 1. En ninguna ocasión
 2. Raramente
 3. Algunas veces
 4. Frecuentemente
 5. Siempre

Además se incluyó un apartado con características sociodemográficas para la caracterización del personal.

Otra de las herramientas que se utilizó fue el instrumento de "Evaluación del Desempeño" del personal de enfermería (Anexo 2) el cual es una lista de verificación laboral y fue diseñado ex profeso por el investigador al que se tiene en el Departamento de Enfermería en base a la descripción de puestos de la enfermera general que se encuentra contenido en la Manual de Organización de la Clínica Psiquiátrica y en base a los indicadores de puntualidad, asistencia,

pertenencia y eficacia los cuales forman parte de la Evaluación de Desempeño y Productividad de la Secretaría de Salud.

Este instrumento se integró por 38 ítems y se compone de la siguiente manera 33 ítems evalúan el indicador de eficacia, 1 ítem (34) mide la asistencia, 2 ítems (35 y 36) corresponden a la puntualidad y 2 ítems (37 y 38) miden el indicador de permanencia.

Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert donde el 0 es nunca, 1 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre asignando estos valores de acuerdo al cumplimiento de las actividades por parte del personal. El total de las respuestas del instrumento se consideraron como el 100% por lo que se realizó la siguiente puntuación: 114-103 puntos que equivale a un muy buen desempeño, con 102-92 puntos un buen desempeño, 91-80 puntos corresponden a regular y con 79 menos puntos es deficiente.

Instrumento que fue validado a través de expertos en el tema: uno del área de investigación, otro en investigación y evaluación de desempeño de enfermería y uno experto en evaluación de desempeño cuyas observaciones realizadas al fueron de ortografía y formato.

6.8.2 Procedimiento

Una vez aprobado el protocolo por el Comité de Académico y el Director de Tesis se realizó la prueba piloto en el Asilo Nicolás Aguilar en el mes de Noviembre de 2004. En cuanto al instrumento "Cuestionario Breve de Burnout" se encuestó al 30% del personal de enfermería de la población de estudio en los turnos matutino, vespertino y nocturno; en lo referente al instrumento de evaluación de desempeño este se aplicó en la misma institución a dos supervisoras (os) del Departamento de Enfermería.

En base a los datos obtenidos en esta etapa de la investigación, al Cuestionario Breve de Burnout solo se le hicieron modificaciones en el formato con la finalidad de hacer más rápida la captura de las puntuaciones, en el instrumento Desempeño Laboral las principales modificaciones fueron de redacción, orden y formato, así mismo con el apoyo de la prueba piloto se pudo identificar el tiempo aproximado de aplicación del instrumento que fue de 5 a 7 minutos.

Posteriormente una vez aprobado el campo clínico por las autoridades respectivas de la Secretaría de Salud y de la propia institución se realizó la presentación del proyecto de investigación a las integrantes del Departamento de Enfermería (Jefa de Enfermeras y Supervisoras) con la finalidad de realizar la coordinación necesaria para la recolección de datos tomando en consideración la plantilla del personal, periodos vacacionales, permisos, incapacidades así como turnos de cada uno de los sujetos de investigación. Posterior a esta actividad se preparó el material necesario para implementar esta tarea.

Así mismo se establecieron los tiempos necesarios para poder realizar la etapa de recolección de datos la cual se llevó a cabo en todos los turnos (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada) en diferentes horarios dependiendo de las cargas de trabajo del personal, por lo que el investigador se adaptó a estas circunstancias debido a lo cual esperó el momento oportuno para poder captar al personal dependiendo de sus actividades ya que variaron mucho por las características propias de la institución.

Cabe señalar que esta recolección se realizó del 3 al 19 de Diciembre de 2004. El investigador al iniciar su recolección primero informó al personal el objetivo del estudio con la finalidad de solicitar su consentimiento informado debido a que es una investigación considerada de riesgo mínimo. Posteriormente entregó de manera personal un sobre en el cual se incluyó una hoja de presentación en donde se indicaron las instrucciones para el correcto llenado del instrumento, así mismo se les informó, que de manera anónima se pretendía recoger sus

sentimientos con respecto a su labor profesional, no se les habló del objeto directo de este estudio, de la medición y del análisis tal y como lo recomiendan Maslach y Jackson para no sensibilizar a los encuestados en el tema.

Por otra parte se incluyó un apartado para obtener los datos sociodemográficos y laborales del personal y el Cuestionario Breve del Burnout. Cabe mencionar que el investigador fue el encargado de entregar este instrumento con el fin de resolver de manera oportuna las dudas que pudiesen aparecer al momento de contestarlo. Se aplicaron dentro de su horario de trabajo de acuerdo a su turno debido a que la duración de la aplicación fue entre 15 a 20 minutos y así poder evitar extravío de instrumentos.

Es importante mencionar que se realizó control de calidad de la recolección final de la información de manera inmediata a la entrega de los instrumentos una vez contestados con la finalidad de optimizar tiempo y recursos. En lo que respecta a la forma en como se realizará la puntuación obtenida de cada uno de los instrumentos aplicados se describe a continuación:

El número situado a la izquierda de cada una de las respuestas, constituye el valor numérico que a cada una de ellas se otorga, es decir si el sujeto eligió como respuesta el No. 4 (frecuentemente), el valor numérico que a esa respuesta se le asigne será de cuatro. Los reactivos 2, 16, 4, 8 y 9 puntúan en forma inversa, tomando el mismo ejemplo, si el sujeto eligió como respuesta el No. 4 (frecuentemente), el valor que a esa respuesta se asigne será de 2.

La sumatoria que se obtenga del total de respuestas a los 21 reactivos, fué la cifra para que se considere para el criterio de clasificación.

1. Criterios para la clasificación de los Niveles del Síndrome de Burnout.

La sumatoria de todos los reactivos del CBB fueron distribuidos en tres categorías evaluativas: Bajo, Moderado y Alto. Para la construcción de dichas

categorías evaluativas, se dividió a la población en cuartiles, se tomó como bajo todo valor inferior al percentil 25 (menos de 37 puntos), moderado entre los percentiles 25 y 75 (entre 38 y 52 puntos) y por último, alto a todo valor superior al percentil 75 (53 puntos o más).

2. Puntuaciones para calificar por dimensiones:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| - Puntuación media inferior a tres | No esta afectado por el Burnout |
| - Puntuación media superior a tres | Afectado por el Burnout |
| - Puntuación media superior a cuatro | Altamente afectado por el Burnout |

En lo que respecta al instrumento para la evaluación del desempeño laboral se solicitó la participación de forma voluntaria a tres supervisoras del Departamento de Enfermería las cuales no tuvieran ninguna parentezco con el personal sujeto de investigación, para que fueran las encargadas de evaluar el desempeño del personal de acuerdo con el instrumento ya diseñado, así como se solicitó la participación de cada una de las supervisoras ya asignadas a cada turno para posteriormente tomar como resultado de la evaluación el promedio de las calificaciones proporcionadas por cada una de las supervisoras.

Una vez recolectados los datos se procedió a verificar que cada uno de los instrumentos estuvieran contestados de forma completa, posteriormente se realizó la captura de los datos en una base de datos elaborada en el paquete estadístico SPSS versión 10.0 y Excel, posteriormente se procedió al análisis estadístico de acuerdo a cada tipo de variable, la información obtenido se organizó y presentó en tablas y gráficos para su mejor comprensión, con apoyo de programas computacionales.

Así mismo se aplicó el tratamiento estadístico a cada una de las variables del estudio. Una vez realizadas estas actividades se inició con el análisis de la información entre los datos obtenidos, el marco teórico y las investigaciones

relacionadas respecto a las variables estudiadas con el fin de realizar las conclusiones necesarias y recomendaciones para la elaboración del informe final.

6.8.3. Plan de análisis.

Para las variables sociodemográficas se aplicó estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas. En lo que respecta a la variable independiente de Síndrome de Burnout también se aplicó estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas. En cuanto a la variable independiente Desempeño laboral se realizó un análisis estadístico a través de la estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas.

Para medir la asociación entre el nivel de afectación del Síndrome de Burnout con las características sociodemográficas se aplicó la prueba Coeficiente de Contingencia para las variables nominales con ordinales, la cual toma valores entre 0 y 1 los valores próximos a 0 indican no asociación entre las variables y valores próximos a 1 indican fuerte asociación, valores intermedios indican una asociación media. Por otra parte se aplicó el Coeficiente de Tau c de Kendall para identificar asociación entre variables ordinales. Así mismo para la prueba de hipótesis se definió la hipótesis nula y alterna con un nivel de confianza de 95% y un nivel de significancia de 5%; como estadístico de prueba se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Académico de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí así como por las autoridades de la Secretaría de Salud y de la de la Clínica psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña", se procedió a la recolección final de los datos de acuerdo a lo que establecen los artículos 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21 y 22 contenidos en Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos contenido en el Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

En la realización de esta investigación considerada de riesgo mínimo prevaleció en todo momento el criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del individuo. Así mismo se protegió la privacidad del sujeto de investigación, además se solicitó el consentimiento informado para la realización del presente estudio.

VIII. RESULTADOS

La presentación de los resultados se realiza en congruencia con los objetivos e hipótesis planteada, en donde se hace una descripción de las características sociodemográficas y laborales así como de la variable independiente "Síndrome de Burnout" y la dependiente "Desempeño laboral". Así mismo se buscó la asociación entre el nivel de afectación del Síndrome de Burnout y el Desempeño laboral para dar repuesta a la hipótesis planteada.

Los datos obtenidos corresponden a 27 enfermeras (os), de los cuales 85.2% corresponden al sexo femenino; 77.8% tienen entre 26 a 35 años de edad. En cuanto al estado civil del personal de enfermería 55.6% son casados. En lo referente al número de hijos 37% menciono tener tres hijos, seguido del 33.3% con dos. En relación al nivel académico se encontró que 48.1% cuentan con nivel licenciatura como se puede observar en el *cuadro No. 1*.

CUADRO No. 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA. SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., 2004.

| n=27 | | |
|--------------------------|-----|------|
| CARACTERÍSTICAS | No. | % |
| Sexo | | |
| Femenino | 23 | 85.2 |
| Masculino | 4 | 14.8 |
| Edad | | |
| 20 a 25 años | 2 | 7.4 |
| 26 a 35 años | 21 | 77.8 |
| 36 a 45 años | 2 | 7.4 |
| 46 a 55 años | 2 | 7.4 |
| Estado civil | | |
| Soltero (a) | 3 | 11.1 |
| Casado (a) | 15 | 55.6 |
| Viudo (a) | 1 | 3.7 |
| Separado (a) | 2 | 7.4 |
| Divorciado (a) | 3 | 11.1 |
| Unión libre | 3 | 11.1 |
| Número de hijos | | |
| Ninguno | 3 | 11 |
| Uno | 3 | 11 |
| Dos | 9 | 33 |
| Tres | 10 | 37 |
| Cuatro | 1 | 4 |
| Más de cuatro | 1 | 4 |
| Nivel académico | | |
| Auxiliar de Enfermería | 5 | 18.5 |
| Técnico en Enfermería | 1 | 3.7 |
| Enfermera General | 7 | 26 |
| Licenciada en Enfermería | 13 | 48.1 |
| Especialista | 1 | 3.7 |

Fuente: Cuestionario Breve de Burnout (CBB) Diciembre de 2004.

En relación a las características laborales como se puede apreciar en el *cuadro No. 2*; 92.6% del personal es de base; así mismo 70.4% cuenta con la categoría laboral de enfermera general y en menor porcentaje (3.7%) son enfermeras (os) especialistas; mismos que se encuentran ubicados en distintos servicios; el 37% rota por los diferentes servicios y un 3.7% en Consulta Externa y con el mismo porcentaje en el servicio de Hospital Parcial.

En función del tiempo de ejercer la profesión 40.8% tiene de 11 a 15 años y en un menor porcentaje (con un 3.7%) tiene laborando más de 30 años; en lo que respecta al turno en el que labora el personal 30% labora en el nocturno y 25.9% en el matutino y con el mismo porcentaje el vespertino.

Por otra parte, 77.8% del personal de enfermería trabaja 40 horas a la semana. El 66.7% refirieron que de 11 a 20 pacientes son los que atienden diariamente. En relación al tiempo que pasa el personal dentro de su jornada laboral en interacción directa con los pacientes diariamente se observó que 44.4% interactúa más del 50%.

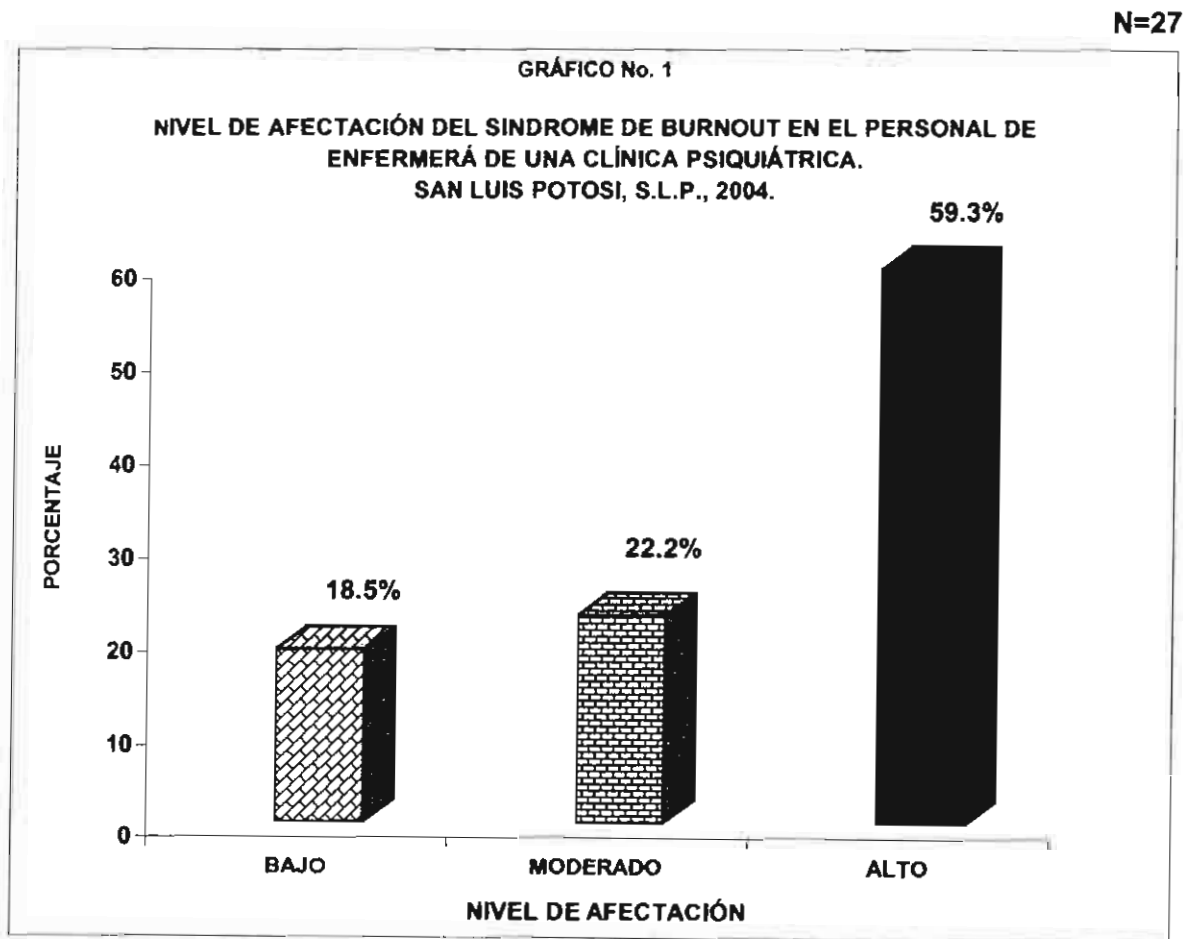
CUADRO No.2

**CARACTERÍSTICAS LABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA
PSIQUIÁTRICA. SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., 2004.**

| CARACTERÍSTICAS | n=27 | |
|---|------|------|
| | No. | % |
| Contratación laboral | | |
| De base | 25 | 92.6 |
| Eventual | 2 | 7.4 |
| Categoría laboral | | |
| Auxiliar de enfermería | 7 | 25.9 |
| Enfermera general | 19 | 70.4 |
| Enfermera especialista | 1 | 3.7 |
| Servicio en el que labora | | |
| Consulta externa | 1 | 3.7 |
| Hospital parcial | 1 | 3.7 |
| Unidad para Intervención en Crisis | 4 | 15 |
| Sala general de mujeres | 6 | 22.1 |
| Sala general de hombres | 5 | 18.5 |
| Rotación de servicios | 10 | 37 |
| Tiempo de ejercer la profesión | | |
| 1 a 3 años | 2 | 7.4 |
| 4 a 6 años | 2 | 7.4 |
| 7 a 10 años | 9 | 33.3 |
| 11 a 15 años | 11 | 40.8 |
| 16 a 20 años | 2 | 7.4 |
| Mas de 30 años | 1 | 3.7 |
| Turno en el que labora | | |
| Matutino | 7 | 26 |
| Vespertino | 7 | 26 |
| Nocturno 1 y 2 | 8 | 30 |
| Jornada acumulada | 5 | 18 |
| Número de horas que trabaja a la semana | | |
| 40 horas | 21 | 77.8 |
| 41 a 46 horas | 1 | 3.7 |
| Más de 46 horas | 5 | 18.5 |
| Número de pacientes que atiende diariamente | | |
| 1 a 10 | 6 | 22.2 |
| 11 a 20 | 18 | 66.7 |
| 21 a 30 | 3 | 11.1 |
| Tiempo de su jornada laboral que pasa en interacción directa con los pacientes diariamente | | |
| Más del 50% | 12 | 44.4 |
| El 50% | 8 | 29.6 |
| Menos del 50% | 7 | 26 |

Fuente: Directa (CBB).

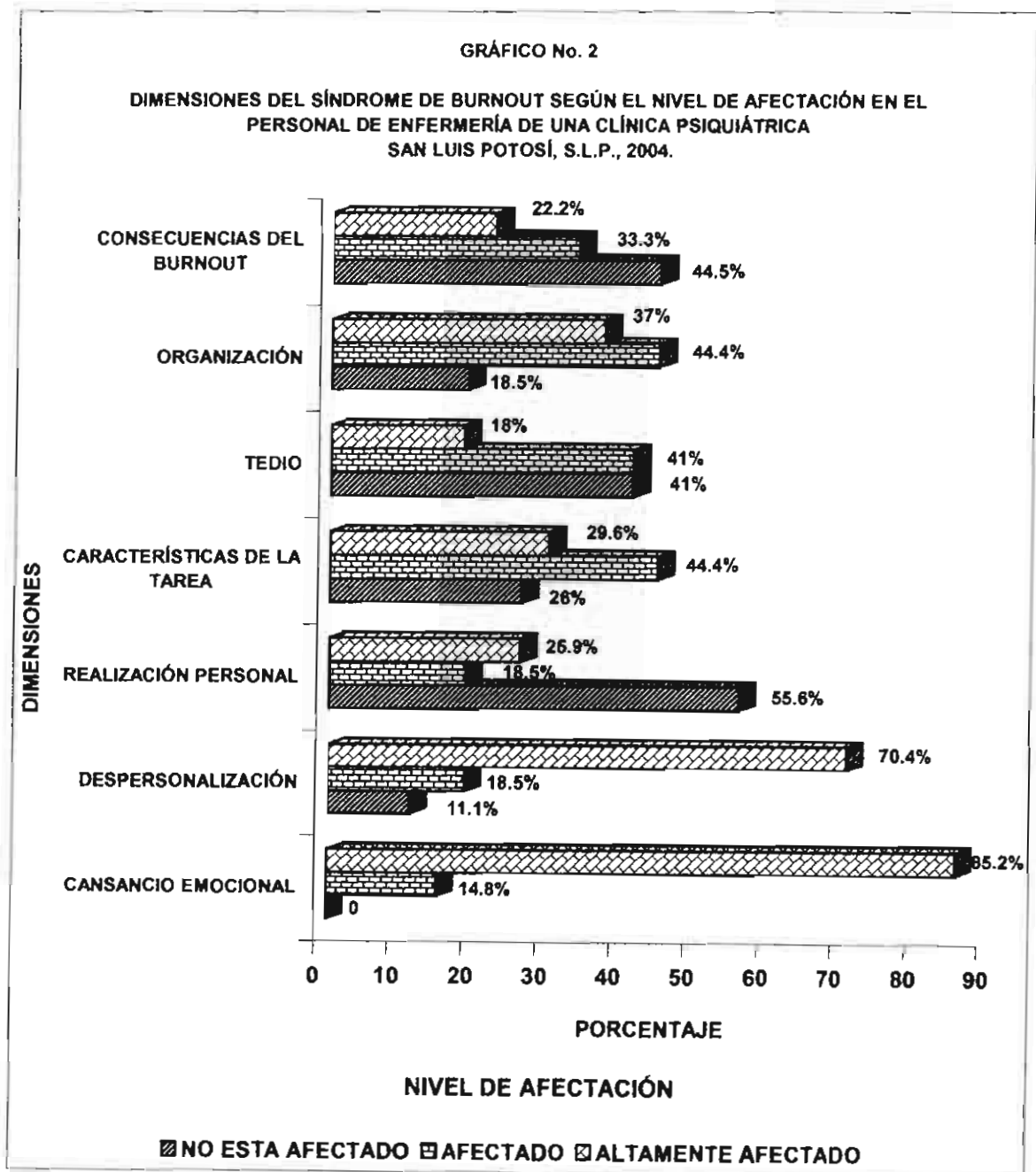
En cuanto al nivel de afectación del Síndrome de Burnout se encontró que el mayor porcentaje (59.3%) del personal de enfermería tienen un alto nivel de afectación como se puede observar en el gráfico No. 1.



Fuente: Directa (CBB).

Como se puede observar en el gráfico No. 2, la dimensión del Síndrome de Burnout en la que se encuentra más afectado el personal de enfermería es en "Cansancio emocional"; siendo "Realización personal" la dimensión en la que se encuentra el mayor porcentaje de personal que no está afectado.

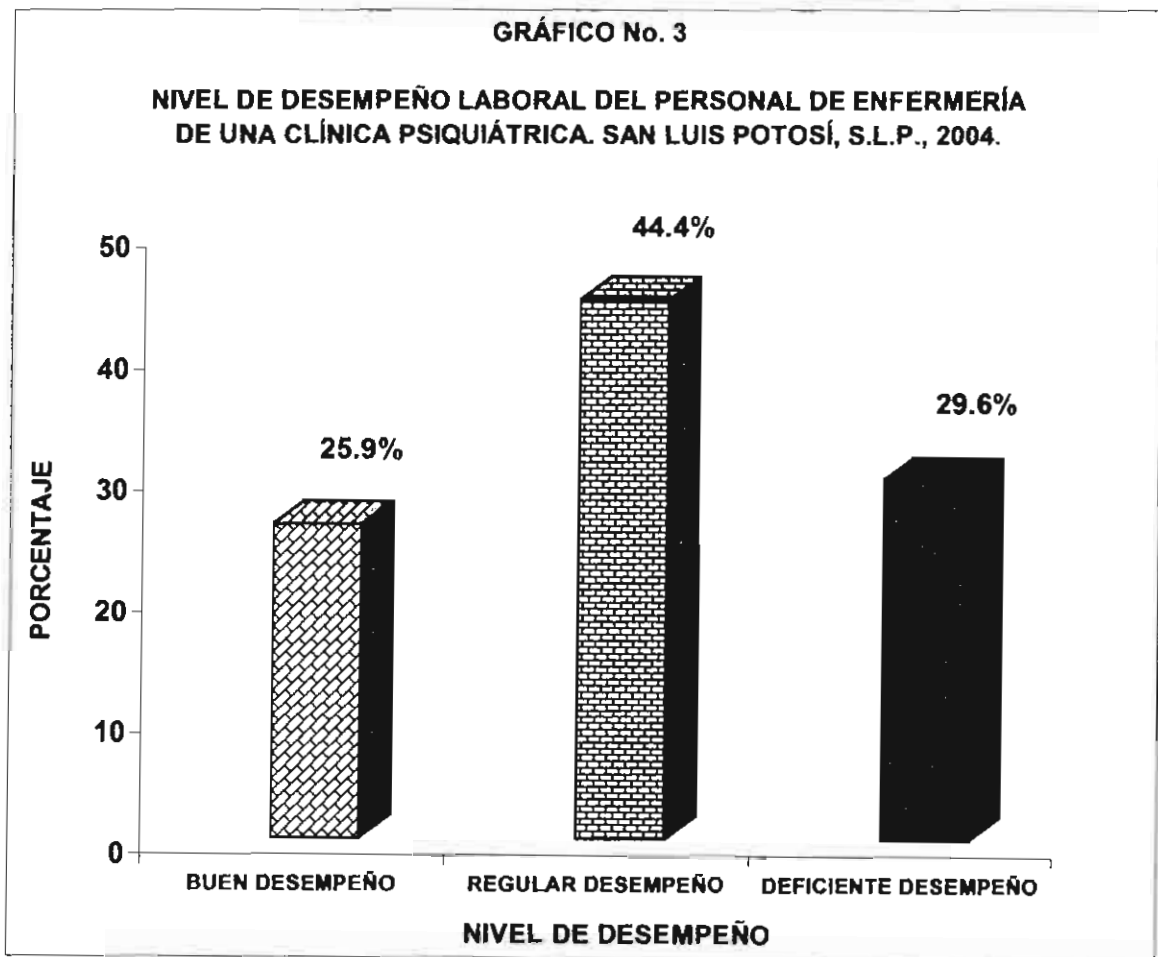
n=27



Fuente: Directa (CBB).

En lo referente a la variable “Desempeño laboral” se observó que el mayor porcentaje (44.4%) de los sujetos evaluados obtuvieron un regular desempeño. Cabe señalar que ninguno de lo sujetos de investigación puntuó con muy buen desempeño. Como se puede apreciar en el *gráfico No. 3*.

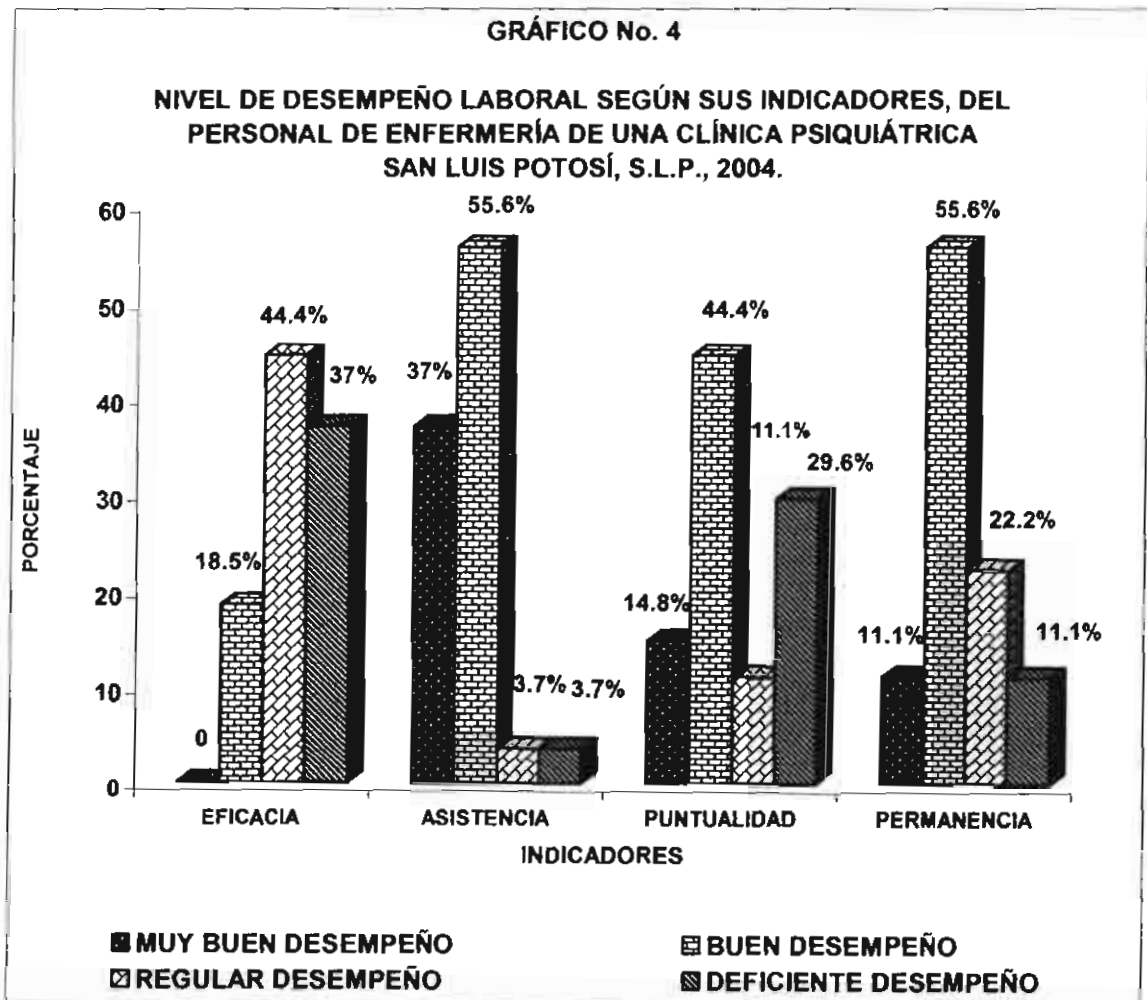
n=27



Fuente: Instrumento “Evaluación del Desempeño laboral”. Diciembre de 2004.

Como se puede apreciar en el gráfico No. 4, el indicador de desempeño "asistencia" fue el de mayor porcentaje con muy buen desempeño; siendo "eficacia" en el que se encontró un deficiente desempeño en el mayor porcentaje del personal.

n=27



Fuente: Instrumento "Evaluación del Desempeño laboral". Diciembre de 2004.

En relación a la distribución del nivel de afectación del Síndrome de Burnout en cada uno de los servicios en los que labora el personal de enfermería se encontró que el mayor porcentaje con alto nivel de afectación está ubicado en las salas generales (de mujeres y hombres). El hospital parcial y consulta externa fueron los servicios con menor afectación, como se puede observar en el *cuadro No. 3*.

CUADRO No.3

NIVEL DE AFECTACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT DE ACUERDO A LOS SERVICIOS EN LOS QUE ESTA LABORANDO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA. SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., 2004.

n=27

| SERVICIOS | BAJO | | MODERADO | | ALTO | | TOTAL | |
|------------------------------------|----------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Consulta externa | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 3.7 |
| Hospital parcial | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 3.7 |
| Unidad para intervención en crisis | 2 | 50 | 0 | 0 | 2 | 50 | 4 | 14.9 |
| Sala general mujeres | 1 | 16.7 | 1 | 16.7 | 4 | 66.6 | 6 | 22.2 |
| Sala general hombres | 1 | 20 | 0 | 0 | 4 | 80 | 5 | 18.5 |
| Rotación de servicios | 1 | 10 | 3 | 30 | 6 | 60 | 10 | 37 |
| TOTAL | 5 | 18.6 | 6 | 22.2 | 16 | 59.2 | 27 | 100.0 |

Fuente: Directa (CBB).

En relación a la asociación entre el nivel de afectación del Síndrome de Burnout con las variables sociodemográficas y laborales del personal de enfermería se encontró que no existe asociación estadísticamente significativa como se puede observar en el *cuadro No. 5*.

CUADRO No. 5

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AFECTACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA. SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., 2004.

| | | |
|--|--------|-------|
| 1. Edad | -0.016 | 0.867 |
| 2. Estado civil | 0.259 | 0.080 |
| 3. Número de hijos | 0.062 | 0.707 |
| 4. Nivel académico | -0.099 | 0.542 |
| 5. Categoría laboral | -0.091 | 0.516 |
| 6. Tiempo de ejercer a profesión | 0.016 | 0.914 |
| 7. Número de horas que trabaja a la semana | 0.177 | 0.072 |
| 8. Número de pacientes que atiende diariamente | 0.156 | 0.311 |
| 9. Tiempo de su jornada laboral que pasa en interacción directa con los paciente diariamente | 0.226 | 0.105 |

Fuente: Directa (CBB)

Como se puede apreciar en el cuadro No. 6 el 100% del personal de enfermería con un nivel de afectación bajo del Síndrome de Burnout tienen un buen desempeño y viceversa. El Coeficiente de Correlación de Pearson muestra una correlación de -0.801 ($p = 2.6 \times 10^{-07}$) por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable independiente "Síndrome de Burnout" y la variable dependiente "Desempeño laboral"; debido a lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna. Es decir que a mayor nivel de afectación del Síndrome de Burnout menor es el nivel de Desempeño.

CUADRO No. 6

NIVEL DE AFECTACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN EL DESEMPEÑO LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., 2004.

n=27

| | | | | | | | | |
|---------------------------|---|------|----|------|---|------|----|-------|
| Bajo (18 a 37 puntos) | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 100 | 5 | 18.5 |
| Moderado (38 a 52 puntos) | 0 | 0 | 4 | 66.6 | 2 | 33.3 | 6 | 22.3 |
| Alto (más de 53 puntos) | 8 | 50 | 8 | 50 | 0 | 0 | 16 | 59.2 |
| TOTAL | 8 | 29.6 | 12 | 44.4 | 7 | 26 | 27 | 100.0 |

Fuente: Directa

IX. DISCUSIÓN

Se presenta la discusión de los resultados en congruencia con los objetivos de la investigación, cuyo propósito fue identificar la asociación entre el Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral del personal de enfermería de una clínica psiquiátrica.

En lo que respecta a las características sociodemográficas y laborales a pesar que no se encontró asociación con el Síndrome de Burnout se presenta a continuación el perfil del personal de enfermería en esta área de la salud mental referente a estudios encontrados; en relación al **sexo** los resultados obtenidos concuerdan con diversos autores tales como Cooper, McCraine, Browman (1989,1885), mencionan que la enfermería es una profesión casi exclusivamente femenina debido a que en la sociedad la mujer ha ocupado un lugar secundario en las funciones productivas por efectuarse una separación tajante entre el ámbito productivo y el doméstico por lo que a lo largo de la historia se le han asignado funciones importantes relacionadas con la atención de la salud ya que se consideraba que estas actividades implican funciones manuales, dependientes, de bajo prestigio social y baja remuneración.

Esto por la estrecha relación con los hijos y por sus responsabilidades hogareñas, ya que es la encargada de vigilar la salud de la familia y administrar los remedios caseros, así mismo extiende sus servicios a otras familias, principalmente al ayudar a otras mujeres durante el embarazo y parto; en este sentido la mujer es considerada como un complemento afectivo-expresivo que suaviza y enriquece la acción de los varones que intervienen en la atención de la salud.^{57, 58, 59}

En la clínica la mayoría tiene entre 26 a 35 años de **edad** es decir es un personal joven aspecto que coincide con lo referido por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) donde se menciona que la edad promedio de los

profesionales de enfermería es de 36 años.⁶⁰ El estado civil que predomina es el de casadas, lo que coincide con lo citado por el INEGI (2004) donde menciona que una de cada dos personas que prestan servicios de enfermería están casadas. El mayor porcentaje del personal tiene tres **hijos**, aspecto que coincide con lo reportado por diversos estudios que mencionan que el promedio de hijos de estos profesionales es de 2.5.^{61, 62}

Referente al **nivel académico** el mayor porcentaje del personal de enfermería tiene nivel de Licenciatura en Enfermería aspecto que difiere con diversos estudios en los cuales mencionan que el personal con carrera técnica es el que prevalece. En cuanto a la **categoría laboral** la mayoría del personal cuenta con la categoría de enfermera general aspecto que concuerdan por lo referido por diversos autores los cuales mencionan que la mayoría del personal cuenta con esta categoría esto debido a que no existe en las instituciones la categoría de licenciada en enfermería lo cual ubica a la mayoría del personal profesional en la categoría de enfermera general y no ven reconocida su preparación a nivel laboral.⁶³

El tipo de contratación que se identificó con mayor frecuencia es el de **base** lo que coincide con lo referido por Sánchez (2001) quien menciona que el personal que trabaja en las instituciones públicas cuenta con base. Algunos autores mencionan que esto es debido al carácter cautivo de la profesión ya que el mercado de trabajo esta cabalmente confinado por el sistema de salud, dentro de este existen instituciones públicas y privadas las cuales determinan el empleo de la enfermera.⁶⁴

Por otra parte en este estudio se encontró que el mayor porcentaje del personal se encuentra **ubicado en las salas generales (de hombres y mujeres)**, seguido del personal que **rota por los diferentes servicios**, aspecto que coincide con diversos autores que indican que en los servicios especiales como terapia

intensiva, urgencias y centros psiquiátricos son las áreas en las que se encuentra el mayor porcentaje del personal.

Se encontró que el **tiempo de ejercer la profesión** es de 11 a 15 años lo que concuerda con lo referido por Albaladejo (2004) la cual menciona que el promedio es de 15.4 años de ejercicio profesional. Así mismo Fernández (2003) menciona que en las instituciones públicas la mayoría del personal tiene aproximadamente de 20 años o más de ejercerla.^{65, 66, 67} Respecto al **turno** se encontró que la mayoría está ubicado en el turno nocturno, en este sentido son muchos los estudios que difieren de este aspecto refiriendo que el matutino es en el que se encuentra el mayor porcentaje del personal debido al mayor número de actividades llevas a cabo en este turno.

En relación a los datos obtenidos referente al **número de horas que trabaja a la semana** el personal, se identificó que la mayoría es de 40 horas, es decir 8 horas diarias lo que coincide con lo reportado por Sánchez (2001) la cual que menciona que el tiempo laborado a la semana es de 48 horas; por otra parte el INEGI (2004) refiere que la mayoría del personal labora entre 35 a 48 horas a la semana.⁶⁸

El mayor porcentaje del personal mencionó que **atienden de 11 a 20 pacientes diariamente** lo que coincide con lo citado por Maslach, Jackson, Albaladejo, Schwab y Schuler y Atance (1978, 1981, 1986, 1997, 2004) los cuales mencionan que el promedio de pacientes atendidos por el personal diariamente es de 14.3.^{69, 70, 71}

Otra de las variables incluidas en este estudio es el **tiempo de la jornada laboral que pasa el personal en interacción directa diariamente con los pacientes** en la cual la mayoría del personal refirió que es mas del 50% del tiempo en donde según Moreno y col. (2002) el porcentaje de tiempo que interactúa el personal es más del 80%.⁷²

Los resultados obtenidos evidencian la presencia de un alto nivel de afectación del Síndrome de Burnout en el mayor porcentaje del personal de enfermería; lo que indica que el personal presenta una respuesta al estrés crónico asistencial, lo cual coincide con lo reportado por Gil-Monte y Peiró (1997), donde en términos generales mencionan que este colectivo se encuentra sometido a cambios constantes en las condiciones de trabajo (horarios, turnos, guardias), cambios que alteran el buen funcionamiento de su ritmo biológico, así como la ambigüedad y el conflicto del rol.^{73, 74, 75, 76, 77, 78, 79}

En este sentido los resultados en este estudio evidencian que el personal de enfermería del área de la salud mental está expuesto en gran medida a padecer el síndrome debido a que están en contacto directo durante la mayor parte de su jornada laboral, con pacientes que presentan conductas agresivas, intromisivas, perseverantes, con intento suicida, trastornos de la personalidad, conductas antisociales lo que aumenta el riesgo de padecerlo.

Todas estas circunstancias favorecen la aparición del síndrome lo que hace al personal un colectivo de alto riesgo, aspectos que pueden desembocar con el tiempo, si no se toman las medidas oportunas, en problemas psicopatológicos como ansiedad excesiva, trastornos de personalidad y depresión principalmente e inclusive llegar hasta al suicidio de acuerdo a lo mencionado por De Miguel (1999),⁸⁰ así como lo manifestado en recientes publicaciones que relacionan al Síndrome de Burnout además de lo ya citado con alteraciones somáticas graves, incluso hablan de la aparición de altos niveles de cortisol en saliva durante la jornada de trabajo.

Estos cambios podrían explicar la asociación recientemente postulada del Síndrome con la enfermedad cardiovascular; otros autores asocian el Burnout y especialmente la dimensión de despersonalización con un déficit de la inmunidad

celular en los sujetos afectados, lo que puede predisponerlos a padecer diversos tipos de cáncer.

Los datos en el presente estudio revelan que la dimensión del Síndrome de Burnout en la que se encuentra más afectado el personal de enfermería es la de Cansancio emocional es decir, presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados, exhaustos, debido al trabajo que realizan en este sentido se confirma la propuesta de Maslach (2001) y de Gil Monte (1999) sobre que el burnout se desarrolla paralelamente como un proceso que comienza con el agotamiento emocional del sujeto siendo las actitudes de despersonalización una estrategia de afrontamiento desarrollada frente a la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.^{81, 82}

Quizá la presencia de un alto nivel de afectación en la dimensión cansancio emocional sea a causa de inadecuados circuitos administrativos, a la rutinización de las actividades realizadas, la indefinición del rol así como por el área en la que se encuentran laborando.

Cabe destacar también la importancia de estudios realizados sobre los diferentes estresores ocupacionales del personal de enfermería elaborados por Burguete, Velasco, Reig y Da Silva (1996, 1999). Todos ellos constatan que los profesionales de enfermería son víctimas indiscutibles del estrés laboral asistencial e incluso a nivel comparativo con otros profesionales, las enfermeras puntúan más alto en la escala de agotamiento emocional en comparación con los médicos y el personal auxiliar de clínica.^{83, 84, 85}

Los datos en el presente estudio revelan referente al nivel de desempeño laboral que el mayor porcentaje calificó con un regular desempeño aspecto que difiere con diversos estudios como los realizados por Salinas, Mendoza, González, Castrillón, Orrego, Bedoya, Gamez y Escobar (1986, 1990, 1991, 1994, 2004) en

los que el personal de enfermería consiguió resultados adecuados, principalmente en los factores de relaciones interpersonales y de eficiencia.^{86, 87, 88, 89, 90, 91, 92}

En este sentido es importante señalar el medio ambiente de trabajo es considerado como un grupo de factores que son dependientes entre sí y que actúan sobre el individuo es decir existen situaciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o la salud del trabajador como al desarrollo de su trabajo.

Así pues unas condiciones laborales desfavorables pueden originar determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud, como es la insatisfacción laboral y/o estrés, aspectos que afectan directamente al desempeño laboral y por ende existe una disminución de la productividad, eficacia y calidad del servicio proporcionado,⁹³ aspecto que en este estudio es evidente ya que eficacia es el indicador en el que el mayor porcentaje del personal puntuó con un deficiente desempeño.

Un punto importante en relación al desempeño del trabajador es la institución que tiene el reto de desarrollar nuevas formas de organización que pongan énfasis en la necesidad de mejorar la eficacia de los recursos que ya se poseen buscando la satisfacción del usuario que casi siempre va unida a la del profesional.⁹⁴

En el presente estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y laborales tales como sexo, edad, estado civil, número de hijos, nivel académico, tipo de contratación laboral, categoría laboral, tiempo de ejercer la profesión, número de horas que trabaja a la semana, número de pacientes que atiende diariamente y

tiempo de su jornada laboral que pasa en interacción directa con los pacientes diariamente, resultados que coinciden con diversas investigaciones ya que en la literatura revisada no existe un acuerdo unánime entre los diferentes autores respecto a esta asociación, cabe hacer mención que esto quizás se debió a la pequeña población que se utilizó para este estudio (27 sujetos).

Por otra parte se encontró una asociación media la cual no es estadísticamente significativa entre el servicio en el que labora el personal de enfermería con el nivel de afectación del Síndrome de Burnout cuyos resultados evidencian que el mayor porcentaje del personal de enfermería de la clínica que tienen un alto nivel de afectación se encuentran ubicados en las salas generales (de hombres y mujeres), seguido del personal que rota por los diferentes servicios, aspecto que difiere de lo mencionado por algunos autores que indican que en los servicios especiales como terapia intensiva y urgencias puntúa el personal con un alto nivel de afectación en comparación con otros servicios como consulta externa y/o quirófano.

El hecho de que el personal presente altos niveles de afectación en estas áreas es debido a que manejan niveles de frustración de alguna manera más intensos a causa del tipo de pacientes que atienden, ya que el porcentaje de recaídas de estos por la naturaleza misma de la enfermedad tiende a ser alto y el nivel de dificultad de su atención es también mayor, además de que presentan largos periodos de internamiento lo que hace realmente una tarea difícil que puede llegar a ser emocionalmente agotadora.

Esto se explica por las características muy diferentes de la clínica psiquiátrica a un hospital general, en el sentido en que el personal que se encuentra ubicado en las salas generales tiene a un mayor contacto directo con los pacientes, los cuales están en una fase aguda de su enfermedad por lo que representan un riesgo latente, tanto físico como mental, debido al tipo de alteraciones que presentan tales

como descontrol de impulsos, agitación psicomotriz, errores de juicio y alteraciones en la percepción, entre otras, pero similares a un servicio especial.

En cuanto al personal que se está rotando constantemente por los diferentes servicios y que no están fijos, esto se puede explicar a que no se encuentra identificados con su trabajo quizás debido a la ausencia de criterios definidos que les posibiliten la valoración de logros, objetivos y éxitos y que no ve los resultados de las actividades que ellos realizan debido a su movilidad constante dentro de las diferentes áreas. Por otra parte también se encontró en esta investigación asociación estadísticamente significativa entre el turno en el que labora el personal con el nivel de afectación del Síndrome de Burnout

Respecto al **turno** en el que labora el personal se encontró que la mayoría esta ubicado en el turno nocturno, en este sentido son muchos los estudios que establecen diversas implicaciones a causa de los diversos tipos de turnos como los realizados por Akerstedt, (1994) Folkard y Totterdell (1993) en los cuales refieren los problemas en la calidad del sueño, problemas, físicos, biológicos y psicológicos entre otros; estos señalan al personal del turno nocturno como el que presenta una mayor sintomatología relacionada con el déficit de sueño.^{95,96} En otro estudio se encontró que la mayor incidencia de problemas de sueño era en sujetos que estaban en un turno fijo.

Aunque este turno en primera instancia puede presentar una mejor adaptación a los ritmos circadianos, es a mediano y sobre todo a largo plazo (más de 5 años en el mismo turno) donde se incrementa notablemente la fatigabilidad de los trabajadores sometidos a este tipo de turno que no varía en el tiempo. Por otra parte en otro estudio se encontraron diferencias en los trabajadores de turno fijo y los de turno rotatorio, en el cual la incidencia de somnolencia diurna presentó un porcentaje de sujetos significativamente superior en los que se encuentran a turno fijo.

Por lo que debido a la naturaleza misma de la atención de enfermería supone un servicio que se presta durante las 24 horas del día y que sólo puede mantenerse mediante el trabajo por turnos. Es sabido que este modelo de empleo exige que las enfermeras se adapten a él física, emocional y socialmente. Si bien el trabajo por turnos puede introducir cierta flexibilidad en el plan de trabajo de las enfermeras, y algunos ingresos adicionales, a menudo comporta nuevas dificultades para las que prestan servicios en entornos complejos y en situaciones interpersonales exigentes. Así mismo se sabe que el estrés del trabajo por turnos aumenta los niveles de ausentismo y rotación del personal, con lo que afecta a la calidad de la atención de enfermería.

La rotación de turnos se ha relacionado con un mayor número de perturbaciones del sueño, problemas digestivos, fatiga e ingesta de alcohol, y con una salud psicológica y resultados laborales menos satisfactorios. Se ha constatado que las enfermeras que trabajan por turnos toman más días de permiso por enfermedad y dan razones más graves para tomarlos que los trabajadores de turnos fijos. Por todas las condiciones laborales ya mencionadas anteriormente en las que se encuentra el personal, es evidente la susceptibilidad a presentar un alto nivel de afectación al Síndrome de Burnout.

En lo referente a la hipótesis planteada en este estudio respecto a la asociación entre el nivel de afectación del síndrome de Burnout y el Desempeño laboral del personal de enfermería se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables, es decir que a mayor nivel de afectación del Síndrome es menor el Desempeño en esta población estudiada, lo que coincide con lo mencionado por Maslach (2001), la cual señala que las repercusiones del Burnout están directamente asociadas con un mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso organizacional más bajo.

Con base a lo anterior sus consecuencias van más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad. Otro aspecto a considerar es la instauración de culturas organizacionales que perpetúan las actitudes y conductas que provocan el Burnout, mediante el aprendizaje modelado manifestado por diferentes conductas directamente asociadas con el desempeño laboral del personal en la que se puede destacar: la disminución de la satisfacción laboral, el ausentismo laboral, el abandono del puesto y/o organización, baja implicación laboral, bajo interés por las actividades laborales, incremento de los conflictos interpersonales, con los supervisores, compañeros y usuarios, aumento de rotación laboral e incremento de accidentes laborales, lo que conlleva un deterioro en la calidad de la atención del servicio que proporciona el profesional de enfermería.

Adicionalmente los sujetos de estudio refirieron que su principal aliciente en su trabajo son las relaciones con los pacientes y su principal inconveniente en el mismo es el ambiente de trabajo, seguido de las relaciones con los compañeros y los jefes.

Aunado a lo anterior los sujetos de investigación manifestaron que las principales causas de malestar en su trabajo son, en primer lugar las malas relaciones interpersonales con los compañeros y con los jefes, seguido del ambiente laboral, el tipo de comunicación y liderazgo ejercido, el uso de la autoridad, la ausencia de programas de capacitación, la falta de: compromiso en el trabajo por parte del personal, motivación extrínseca, recursos humanos y materiales y la ausencia de autonomía profesional, la rutinización de las actividades realizadas durante su jornada laboral, aspectos que evidencian la presencia del Síndrome de Burnout en este personal y cuyas repercusiones se ven reflejas directamente en el desempeño laboral.

X. CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos y al análisis realizado de los mismos se llegó a las siguientes conclusiones:

- Estos resultados son válidos y aplicables para el ámbito en que se realizó.
- La población estudiada es un grupo homogéneo en cuanto a sus variables sociodemográficas y laborales.
- Los resultados muestran la presencia de un alto nivel de afectación del Síndrome Burnout en la mayoría del personal de enfermería.
- El personal que se encuentra ubicado en las salas generales (mujeres y hombres) y rotando por los diferentes servicios presentó un alto nivel de afectación.
- Se encontró que el mayor porcentaje del personal esta altamente afectado en la dimensión cansancio emocional del Síndrome de Burnout.
- En esta población se encontró un regular desempeño en su práctica diaria.
- La presencia del Síndrome de Burnout afecta de manera directa al Desempeño Laboral del personal de enfermería.

XI. RECOMENDACIONES

♦ **A Investigadores que deseen abordar este tema**

Ampliar la población de estudio para poder inferir los resultados a un mayor número de personal de enfermería

Realizar investigaciones acerca del Síndrome de Burnout que incluyan variables que midan elementos individuales, grupales y organizacionales.

♦ **A la disciplina de Enfermería**

Considerar en las líneas de investigación de la administración de enfermería, aspectos psicosociales existentes en el área laboral que pueden favorecer a un desequilibrio en la salud del personal de enfermería.

Realizar investigaciones acerca del Desempeño Laboral con la finalidad de obtener instrumentos válidos y confiables para poder medir esta variable.

♦ **A la Clínica Psiquiátrica**

En base a los resultados obtenidos en este estudio diseñar un proyecto de intervención para la prevención, detección y tratamiento del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería abarcando los aspectos individuales, grupales y organizacionales y que la autora de esta investigación se integre a este proceso.

XII. BIBLIOGRAFÍA REFERIDA

- ¹ Gil-Monte R. Peiró J.M. *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid. Síntesis. 1997
- ² De las Cuevas CC, Burnout en los profesionales de atención a los drogodependientes. *Trastornos adictivos*. 2002.;5 (2): 107-13.
- ³ Ibid 2.
- ⁴ Ibid 2.
- ⁵ Carmona FG, Sanz LJ, Marin MD. Relaciones entre el Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. *Enfermería Científica*. 2002 Ene-Feb; 238-39:33-9.
- ⁶ Witt SD. Nurses' Stress and Burnout. *American Journal of Nursing*. 2004; 5 (104): 48-57.
- ⁷ Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública de México*. 2002; (44): 33-40.
- ⁸ Torres C. ¿Estrés o Burnout?. *Agenda Salud/Isis Internacional*. 2004.
- ⁹ OMS. The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. (Actualizado en el 2000. Citado el 10 de Diciembre). Disponible en World Wide Web: <http://www.who.int/whr>.
- ¹⁰ Corsi J. 2000. El síndrome "burnout". Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia familiar. *Mujer/Fempres* (serie en internet). 2000 Feb-Jun (Citado en Diciembre de 2004). 219-220:21-2 Disponible en: www.fempres.cl/219/revista/219_burnout.html
- ¹¹ Ibid 10.
- ¹² Atance, JC. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 1997; 71: 293-303.
- ¹³ Ibid 1.
- ¹⁴ Menéndez G, Desgaste profesional o burnout. (Citado en Diciembre de 2004) Disponible en: www.secpal.com/revista/resumen_ponencias/resumen_ponencias_50.htm

¹⁵ Nieto M. Abad MA. Esteban M. Tejerina M Psicología para Ciencias de la Salud. estudio del comportamiento humano ante la enfermera. Mc Graw Hill-Interamericana. 1995: p 177-95.

¹⁶ Idem 14.

¹⁷ Buendía J. Estrés laboral y Salud. Pirámide. 2000.

¹⁸ Peiro JM. Desencadenantes del Estres Laboral. Delimitación y conceptual del estres y modelos interpretativos. Piramide. 2000: p. 10.35

¹⁹ Idem 17.

²⁰ Cherniss C. Staff Burnout: Job Stress in the Human Services. London: Sage Publications, 1980.

²¹ Maslach C. Schaufeli W. Marek T. Professional Burnout" Recent Development in Theory and Research. Taylor & Francis. 1993.

²² Herrera F. León J. Estrategias de Prevención del Burnout en Enfermeras. Tesis de grado para optar al grado de licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. 1999.

²³ Garcés de los Fayos, E. Tesis sobre el Burnout. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona. 2000. (Solicitado a: Psiquiatria.com. Diciembre de 2004)

²⁴ Maslach, C. (2001); Job burnout. Annual Review Psychology. 2001. (Citado en Diciembre de 2004). Disponible: findarticles.com.

²⁵ Gil-Monte R. Peiró J.M. *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid. Síntesis. 1997.

²⁶ Ibid 24.

²⁷ Ibid 23.

²⁸ Maslach C. Jackson SEMaslach **Burnout** Inventory. Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press. 1986.

³⁰ Ibid 28

- ³¹ Llor B. Abad MA. García M. Nieto J. *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. 1995.
- ³² Peiró JM. *Psicología de la Organización*. Madrid. UNED. 1986; 1.
- ³³ Peiró JM. Salvador A. *Control del estrés laboral*. 1993.
- ³⁴ Gil-Monte R. Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid. Síntesis. 1997
- ³⁵ Ibid 34.
- ³⁶ Ibid 34.
- ³⁷ Ibid 34.
- ³⁸ Cooper CL. Rout U, Faragher B. Mental health , job satisfaction and job stress among general practioners. *B M J* 1989; 289:366-370.
- ³⁹ Bowman MA. Allen DI. *Stress and Women Physician*. New York: Springer 1985.
- ⁴⁰ Mc Craine EW. Lambert VA. Lambert CE. Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 1987; 33(6):374-78.
- ⁴¹ Dale J. Weinberg RS. The relations-hip between coache's leadership style and Burnout. *Sport psychologist* 1989: 1-13.
- ⁴² Ibid 40.
- ⁴⁴ Ibid 34.
- ⁴⁵ Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice-Hall Press; 1982.
- ⁴⁶ Lazarus RS. Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martinez Roca.; 1986.
- ⁴⁷ Ceslowitz SB. (1989): "**Burnout** and coping strategies among hospital staff nurses". *Journal of Advanced Nursisng*. 1989; 14(7): 553-58.
- ⁴⁸ Cobb S. "Social support as a moderator of life stress". *Psychosomatic Medicine*. 1976; 38(5):300-14.
- ⁴⁹ Chiavenato I. *Administración de los Recursos Humanos*. 2ª ed. Bogota Colombia: Mc Graw Hill: interamericana; 1993. p. 65, 66, 267-287, 625, 627

- ⁵⁰ Chiavenato A. Evaluación del Desempeño. Gestión del talento humano. Ed. Mc Graw Hill; 2002. p. 197-223.
- ⁵¹ Ibid 50.
- ⁵² Robbins P. Administración. 7a ed. Prentice May; 1996. p. 610-11, 654, 656-659.
- ⁵³ Ibid 49.
- ⁵⁴ Werther WB. Administración del personal y Recursos Humanos. 4ª ed. Mc Graw Hill; 1995. p. 233-235.
- ⁵⁵ Malagón LG. Administración Hospitalaria. 1ª ed. Medical Internacional;1996. p 70-72.
- ⁵⁶ Gilles DA, Gestión de Enfermería. una aproximación de los sistemas. Masson-Salvat Enfermería. 1994: p. 543-51.
- ⁵⁷ Cooper CL. Rout U. Faragher B. Mental health , job satisfaction and job stress among general practioners. 1989; 289: 366-70.
- ⁵⁸ Bowman MA. Allen DI. Stress and Women Physician. New York: Springer. 1985.
- ⁵⁹ Mc Craine EW. Lambert VA. Lambert CE. Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. Nursing Research. 1987; 33 (6) p: 374-78.
- ⁶⁰ Flórez JA. Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete med.1994.
- ⁶¹ Maslach C, Jackson S. (1985).The role of sex and family variables in Burnout. Sex roles. 1985;12: 837-51.
- ⁶² Greenglass ER. Burke RJ. Career orientations and career development among male and female teachers. Psychol Report. 1989; 64-59: 591-98.
- ⁶³ Janssen P. Jorge J. Bakker A. Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. Journaul Advance Nursisng 1999;29:1360-9
- ⁶⁴ Moreno BJ. Gonzalez JL. Garrosa HE. Peñacoba PC. Desgaste profesional en hospitales. Revista. Rol de Enfermería. 2002: 24.
- ⁶⁵ Seltzaer J. Numerof RE. (1988). Supervisory leadership and subordinate Burnout. Academy of Management J.1988;31 (2): 429-46.

- ⁶⁶ Pines AM. Kafry D. Coping with Burnout. Ponencia presentada en la convención anual de la American Psychology Association. Toronto. 1978.
- ⁶⁷ Cardinell C. Burnout?. Mid-life crisis?. Let's Understand ourselves. Contemporary education. 1981.
- ⁶⁸ Lee R. Ashforth B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimension of job burnout. Journal of applied Psychology. 1996; 2: 123-33.
- ⁶⁹ Maslach C. Jackson S. Lawyer Burnout. Barrister.. 1978;5: 52-4.
- ⁷⁰ Jackson SE. Schwab RL. Schuler RS. Toward on understanding of the Burnout phenomenon. J applied Pscychol. 1986; 4: 630-640
- ⁷¹ Maslach C. Jackson S. The measurement of experienced Burnout. J Occup Behavior. 1981; 2: 99-113.
- ⁷² Moreno BJ. Gonzalez JL. Garrosa HE. Peñacoba PC. Desgaste profesional en hospitales. Revista Rol de Enfermería. 2002; 25.
- ⁷³ Carmona FG. Sanz LJ. Marin MD. (2002). Relaciones entre el Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. Rev. Enfermería Científica. 2002 Ene-Feb; 238-39: 33-9.
- ⁷⁴ Witt S, D. (2004). Nurses' Stress and Burnout. American Journal of Nursing. 2004; 5 (104): 48-57.
- ⁷⁵ Corsi J. El síndrome "burnout". Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia familiar. Mujer/Fempress Nº 219-220, Febrero-Marzo 2000, p. 21-22 Disponible en: www.fempress.cl/219/revista/219_burnout.html
- ⁷⁶ Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Publica. 1997;71: 293-303.
- ⁷⁷ Maslach C. Schaufeli W. Marek T. Professional Burnout" Recent Development in Theory and Research. Taylor & Francis. 1993.
- ⁷⁸ Llor B. Abad MA. García M. Nieto J. *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. España. Madrid. McGraw-hill – Interamericana. 1995.
- ⁷⁹ Gil-Monte R. Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid. Síntesis. 1997.

- ⁸⁰ De Miguel S. En cuerpo y Alma. Sur. Suplemento focus. 1999; 11: 10-1
- ⁸¹ Maslach C. Job burnout. Annual Review Psychology. (Citado en Diciembre de 2004). Disponible: findarticles.com.2001
- ⁸² Gil Monte P. Peiró J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el trabajo. Anales de la Psicología 1999; 15-2: 261-68.
- ⁸³ Burguete MD. Velasco J. Estresores Ocupacionales y Estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de puerta de urgencias. Enfermería Clínica. 1996: 6-7
- ⁸⁴ Reig FA. Caruana A. Peralba JL. Estudio comparativo de estresares profesionales en personal de enfermería español y norteamericano. Enfermería Científica. 1993;136: 23- 7
- ⁸⁵ Da Silva H. Vega ED. Pérez A. Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Actas Esp Psiquiatría. 1999; 27: 310-20.
- ⁸⁶ Salinas OC. Laguna CJ. Mendoza M. (1994). La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Revista Salud Pública de México. 1994; 36:22-9.
- ⁸⁷ González I. et. al. Evaluación del desempeño profesional de las enfermeras egresadas de la Universidad de Caldas (1975-1984). In: Memorias del VI Coloquio de Investigación en Enfermería. 1986.
- ⁸⁸ Castrillón, C.; Escobar, I. y Pulido, S. Calidad de atención en salas de trabajo de parto en instituciones oficiales de salud del departamento de Antioquia (Col.), 1990. Medellín: Universidad de Antioquia, 1990.
- ⁸⁹ Orrego V, N. *Evaluación del personal de enfermería en salud mental escolar*. Medellín. Tesis. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.1885.
- ⁹⁰ Bedoya C. Robledo C. *Evaluación del personal de enfermería en el HUSVP*. In: Memorias del IX Congreso Nacional de Enfermeras. Paipa, 1982
- ⁹¹ Factores motivadores que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería de sala de partos del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". (Citado en Diciembre de 2004). Disponible en Monografías .com

⁹² Gamez RS. Gastelúm EM. Marque LE Robles AA. Vega BO. La satisfacción en el trabajo y el desempeño laboral en la enfermera general. Desarrollo Científico en Enfermería. 2000; 4(8):108.

⁹³ Libro Blanco de la Enfermería Actualidad. 1998: 23.

⁹⁴ Rueda CJ. Estar quemado profesionalmente ¿quién cuida a los cuidadores? Formación: D.U.E

⁹⁵ Akerstedt. Accidents and sleepiness: a consensus statement from the Internacional 1994: 195.

⁹⁶ Folkard S. Totterdell P. Dissecting circadian performance rhythms: implications for shiftwork. Ergonomics. 1993; 1-3(36): 283-88.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Estimada (o) Compañera (a) enfermera (o):

Con el objeto de conformar un breve análisis de la Situación del Personal de Enfermería de la Clínica, es importante conocer algunos aspectos relacionados con la salud. Por tal motivo, le solicito de la manera mas atenta, unos minutos de su tiempo para contestar este cuestionario respondiendo con sinceridad a cada pregunta. No existen preguntas "buenas" o "malas"; la respuesta correcta es aquella que me mejor exprese su experiencia de acuerdo a su estado de salud. la información que usted proporcione se mantendrá en estricta confidencialidad y no tiene el propósito de otorgar ninguna calificación. **Para su tranquilidad, se ha omitido pedir el nombre para garantizar el anonimato.** Así mismo le informo que las conclusiones que se obtengan al finalizar la investigación serán puestas a su disposición si desea acceder a ellas. Cabe señalar que desde luego se cuenta con la autorización de las autoridades de la institución.

Su ayuda será de gran utilidad, ya que los resultados del presente estudio permitirán tomar las medidas preventivas necesarias para el mejoramiento y optimización de nuestros servicios asistenciales.

Deseo expresarle mi aprecio, por el tiempo que dedico y le agradezco de antemano su participación.

Atentamente:

L. E. Claudia Elizabeth Piña Hernández

En el siguiente apartado encontrara una serie de afirmaciones que describe situaciones y experiencias de enfermeras que tienen un trabajo muy similar al suyo

Lea cada enunciado y marque el que mejor describa su situación, teniendo en cuenta desde el año anterior hasta el día de hoy.

Ejemplo:

Marque con una X el número que corresponda a su propio caso de acuerdo a las siguientes categorías:

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

EN NINGUNA OCASIÓN 1 RARAMENTE 2 ALGUNAS VECES 3 FRECUENTEMENTE 4 SIEMPRE 5

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Me siento identificado (a) con mi trabajo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

| | EN NINGUNA OCASIÓN 1 | RARAMENTE 2 | ALGUNAS VECES 3 | FRECUENTEMENTE 4 | SIEMPRE 5 |
|--|-------------------------|----------------|--------------------|---------------------|--------------|
| 1. En general estoy harta (o) de mi trabajo. | | | | | |
| 2. Me siento identificada (o) con mi trabajo | | | | | |
| 3. Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias | | | | | |
| 4. Mi jefa me apoya en las decisiones que tomo | | | | | |
| 5. Desde el punto de vista personal, mi trabajo como enfermera (o) no me motiva lo suficiente en la actualidad | | | | | |
| 6. Mi trabajo actual carece de interés | | | | | |
| 7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor | | | | | |
| 8. Las compañeras enfermeras (os) nos apoyamos en el trabajo | | | | | |
| 9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí | | | | | |
| 10. Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo | | | | | |
| 11. Los pacientes a los que tengo que atender, reconocen muy poco los esfuerzos que hago por ellos | | | | | |
| 12. Mi interés por superarme en mi profesión como enfermera (o), es escaso actualmente. | | | | | |
| 13. Considero que el trabajo que realizo, repercute en mi salud (dolor de cabeza, insomnio, pérdida o aumento de peso, etc.) | | | | | |
| 14. Mi trabajo es muy repetitivo | | | | | |
| 15. Me siento estresada (o) por mi trabajo | | | | | |
| 16. Me gusta el ambiente y las condiciones físicas de mi trabajo | | | | | |
| 17. El trabajo está afectando mis relaciones familiares y de trabajo | | | | | |
| 18. Procuro no involucrarme emocionalmente con los pacientes en el trabajo | | | | | |
| 19. El trabajo que realizo se aleja de lo que yo hubiera deseado | | | | | |
| 20. Mi trabajo me resulta muy aburrido | | | | | |
| 21. Los problemas en mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor. | | | | | |

22. La (s) principal (es) causa (s) de malestar en mi trabajo son:

¡Gracias por tu colaboración!

Nota:

No se autoriza la utilización y reproducción total o parcial del instrumento Cuestionario Breve de Burnout (CBB) sin previo consentimiento de la Sociedad Mexicana de Psicología A.C. o del Dr. José Lauro de Los Ríos Castillo.

II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

Instrucciones:

Por favor, conteste las siguientes cuestiones. En el paréntesis coloque la letra del inciso que corresponda a su respuesta. En algunas preguntas las respuestas que se le solicitan son abiertas favor de contestarlas

1. **Sexo** ()
 - a. Mujer
 - b. Hombre
2. **Edad** ()
 - a. De 20 a 25 años
 - b. De 26 a 35 años
 - c. De 36 a 45 años
 - d. De 46 a 55 años
 - e. De 56 a 65 años
 - f. Mas de 65 años
3. **Estado civil** ()
 - a. Soltero (a)
 - b. Casado (a)
 - c. Viudo (a)
 - d. Separado (a)
 - e. Divorciado (a)
 - f. Unión libre
4. **Número de hijos** ()
 - a. Ninguno
 - b. Uno
 - c. Dos
 - d. Tres
 - e. Cuatro
 - f. Más de cuatro
5. **Nivel académico** ()
 - a. Auxiliar de Enfermería
 - b. Técnico en Enfermería
 - c. Enfermera General
 - d. Licenciada en Enfermería
 - e. Postécnico
 - f. Especialista
 - g. Magíster
6. **Contratación laboral** ()
 - a. De base
 - b. Eventual
7. **Categoría laboral** ()
 - a. Asistente de enfermería
 - b. Auxiliar de enfermería
 - c. Enfermera general
 - d. Enfermera especialista
8. **Servicio en que labora** ()
 - a. Consulta externa
 - b. Hospital parcial
 - c. Unidad para Intervención en Crisis
 - d. Sala general de mujeres
 - e. Sala general de hombres
 - f. Sala general de crónicos
 - g. Variable
 - h. Otro
Especifique _____
9. **Tiempo de Ejercer la profesión** ()
 - a. De 1 a 3 años
 - b. De 4 a 6 años
 - c. De 7 a 10 años
 - d. De 11 a 15 años
 - e. De 16 a 20 años
 - f. De 21 a 25 años
 - g. De 26 a 30 años
 - h. De mas de 30 años
10. **Turno donde laboral** ()
 - a. Matutino
 - b. Vespertino
 - c. Nocturno
 - d. Jornada laboral

11. **Número de horas que trabaja a la semana** ()
- 40 horas
 - 41 a 46 horas
 - Mas de 46 horas
12. **¿Realiza otras guardias a la semana?** ()
- No
 - Si
13. **Número de días que realiza otras guardias:** ()
14. **Numero de pacientes que atiende diariamente:** ()
15. **Que tiempo de su jornada laboral pasa en interacción directa (cara a cara) con los pacientes** ()
- Mas del 50%
 - El 50%
 - Menos del 50%
16. **¿Tiene que realizar labores de trabajo en su casa?** ()
- Si
 - No
17. **¿Cuantas horas realiza labores de su trabajo en la casa?** ()
18. **En el ultimo año, marque si ha tenido ausencias en su trabajo por enfermedad:** ()
- Si tuve ausencias
 - No tuve ausencias
19. **Cual fue la causa de las ausencias:**
- _____
- _____
- _____
20. **Señale el número de días que a lo largo del año ha faltado por dicho motivo:** ()
- Menos de dos días
 - De tres a cuatro días
 - De cinco a siete días
 - De ocho a quince días
 - Mas de quince días
21. **¿Cuál es su principal aliciente en su trabajo como enfermera (o)?** ()
- La enfermera en sí
 - La autonomía personal
 - Las relaciones con los compañeros
 - Las relaciones con los pacientes
 - Las relaciones con los jefes
22. **¿Cuál es el principal inconveniente de su trabajo como enfermera (o)?** ()
- El sueldo
 - Las relaciones entre compañeros
 - El exceso de pacientes
 - La falta de base definitiva
 - El ambiente de trabajo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DEL ÁREA DE ENFERMERÍA DE LA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"**

La evaluación del desempeño es una apreciación sistemática de cada persona, en función de las actividades que cumple, de las metas y resultados que debe alcanzar y de su potencial desarrollo, es un proceso que sirve para juzgar o estimar el valor, la excelencia y las cualidades de una persona y sobre todo su contribución a la organización.

Nombre del proyecto: Síndrome de Burnout y el desempeño laboral del personal de enfermería de una Clínica Psiquiátrica

Responsable del proyecto: L. E. Claudia Elizabeth Piña Hernández.

El objetivo de este instrumento es evaluar el desempeño laboral del personal de enfermería por lo que es importante contestar todas las preguntas y no omitir ninguna; cabe hacer mención que los resultados de este instrumento serán utilizados de manera confidencial.

Instrucciones: Favor de marcar con una **X** el criterio que usted considere de acuerdo con la evaluación realizada, es importante mencionar que solo se debe de marcar un criterio de lo contrario se eliminará la respuesta así mismo favor de dejar en blanco el área gris de la derecha.

NÚMERO DE FOLIO DEL EVALUADO: _____ FECHA: _____

NÚMERO DE FOLIO DEL EVALUADOR: _____

| ÍTEMS | VALORES | NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|--|---------|-------|---------------|--------------|---------|
| 1. Recibe a los pacientes de manera directa-observacional al inicio de su jornada de trabajo | | | | | |
| 2. Recibe a los pacientes de manera indirecta-informe al inicio de su trabajo | | | | | |
| 3. Verifica que el material y equipo de sala este completo | | | | | |
| 4. Verifica que el material y equipo de sala funcione | | | | | |
| 5. Entrega material y equipo de sala completo | | | | | |
| 6. Reporta inmediatamente cualquier desperfecto del área física de la sala | | | | | |
| 7. Proporciona a los médicos la información más relevante de los pacientes. | | | | | |
| 8. Llama al médico de guardia en caso de alguna urgencia médica | | | | | |
| 9. Se entera oportunamente de cambios en las indicaciones médica | | | | | |
| 10. Aclara dudas o posibles errores de las indicaciones médicas. | | | | | |
| 11. Se coordina con los asistentes de enfermería para satisfacer las necesidades de higiene de los pacientes | | | | | |
| 12. Se coordina con los asistentes de enfermería para satisfacer las necesidades de aliño de los pacientes. | | | | | |
| 13. Se coordina con los asistentes de enfermería para satisfacer las necesidades de eliminación de los pacientes. | | | | | |
| 14. Se coordina con los asistentes de enfermería para satisfacer las necesidades de bienestar y confort de los pacientes | | | | | |
| 15. Participa en la satisfacción de las necesidades de higiene de los pacientes | | | | | |
| 16. Participa en la satisfacción de las necesidades de aliño de los pacientes | | | | | |
| 17. Participa en la satisfacción de necesidades de eliminación de los pacientes | | | | | |
| 18. Participa en la satisfacción de las necesidades de bienestar y confort de los pacientes | | | | | |
| 19. Supervisa las acciones que se proporcionan para satisfacer las necesidades de higiene de los pacientes. | | | | | |

| ITEMS | VALORES | NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|-------|---|-------|---------------|--------------|---------|
| 20. | Supervisa las acciones que se proporcionan para satisfacer las necesidades de aliño de los pacientes. | | | | |
| 21. | Supervisa las acciones que se proporcionan para satisfacer las necesidades de eliminación de los pacientes. | | | | |
| 22. | Supervisa las acciones que se proporcionan para satisfacer las necesidades de bienestar y confort de los pacientes. | | | | |
| 23. | Apoya al usuario en sus necesidades de protección y seguridad | | | | |
| 24. | En la administración de medicamentos toma en cuenta las reglas de oro | | | | |
| 25. | Controla estrictamente el manejo y el almacenamiento de los medicamentos | | | | |
| 26. | Mantiene los insumos necesarios para el funcionamiento del servicio | | | | |
| 27. | Lleva a cabo adecuadamente el manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos. | | | | |
| 28. | Mantiene en orden el expediente clínico. | | | | |
| 29. | Mantiene en orden el material y equipo que emplea | | | | |
| 30. | Realiza los registros de enfermería en las hojas correspondientes con base en la situación de cada uno de los pacientes | | | | |
| 31. | Realiza en coordinación con asistentes de enfermería un informe por escrito sobre lo mas relevante del estado del usuario antes de finalizar la jornada laboral | | | | |
| 32. | Participa en los medios de diagnóstico de los pacientes | | | | |
| 33. | Participa en el tratamiento de los pacientes | | | | |
| 34. | Asiste diariamente a laborar de acuerdo a su jornada | | | | |
| 35. | Llega puntualmente a la institución | | | | |
| 36. | Llega puntualmente al servicio que le corresponde para iniciar su jornada laboral | | | | |
| 37. | Permanece en la institución durante toda su jornada laboral. Excepto en alguna actividad propia del servicio que requiera su salida | | | | |
| 38. | Permanece en su servicio durante toda su jornada laboral. Excepto en alguna actividad propia del servicio que requiera su salida. | | | | |

¡Gracias por tu colaboración!

ANEXO 3

NOVIEMBRE DE 2004

Autorizó a la L. E. Claudia Elizabeth Piña Hernández el uso y la reproducción del Cuestionario Breve de Burnout (CBB) exclusivamente para la elaboración de la Tesis "Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral del personal de Enfermería de una Clínica Psiquiátrica".

Cabe señalar que otras personas no autorizadas no tienen el derecho de utilizar o reproducir de manera total o parcial el instrumento según lo establece la Sociedad Mexicana de Psicología A.C. en su apartado tercero en el Artículo quinto.



DR. JOSÉ LAURO DE LOS RÍOS CASTILLO

ANEXO 4

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
VARIABLE INDEPENDIENTE "SÍNDROME DE BURNOUT"

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | VALORES | ITEM | |
|---------------------|--|--|----------------------------|----------------------|---------|---|---|---|
| Síndrome de Burnout | Respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y al propio rol profesional y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Gil-Monte & Peiró, 1997). | La presencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería será medido a través del Cuestionario Breve del Burnout. El cual será aplicado en el mes de noviembre de 2004 de forma autoadministrada. | Estrés laboral asistencial | Cansancio emocional | Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Bajo: 18 a 37 puntos • Moderado: 38 a 52 puntos • Alto: más de 53 puntos. | Escala de Likert <ul style="list-style-type: none"> • En ninguna ocasión • Raramente • Algunas veces • Frecuentemente • Siempre | 3 ítems (1, 7, 15) 1. En general estoy harta (o) de mi trabajo. 7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor 15. Me siento estresada (o) por mi trabajo |
| | | | | Despersonalización | | | 3 ítems (3, 11, 18) 3. Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias 11. Los pacientes a los que tengo que atender, reconocen muy poco los esfuerzos que hago por ellos 18. Procuo no involucrarme emocionalmente con los pacientes en el trabajo | |
| | | | | Realización personal | | | 3 ítems (5, 12, 19) 5. Desde el punto de vista personal, mi trabajo como enfermera (o) no me motiva lo suficiente en la actualidad 12. Mi interés por superarme en mi profesión como enfermera (o), es escaso actualmente | |

SÍNDROME DE BURNOUT Y EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|
| | | | | | | 19. El trabajo que realizo se aleja de lo que yo hubiera deseado |
| | | | Características de la tarea | | | 3 ítems (2, 10, 16) |
| | | | | | | 2. Me siento identificada (o) con mi trabajo |
| | | | | | | 10. Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo |
| | | | | | | 16. Me gusta el ambiente y las condiciones físicas de mi trabajo |
| | | | Tedio | | | 3 ítems (8, 14, 20) |
| | | | | | | 6. Mi trabajo actual carece de interés |
| | | | | | | 14. Mi trabajo es muy repetitivo |
| | | | | | | 20. Mi trabajo me resulta muy aburrido |
| | | | Organización | | | 3 ítems (4, 8, 9) |
| | | | | | | 4. Mi jefa me apoya en las decisiones que tomo |
| | | | | | | 8. Las compañeras enfermeras (os) nos apoyamos en el trabajo |
| | | | | | | 9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí |
| | | | Consecuencias del Burnout | | | 3 ítems (13, 17, 20) |
| | | | | | | 13. Considero que el trabajo que realizo, repercute en mi salud (dolor de cabeza, insomnio, pérdida o aumento de peso, etc.) |
| | | | | | | 17. El trabajo está afectando mis relaciones familiares y de trabajo |
| | | | | | | 20. Mi trabajo me resulta muy aburrido |

VARIABLE DEPENDIENTE "DESEMPEÑO LABORAL"

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | ESCALA | VALORES | ÍTEM |
|-------------------|--|--|-------------|---|---|---|
| Desempeño laboral | La realización de las actividades y funciones que deben desarrollar los trabajadores, de conformidad con el puesto que tienen asignado | El Desempeño laboral se medirá a través del cuestionario de "Evaluación del Desempeño", el cual será contestado por tres supervisoras del Departamento de Enfermería. Este instrumento medirá los indicadores de puntualidad, permanencia, asistencia y eficacia, los cuales son contemplados por la Secretaría de Salud y serán medidos en el mes de noviembre de 2004. | Eficacia | Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Nunca | <ul style="list-style-type: none"> • Muy bueno 84-74 puntos • Bueno 73-63 puntos • Regular 62-52 puntos • Deficiente 51-41 puntos | <p style="text-align: center;">Eficacia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe a los pacientes de manera directa-observacional al inicio de su jornada de trabajo 2. Recibe a los pacientes de manera indirecta-informe. Al inicio de su trabajo 3. Verifica que el material y equipo de sala este completo y funcional. 4. Verifica que el material y equipo de sala este funcional 5. Entrega material y equipo de sala completo 6. Reporta inmediatamente cualquier desperfecto del área física de la sala 7. Proporciona a los médicos la información más relevante de los pacientes. 8. Llama al médico de guardia en caso de alguna urgencia médica 9. Se entera oportunamente de cambios en las indicaciones médica 10. Aclara dudas o posibles errores de las indicaciones médicas. 11. Se coordina los asistentes de enfermería para satisfacer las necesidades de higiene, aliño, alimentación y eliminación de los pacientes 12. Participa en la satisfacción de las necesidades de higiene, aliño, alimentación y eliminación de los pacientes 13. Supervisa las acciones que se proporcionan para satisfacer las necesidades de higiene, aliño, alimentación y eliminación |

| | | | | | |
|--|--|--|-------------|---------|---|
| | | | | | <p>14. Apoya al usuario en sus necesidades de protección y seguridad</p> <p>15. En la administración de medicamentos toma en cuenta las reglas de oro</p> <p>16. Controla estrictamente el manejo y el almacenamiento de los medicamentos</p> <p>17. Mantiene los insumos necesarios para el funcionamiento del servicio</p> <p>18. Lleva a cabo adecuadamente el manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos.</p> <p>19. Mantiene en orden el expediente clínico.</p> <p>20. Mantiene en orden el material y equipo que emplea</p> <p>21. Realiza los registros de enfermería en las hojas correspondientes con base en la situación de cada uno de los pacientes.</p> <p>22. Realiza en coordinación con asistentes de enfermería un informe por escrito sobre lo mas relevante del estado del usuario antes de finalizar la jornada laboral</p> <p>23. Participa en los medios de diagnóstico y tratamiento en base en la situación de cada uno de los pacientes.</p> |
| | | | Asistencia | Ordinal | Asistencia |
| | | | Puntualidad | Ordinal | Puntualidad |
| | | | Permanencia | Ordinal | Permanencia |
| | | | | | <p>24. Asiste diariamente a laborar de acuerdo a su jornada.</p> <p>25. Llega puntualmente a la institución</p> <p>26. Llega puntualmente al servicio que le corresponde para iniciar su jornada laboral</p> <p>27. Permanece en la institución durante toda su jornada laboral</p> <p>28. Permanece en su servicio durante toda su jornada laboral.</p> |

PERMISO DEL AUTOR PARA REPRODUCIR EL TRABAJO

"El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada Síndrome de Burnout y Desempeño Laboral del personal de enfermería de una Clínica Psiquiátrica para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la Ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala que conduzca a su reproducción parcial o total"



L.E. CLAUDIA ELIZABETH PIÑA HERNÁNDEZ

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., JUNIO DE 2005.