



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONISTAS EN  
EL ÁREA DE SALUD DE QUERÉTARO”**

Que como parte de los requisitos para obtener el Título de Licenciado en Enfermería.

Presenta:

ELIZABETH YAJAIRA BASALDUA LARA

Bajo la Dirección:

DRA. HILDA ROMERO ZEPEDA

SINODALES

Dra. Hilda Romero Zepeda

Presidente

Firma

M.C. Gabriela Palomé Vega

Secretaria

Firma

M.C. Laura Verónica Cabezza Aguilar

Vocal

Firma

M.S.P. Rosalba Flores Ramos

Suplente

Firma

Lic. Enf. Ma. Guadalupe Perea Ortíz

Suplente

Firma

No. Adq. H73985

No. Título \_\_\_\_\_

Clas TS

61698

B297p

\_\_\_\_\_

## RESUMEN.

### “PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONISTAS EN EL ÁREA DE SALUD DE QUERÉTARO”

El Síndrome de Burnout como consecuencia del estrés laboral, constituye una situación cada vez más frecuente en el personal que labora de manera directa con otras personas, entre los que se encuentran los profesionales en el área de la salud. Se considera un problema de Salud Pública, no sólo por su prevalencia, por su notable incremento en los últimos tiempos y por la intensidad en que se presenta deteriorando a su vez la calidad de los servicios de atención al mismo paciente. Este a su vez, constituye una causa de deterioro de las condiciones laborales del personal de salud. **Objetivo:** conocer la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, en los profesionales en el área de salud: Enfermería, Medicina y Odontología. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, realizado en profesionales de enfermería, medicina y odontología. Participando bajo consentimiento informado 96 personas voluntariamente (32 de cada profesión) de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario auto-administrado, modificado de Maslach Burnout Inventory (MBI) que cuenta con validez y confiabilidad. El análisis de los datos fue realizado a través del programa estadístico SPSS 12.0 y de acuerdo a los dominios de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. **Resultados:** Conforme a cada dimensión en el Síndrome de Burnout y de acuerdo a cada área de salud de los participantes, los puntajes obtenidos fueron: El 15.6% de los profesionales de Medicina presentaron niveles altos en el dominio de Agotamiento Emocional, 10.4% para Enfermería y 5.2% corresponde a Odontología; en lo referente al dominio de Despersonalización el 10.4% de los profesionales de Medicina presentaron niveles altos, 6.2% y 2% para Enfermería y Odontología respectivamente; y el 5.2% de los profesionales de Enfermería mostraron niveles altos de Síndrome de Burnout en el dominio de Realización Profesional, y 4.1% para Medicina y 1.0% Odontología. **Conclusión:** Los niveles encontrados en las diferentes dimensiones del Burnout, son similares al de otros estudios realizados en enfermeros, médicos y odontólogos, y no existen diferencias significativas en cuanto a las variables sociodemográficas y laborales asociadas.

**Palabras Clave:** Personal de salud, Síndrome de Burnout, MBI, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

*A mis padres, que me dedican toda su vida, y me han respaldado y ayudado de forma incondicional para poder llegar hasta aquí, por todo su amor, apoyo y comprensión.*

## **AGRADECIMIENTOS.**

A la Dra. Hilda Romero Zepeda (Q. en A., M. en C., Ph. D.), Docente-Investigadora Nivel VII, Responsable de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, por su apoyo, sus consejos y su confianza, sin cuya ayuda este trabajo no hubiera sido posible. Primera persona que me introdujo en este tema y supo infundirme interés por él.

Al Lic. Jovany I. Vázquez Hernández, por su apoyo moral, sus aportaciones a este tema, su paciencia y su cariño.

A todos los enfermeros, médicos y odontólogos que han colaborado en la realización de las encuestas, sin cuya colaboración habría sido imposible realizar este estudio.

# ÍNDICE.

<b>Resumen</b> .....	<b>i</b>
<b>Dedicatoria</b> .....	<b>ii</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>iii</b>
<b>Índice</b> .....	<b>iv</b>
<b>Índice de tablas</b> .....	<b>vi</b>
<b>Índice de figuras</b> .....	<b>vii</b>
<b>I. Introducción.</b> .....	<b>1</b>
1.1. Definición del problema de investigación. ....	2
1.2. Justificación. ....	4
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. General.....	5
1.3.2. Específicos.....	5
1.4. Hipótesis. ....	6
<b>II. Marco Teórico.</b> .....	<b>7</b>
2.1. Antecedentes. ....	7
2.2. Síndrome de Burnout. ....	10
2.2.1. Dimensión de agotamiento emocional en el Síndrome de Burnout. ....	11
2.2.2. Dimensión de despersonalización en el Síndrome de Burnout.....	12
2.2.3. Dimensión de realización personal en el Síndrome de Burnout.....	13
2.3. Síndrome de Burnout relacionado con profesionales en el área de salud. ....	15

2.4. Artículos relacionados.....	17
<b>III. Diseño Metodológico.....</b>	<b>20</b>
3.1. Tipo de estudio.....	20
3.2. Universo y muestra.....	20
3.3. Tamaño de la muestra.....	21
3.3.1. Criterios de selección.....	21
3.4. Material y métodos.....	22
3.4.1. Instrumento para la recolección de datos.....	22
3.5. Análisis estadístico.....	24
3.6. Ética del estudio.....	24
<b>IV. Resultados.....</b>	<b>25</b>
4.1. Descripción de la población de estudio.....	25
4.1.1. Estudio del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.....	33
4.2. Agotamiento emocional.....	35
4.3. Despersonalización.....	46
4.4. Falta de realización personal.....	50
<b>V. Conclusiones.....</b>	<b>57</b>
<b>VI. Bibliografía.....</b>	<b>58</b>
<b>VII. Anexos.....</b>	<b>63</b>
7.1. Anexo 1. Cuestionario.....	63

## ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 4.1. Puntos de corte para la clasificación del cuestionario MBI.....	23
Tabla 5.1. Antigüedad en la profesión y las características sociodemográficas en enfermeros, médicos y odontólogos.....	26
Tabla 5.2. Distribución de profesionistas del área de la salud según el nivel de atención.....	28
Tabla 5.3. Antigüedad en el destino actual en relación con la profesión y con algunas variables sociodemográficas y laborales.....	30
Tabla 5.4. Tabla de contingencia: nivel de agotamiento emocional y sexo.....	36
Tabla 5.5. Tabla de contingencia: nivel de agotamiento emocional y edad.....	38
Tabla 5.6. Tabla de contingencia: niveles de agotamiento emocional y ausencia o presencia de hijos.....	40
Tabla 5.7. Tabla de contingencia: nivel de agotamiento emocional y profesión.....	42
Tabla 5.8. Tabla de contingencia: nivel de agotamiento emocional y antigüedad en la profesión.....	43
Tabla 5.9. Tabla de contingencia: nivel de agotamiento emocional y nivel escolar.....	45
Tabla 5.10. Tabla de contingencia: nivel de falta de realización personal, según las horas laborales al día.....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 5.1. Distribución de horas laborales al día de acuerdo a: (a) a la profesión de enfermería, (b) medicina y (c) odontología.....	32
Figura 5.2. Porcentajes de profesionales con niveles bajo, medio y alto de agotamiento emocional.....	34
Figura 5.3. Porcentajes de profesionales con niveles bajo, medio y alto de despersonalización.....	34
Figura 5.4. Porcentajes de profesionales con niveles bajo, medio y alto de realización personal.....	34
Figura 5.5. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de despersonalización según el número de horas trabajadas al día.....	48
Figura 5.6. Número de profesionales con niveles bajo medio y alto de falta de realización personal, según la profesión.....	52
Figura 5.7. Número de profesionales con presencia o ausencia de realización personal, según la profesión.....	53

## **I. INTRODUCCIÓN.**

En la actualidad el Síndrome de Burnout relacionado con el estrés laboral es uno de los problemas de Salud Pública principales en México y a nivel Internacional, no sólo por su prevalencia sino también por su notable incremento en los últimos tiempos (Gil-Monte, 2002).

A nivel mundial, los últimos años se caracterizan por un cambiante y acelerado ritmo de vida, así como un incremento en las demandas laborales; relacionado a su vez con los requerimientos de la economía y demandas de la sociedad en general. Por lo que se prevé que en no muy lejano tiempo habrá consecuencias que afectarán tanto la calidad de vida de las personas que laboran como su salud (Grau, 2009).

Por otra parte, Gil (2005), afirma que el trabajo es un medio para sustentar la vida y satisfacer las necesidades básicas de las personas, se debe satisfacer de tal manera que genere un ambiente agradable y de condiciones necesarias para que así la persona pueda lograr desempeñarse adecuadamente, ya que el trabajo es una actividad mediante la cual las personas reafirman su identidad siendo crucial para la realización tanto personal como profesional.

Dentro de las enfermedades asociadas al estrés se encuentra el Síndrome de Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo, que se presenta principalmente en profesionistas que trabajan directamente con personas; en general los más vulnerables a padecer éste síndrome son aquellos profesionistas que se caracterizan por un buen desempeño, comprometidos con su trabajo y que tienen expectativas altas sobre sus metas en el trabajo (Buendía, 1998).

Por ello el presente trabajo de investigación pretende evaluar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en profesionistas en el área de salud de Querétaro; pues así se podrán implementar medidas de prevención y promoción de la salud para la población en estudio.

## **1.1. Definición del problema de investigación.**

El estrés es uno de los problemas que forma parte de nuestra vida cotidiana hasta tal punto que se podría considerar como “el malestar de lo últimos tiempos” afectando de tal manera tanto la salud como el bienestar laboral. En el contexto laboral, surge el desarrollo de un proceso: el Síndrome de Burnout, diversos autores mencionan que se presenta más en aquellas personas que están en contacto directo con personas y que aunado a ello tienen que cumplir ciertas normas de calidad humana, así son varios los profesionistas del área de la salud que se encuentran afectados por dicho problema (Albadejo, 2004).

La Salud Pública es un concepto que afecta el desarrollo de la sociedad, desde el área de salud que presta especial interés en el área laboral, no sólo del personal sino también de la población en general, pues están inmersos en diversas situaciones donde el estrés laboral esta presente en la mayoría de los casos, pero en menor o mayor nivel, que podría ocasionar el Síndrome de Burnout.

Los trabajadores son el recurso más importante que posee el sistema de salud, para lograr mediante eficacia, calidad y calidez, el bienestar de la población en general por medio de las diferentes intervenciones que cada uno de los profesionales de salud en sus áreas les compete. Según, Furnham (2001), dentro de los riesgos laborales, siendo de especial relevancia, en sector sanitario, los de origen psicosocial, debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas; cabe señalar que, el Síndrome de Burnout ocupa un lugar destacado pues es una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo.

La actividad laboral compromete a toda la persona, es decir su personalidad, la manera de relacionarse con los demás, la manera de enfrentar acontecimientos sencillos y complejos en la vida diaria y además la forma de establecer relaciones humanas en el trabajo. La influencia del trabajo sobre la persona puede ser positiva o negativa dependiendo de la capacidad de afrontamiento hacia el mismo, será negativa cuando éste sea una amenaza para la salud física, fuente de tensión, sentimiento de frustración, e incluso la aparición de alguna psicopatología (Gil, 2005).

Últimamente y acorde a Atance (2007), cada vez más estudios, ponen de manifiesto la alta prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud, que por consecuencia genera incremento en la tasa de accidentabilidad, conflictos laborales, decesos laborales, absentismo de los trabajadores ligadas a sus condiciones de trabajo, disminución en la calidad de atención, y por tanto negativas para la institución en la que se trabaja; sin embargo la actividad laboral comprende a toda la persona.

Dada la magnitud de la afectación del personal de la salud y la importancia de la investigación, es presumible que dado que el Síndrome de Burnout es prevenible, hace necesario disponer de datos sobre su prevalencia a nivel estatal como sectorial, para que de esta manera se puedan implementar planes o medidas de prevención, así como un tratamiento oportuno en sector salud. Dentro de las poblaciones con mayor riesgo en Querétaro se encuentran los profesionistas dedicados al área de salud, ya que es un síndrome de estrés específico asociado a profesiones que requieren lidiar con relaciones interpersonales demandantes, así como sobrecarga laboral.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en profesionistas en el área de salud de Querétaro?

## **1.2. Justificación.**

Los profesionales de la salud, sin duda, mantienen un nivel de estrés alto, debido a diferentes fuentes generadoras de estrés, como lo son sobrecarga cuantitativa de trabajo, infra o sobreutilización de las capacidades, baja participación en las decisiones laborales, presión horaria, monotonía, rol de la ambigüedad, trabajo compartido, salario inadecuado, supervisión directiva, escasa seguridad, eventos estresores no laborales, ansiedad, además de que se vive día a día con gran intensidad emocional (Gil-Monte, 2005).

Lo que por tanto, conlleva consecuencias antes mencionadas tales como absentismo, rendimiento disminuido, uso de drogas legales o ilegales, aumento del uso de servicios médicos, accidentes, problemas en su salud física y psicológica (Atance, 2007).

Con la presente investigación se pretende identificar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en profesionistas en el área de la salud, a través de la evaluación de sus tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal; por ser un tema de gran interés para muchos, sector salud como otros sectores de la sociedad debido a que se constituyen en una población en riesgo donde se pueden llevar a cabo diferentes intervenciones de tipo preventivo y de promoción de la salud.

### **1.3. Objetivos.**

#### **1.3.1. General.**

- Conocer la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, en los profesionistas en el área de salud: enfermería, medicina y odontología en Querétaro.

#### **1.3.2. Específicos.**

- Determinar la prevalencia e intensidad global y por disciplina, que presentan los profesionistas en el área de la salud.
- Identificar el nivel de Agotamiento Emocional global y por disciplina profesional
- Detectar el nivel de Despersonalización global y por disciplina profesional
- Conocer el nivel de Realización Personal global y por disciplina profesional.

#### **1.4. Hipótesis.**

La prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout se ve diferenciada de acuerdo al área de desempeño profesional del personal de salud.

## **II. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. Antecedentes.**

El ritmo de vida acelerado, las múltiples y altas exigencias del trabajo en conjunto con la lucha por mantenerlo en la economía actual, facilitan el desarrollo de trastornos físicos y psicológicos en las personas. Diversos sectores se han preocupado por este fenómeno, muchos investigadores han dedicado esfuerzos por conocer la razón del aumento de la prevalencia de dichos trastornos y en particular estudiar aquellos de índole psicológico que se originan del estrés laboral, dada su frecuencia y alto costo para las personas y organizaciones. En este contexto se ha observado que el “Síndrome de Burnout” ó literalmente como quedar quemado o consumido, es uno de los trastornos psicológicos más virulentos en las organizaciones con y sin fines de lucro (Buzzetti, 2005).

El Síndrome de Burnout es un concepto construido inicialmente desde el sentido común siendo popular entre los profesionales que prestan servicios de atención directa con personas o que se relacionaba con problemas de personas. Ellos daban cuenta que su trabajo los dejaba exhaustos y sus jefaturas percibían como se deterioraba la calidad del servicio. Aún cuando en un principio la observación del Burnout no contaba con una investigación teórica o académica sólida (Gil-Monte, 2002).

El síndrome cobró importancia formal cuando los académicos paulatinamente se hicieron cargo de la necesidad de investigación y buscar mecanismos para su apoyo y prevención. Gracias a esto se fue señalando con mayor claridad como en muchos países existía la tendencia a un creciente deterioro de la salud mental de las personas que trabajan en diversos tipos de organizaciones y empresas que prestan servicios (Ordenes, 2004).

A pesar de dichos esfuerzos, actualmente sigue aumentando la prevalencia del síndrome, por lo que hay un gran interés en avanzar en la investigación empírica y en el planteamiento de modelos para una explicación más específica de la etiología del síndrome y de formas acotadas de prevención, manifestándose en una gran cantidad de publicaciones científicas sobre el tema (Thomaé, 2006).

Las primeras conceptualizaciones formales fueron realizadas en 1974 por H. Freudenberger (Buendía, 1998) para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios como lo son: organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativos, etc., estos profesionales y voluntarios, a pesar de su compromiso, presentaban síntomas de depresión, con una progresiva pérdida de energía y motivación por su trabajo.

Para denominar este fenómeno, el autor utilizó el término “Burnout” o como se mencionó anteriormente, su traducción literal al español sería el “estar quemado o consumido” para explicar el proceso de deterioro de la calidad de los cuidados profesionales que se entregaban a los usuarios del servicio (Gil-Monte, 1998) y para describir un síndrome particular, asociado a un grupo de estresores relacionados con las tensiones de origen social e interpersonal.

Gil-Monte (1998) hace una revisión sobre el tema y plantea que durante la primera fase de la investigación (período comprendido entre 1970 y 1980) las definiciones del Burnout se podían clasificar en 5 tipos de conceptualizaciones:

- Fracasar, gastarse, quedar exhausto.
- Pérdida de la creatividad.
- Pérdida del compromiso con el trabajo.
- Distanciamiento de los pacientes, compañeros de trabajo y de la organización en que se trabaja.
- Respuestas crónicas al estrés.

La popularización del concepto se le debe a Cristina Maslach, que a partir de 1977 lo conceptualiza, en primera instancia, como una respuesta a un estrés emocional crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar en el trabajo. También se le consideró como un tipo de “fatiga de compasión”

dado que se le asociaba con las responsabilidades relacionadas con la asistencia a personas (Maslach, 2001).

Posteriormente, Maslach (2001) además describe el síndrome como “la erosión del alma”, en el sentido que representa un desajuste entre lo que la persona es y quiere ser, con lo que realmente está realizando. Esta erosión afectaría los valores, la dignidad y el espíritu de la persona, situación de la que tiende a ser difícil su recuperación, en especial si no se cuenta con apoyo. En otras palabras, erosión aludiría al proceso gradual de pérdida que se da en el contexto del desajuste entre las necesidades de la persona y las demandas de la organización.

La investigación de tipo más empírica sobre el Burnout también fue iniciada por Maslach y su colega Jackson a partir de 1980, cuando estudiaban la activación de la emoción producto de relaciones interpersonales, y cómo las personas se adaptaban a ello. Para esto, realizaron entrevistas con profesionales que podían tener más probabilidad de sufrir esta activación, por lo que se seleccionaron a aquellos que trabajaran en cargos dedicados al servicio y asistencia a personas con problemas. Como conclusión se señaló que el estrés asociado a esta activación efectivamente podía tener efectos dañinos y muy debilitantes para los individuos y la organización en la cual estaban trabajando (Maslach, 2001).

## 2.2. Síndrome de Burnout.

Con el tiempo se ha ido clarificando la naturaleza del síndrome, contando con una mayor delimitación de las características del Burnout. Maslach, (2001) a través de sus análisis de investigación han realizado conceptualizaciones que hacen notar 5 elementos comunes del fenómeno:

- Predominan síntomas disfóricos tales como fatiga emocional, conductual y depresión.
- Hay un énfasis en síntomas mentales o conductuales.
- Es un síndrome que sólo aparece en contextos de trabajo.
- Los síntomas se manifiestan en personas normales que no han sufrido antes de psicopatologías.
- El desempeño del trabajo deficiente ocurre por actitudes y conductas negativas.

También se ha aclarado que esta patología sería producto del estrés y que tendería a no aparecer de forma instantánea, sino que respondería a un proceso continuo (Maslach, 2001).

Producto del trabajo de Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), hoy en día se ha obtenido un concepto más refinado del Burnout, contando con una buena aceptación dentro de la comunidad académica y científica. Este concepto se deriva del análisis factorial de los resultados que obtuvieron Maslach y Jackson, por medio de la amplia aplicación en distintas muestras del instrumento denominado como el Maslach Burnout Inventory o MBI como se le abreviará en este trabajo. Así se define como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal, que aparecería en el contexto laboral y que se le describe como un constructo trifactorial. Dichos factores son el “Agotamiento Emocional”, conductas de “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o falta de “Realización Personal” (Maslach, 2001). Estos se detallan a continuación.

### **2.2.1 Dimensión de Agotamiento Emocional en el Síndrome de Burnout.**

El Agotamiento Emocional se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Cáceres, 2009).

Según Maslach y Leiter (2001) las personas se sentirían desgastadas e incapaces de recuperarse. Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. Este cuadro sería la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo.

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

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

La dimensión de Agotamiento Emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no puede ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y agotamiento que no se recuperan con el descanso (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

### **2.2.2. Dimensión de Despersonalización en el Síndrome de Burnout**

La dimensión de Despersonalización da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Esta dimensión alude al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre sí misma y al que recibe el servicio por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos y comprometidos con las personas (Maslach, 2001). Se refiere a la “deshumanización del individuo”, éste se torna en despersonalización en cuanto a sus sentimientos hacia los pacientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal (Cáceres, 2009).

La despersonalización es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de la crisis. Cabe señalar que pueden ser apropiados y necesarios para el funcionamiento eficaz en algunas ocupaciones los niveles moderados de distanciamiento hacia los pacientes, a diferencia del distanciamiento disfuncional y extremo que ocurre con el Burnout (Cáceres, 2009); Maslach y Leiter (2001) agregan que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión. Por ejemplo, puede usar un lenguaje denigrante o descalificador para referirse a los pacientes. Así mismo, desarrollan actitudes rígidas y burocráticas, es decir, se guían “estrictamente por las reglas”, aunque no aporten a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse personalmente con las dificultades de las personas con las que trabaja.

Posteriormente los autores agregan que las demandas son más manejables cuando las personas a las que atienden son consideradas como objetos impersonales del trabajo (Maslach, 2001). Este factor hace énfasis en la necesidad de la empatía en las profesiones de ayuda y servicio a personas (Gil-Monte, 1998).

### 2.2.3. Dimensión de Realización Personal en el Síndrome de Burnout.

La dimensión de falta de Realización Personal alude a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo, autocalificándose negativamente. Lo que conlleva a las dificultades en el desempeño (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Esta dimensión describe la tendencia de auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los trabajadores sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo (Potter, 1991). Así mismo, se tiene la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach, 2001).

La dimensión de falta de Realización Personal en el trabajo fue renombrada: antes se conocía como logro reducido o inefectividad, sin embargo se siguen conservando intactos la agrupación de síntomas de la dimensión. (Cáceres, 2009).

Esta escala hace énfasis en la evaluación personal que hace el trabajador de cómo se desempeña en el servicio ó ayuda que presta a las personas. Este factor habla de sentimientos de insuficiencia y de baja autoestima (Cáceres, 2009).

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

- El componente de estar Agotado Emocionalmente representa la *dimensión básica e individual* del estrés en el Burnout.
- El componente de Despersonalización representa la *dimensión del contexto interpersonal* del Burnout.
- El componente de Realización Personal en el trabajo se refiere a la *dimensión de auto evaluación* del Burnout.

La definición del Burnout por medio de sus factores o dimensiones, tal y como lo proponen Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), es la base para la mayoría de los trabajos sobre el tema, ya sea para aportar evidencia o rebatir el constructo.

Sin embargo, la conceptualización del síndrome también ha tenido un desarrollo teórico paralelo que permite explicar mejor su etiología y muchas veces ha estado reñida con la obtenida por Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) (Gil-Monte, 2002). En respuesta a esta polémica, Gil-Monte y Peiró (1998) logran desarrollar un puente entre dichas perspectivas y el constructo trifactorial del Síndrome de Burnout.

Dentro de los aspectos en donde hay un amplio consenso, es que el Síndrome de Burnout se desarrolla y persiste mayormente en el contexto de trabajo (Gil-Monte, 2002) e independiente del tipo de ocupación, siempre que las demandas del trabajo sean altas y los recursos del trabajo limitados, dado que tales condiciones negativas conducen al agotamiento de la energía y minan la motivación de los trabajadores (Gil-Monte, et. Al., 2005). A su vez, se acepta el hecho que el síndrome sería una respuesta final a fuentes de estrés, por lo que se le atribuye un curso crónico, siendo un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-paciente, y por la relación profesional-organización (Gil-Monte, 2002).

### **2.3. Síndrome de Burnout relacionado con profesionales en el área de salud.**

Dentro de los elementos profesionales relacionados a la presencia del Síndrome de Burnout, se incluyen la incertidumbre que implica la carrera; roles poco definidos o contradictorios, sobrecarga de tareas, bajo soporte social en el trabajo (Furnham, 2001), comunicación poco clara, liderazgo, falta de oportunidades para desarrollar la carrera, frustraciones en el manejo del tiempo entre otros.

El colectivo donde más se han estudiado las causas del Síndrome de Burnout ha sido en personal sanitario; odontólogos, médicos, enfermeras, auxiliares...

En cuanto a la aparición del síndrome de desgaste profesional en el área de salud, se han identificado una serie de factores causales relacionados con el entorno laboral. Uno de estos factores es el número de pacientes por profesional, así cuanto mayor es la institución en la que el profesional trabaja y mayor el número de pacientes a los que trata mayor es el cansancio emocional.

También se ha visto que la satisfacción de los profesionales es menor a medida que disminuyen sus posibilidades terapéuticas y que aquellos que pasan más tiempo en contacto con los pacientes tienen más posibilidades de padecer este síndrome (Cáceres, 2006).

Igualmente, aquellos profesionales en los que existe una gran discrepancia entre sus expectativas laborales y sus condiciones de trabajo, en cuanto a salario, estabilidad en el empleo, progreso, autonomía y apoyo social, sufren Síndrome de Burnout con mayor frecuencia (Buzzetti, 2005).

Además, a todas estas causas laborales hay que sumar causas personales que pueden precipitar la aparición del Burnout de los profesionales, nos referimos a cambios significativos de la vida que pueden generar estrés como muerte de un familiar, divorcio, nacimiento de los hijos, cambio de status social. También situaciones de relevancia de la vida cotidiana, sobre todo si son nuevas, generan conflictos difíciles de resolver o resultan desagradables o molestas, como una enfermedad, van a producir alteraciones emocionales que pueden conducir a la aparición del Burnout (Cáceres, 2006).

En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro factor de riesgo psicosocial de gran importancia. Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarles. Para la mayoría, el sufrimiento y la muerte constituyen una característica de su trabajo a las que se acostumbran a medida que adquieren mayor edad y experiencia profesional. En todos los casos, una de las actitudes más generalizadas es establecer una distancia suficiente con la situación del paciente, para así poder desarrollar una relación asistencial de calidad (Cáceres, 2006).

Es importante que los profesionales de la salud perciban la existencia de imparcialidad en su lugar de trabajo. Imparcialidad en cuanto a la igualdad en el reparto de las tareas y en cuanto a las evaluaciones y promociones del personal. La carencia de imparcialidad a nivel laboral se relaciona con la aparición de dos dimensiones del Burnout, el agotamiento emocional y la despersonalización (Gil, 2005).

Otro aspecto a tener en cuenta es la carencia de tiempo para atender de forma adecuada a los pacientes. Este es un factor que a menudo produce malestar en el profesional de la medicina, ya que los médicos dejan de hacer una serie de actividades que saben que son imprescindibles para realizar una atención de calidad a sus pacientes (Cáceres, 2006).

Por último, en este grupo de causas del Burnout relacionadas con el ámbito laboral hemos de incluir el tipo de profesión sanitaria, y los aspectos relacionados con la misma.

## **2.4. Artículos relacionados.**

Si nos centramos en los trabajos realizados sobre el Síndrome de Burnout en personal sanitario, y estudiamos los datos acumulados a nivel mundial en el período comprendido entre los años 1990 y 2005, vemos como la producción bibliográfica se ha mantenido estable durante los primeros años de la década de los noventa, a partir del año 1995 se inició un período más productivo, presentando los picos más altos de producción en 1996, 1998 y 1999, para ir decayendo posteriormente hasta encontrar las cifras más bajas en 2005 en torno a la productividad final (Cáceres, 2006).

En los artículos analizados sobre el instrumento de medida, el más utilizado es el Maslach Burnout Inventory (MBI). En cuanto a los grupos de estudio, las áreas asistenciales son las más estudiadas (se incluyen médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, fisioterapeutas, etc.), mientras que las áreas con soporte asistencial (como los técnicos de laboratorio) se estudian con menos frecuencia (Caballero, 2001; Albadejo, 2004; Aranda 2005; Albanesi, 2006; Berrios, 2006; Buzzetti, 2006; Atance, 2007; Alvarado, 2008; Cáceres, 2009; etc.).

En el trabajo de Buzzetti (2005), que tiene como título “Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile”, se investiga la validez factorial del MBI (Maslach Burnout Inventory) que intenta medir el Síndrome de Burnout. El colectivo lo conformaron 98 profesores dirigentes sindicales del Colegio de Profesores A.G. Se realizó un análisis de componentes principales y rotación ortogonal de tipo Varimax, el cual presentó 6 factores. En el primer componente se agrupan los ítems de Agotamiento Emocional, en el segundo los sugeridos para Despersonalización. En conclusión, este trabajo plantea que la solución bifactorial permitiría evaluar el Síndrome de Burnout con un buen nivel de validez y confiabilidad.

Se han realizado múltiples trabajos que estudian la prevalencia del Síndrome de Burnout y de sus tres dimensiones en personal sanitario, especialmente médicos, enfermeros y odontólogos, tanto de atención primaria como especializada.

En un estudio realizado en la Universidad Complutense de Madrid, sobre “la prevalencia del Burnout en personal sanitario militar” los resultados obtenidos en médicos y enfermeros militares en cada una de las escalas del Síndrome de Burnout, se encuadran en un nivel

medio según los puntos de corte utilizados. En dicho trabajo, se encontró que un 39% de los profesionales encuestados tienen niveles altos de cansancio emocional, y un 35% niveles altos de despersonalización y de falta de realización personal. De forma general, el 59% tiene niveles elevados del Burnout en alguna de sus tres escalas.

Gamonal, et. al. (2008), muestra que los resultados que se obtuvieron en su estudio sobre "Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas" fueron en conclusión, una elevada tendencia a presentar Síndrome de Burnout con una baja realización personal en todas las áreas críticas, en su estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, realizado en tercer nivel de atención en todas sus áreas críticas, teniendo como muestra a 105 participantes de acuerdo a sus criterios de inclusión y de exclusión.

Grau, et. Al. (2007), en su estudio acerca de "El Burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados", nos dice que de acuerdo a los resultados, el Síndrome de Burnout también se asocia a la sensación de deterioro personal y familiar por las condiciones laborales, y al planteamiento de abandono de la profesión, pero no a la sensación de haber cometido errores asistenciales por las condiciones del trabajo.

En la investigación acerca de "Estrés en odontología", el objetivo del trabajo es investigar el Síndrome de Burnout en dos grupos de sujetos: odontólogos y estudiantes del último año de la carrera de odontología. Se tomó una muestra de 82 sujetos; 42 odontólogos y 40 estudiantes de odontología de la Universidad Nacional de Córdoba. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI). Los resultados ponen de manifiesto que los estudiantes del último año de la carrera de odontología, presentan puntuaciones más elevadas en los factores; cansancio emocional y despersonalización de dicho cuestionario. En los odontólogos se detectó mayor realización personal en su trabajo (Albanesi, et. Al. (2006).

Caballero, et. Al. (2001), en su estudio sobre "Prevalencia y factores asociados al Burnout en área de la salud" donde el objetivo principal fue: determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout entre trabajadores sanitarios, así como su distribución según diferentes variables sociodemográficas y laborales; del cual se concluyó lo siguiente, se detectaron niveles de

este síndrome preocupantemente elevados entre nuestros profesionales y similares a los encontrados en otras encuestas nacionales. Los encuestados asocian su malestar con algunos factores laborales que podrían ser fácilmente modificables.

La formación recibida en cuanto a técnicas de autocontrol y manejo del estrés son claramente insuficientes.

En lo referente a la “Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud”, dicho estudio refiere que el Síndrome de Burnout puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, colegas, personal de enfermería, familiares, amigos, etc.) que tratan diariamente y por último, y que además se cuentan con diferentes formas terapéuticas para tratar los problemas cada día más innovadoras.

En cuanto a los factores de riesgo específicos de la profesión médica para el desarrollo del Burnout, no fueron especificados en este trabajo; se citan algunos como lo son, la ambigüedad de rol y la carencia de recursos para el trabajo, así como alguna otras variables sociodemográficas como laborales. Igualmente, se expone la necesidad de realizar estudios longitudinales para estudiar las consecuencias del Burnout ya que no se cuenta con este tipo de investigación respecto al mismo tema de interés.

### **III. DISEÑO METODOLÓGICO.**

#### **3.1. Tipo de estudio.**

Cuantitativo, transversal y descriptivo. De acuerdo con Canales (2002), es transversal debido a que se estudiarán las variables simultáneamente en un determinado momento. En personal de enfermería, medicina y odontología de Querétaro, en base a la puntuación obtenida en el instrumento que se utilizará y por el tipo de análisis a realizar es descriptivo.

#### **3.2. Universo y muestra.**

El universo lo conforman profesionistas en el área de salud: enfermería, medicina y odontología de Querétaro.

El muestreo es no probabilístico por conveniencia, ya que se abarcará el total de profesionistas que deseen colaborar con la investigación en los días de recolección de datos.

Se han incluido en el estudio personal que labora en la Secretaría de Salud de Querétaro: Hospital General, Centros de Salud de diversas comunidades, así como profesionistas que laboran en algunas Clínicas y Hospitales privados como públicos no pertenecientes a la S.E.S.E.Q.

### **3.3. Tamaño de la muestra.**

Considerando una proporción esperada del 50% de la prevalencia de Síndrome de Burnout, con una variación aceptada de la proporción de +/- 10%, a un 95% de nivel de confianza y un poder de 80% (Velasco-Rodríguez y col., 2002)., el presente trabajo de investigación se realizó con la participación de 96 profesionistas, con una cuota establecida de 32 participantes voluntarios de cada una de las tres disciplinas de la salud evaluadas, Enfermeras, Medicina y Odontología (Estomatología) que se encuentren laboralmente activos.

#### **3.3.1. Criterios de selección.**

##### **Inclusión.**

- Personal de enfermería, medicina y odontología.
- Personal laboralmente activo.
- Personal que labore en Querétaro.
- Disponibilidad de participar en el estudio.

##### **Exclusión.**

- Personas que no pertenezcan a las áreas de salud de Enfermería, Medicina y Odontología.
- Personas que no quieran participar en el estudio.
- Personas que no radiquen de manera permanente o temporal en el Estado de Querétaro.
- Personas que no se encuentren en el momento de la valoración y aplicación del instrumento.

Eliminación.

- Personas que decidan abandonar el estudio.
- Personas que no completen el instrumento.

### **3.4. Material y métodos.**

#### **3.4.1. Instrumento para la recolección de datos.**

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario modificado del Maslach Burnout Inventory (MBI), así como un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales; además de una pequeña presentación introductoria. El cuestionario incluye 2 preguntas con el fin de valorar sus opiniones personales sobre su percepción hacia el estrés laboral (preg. 23 y 24), (ANEXO 1); donde se agradecía el consentimiento y la participación en este estudio y se aseguraba la total confidencialidad de los datos. El cual cuenta con confiabilidad y validez.

Consta de tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal; donde cada dimensión incluye en el mismo cuestionario un puntaje o valores a medir y de acuerdo a ello un total, el cual contiene 22 preguntas. Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert de 7 puntos, con un valor de 0 a 6, donde: 0 = Nunca 1 = Alguna vez al año o menos, 2= Una vez al mes o menos, 3= Algunas veces al mes, 4= Una vez por semana, 5= Algunas veces por semana y 6= Todos los días.

La composición de ítems para el instrumento es el siguiente:

Agotamiento Emocional corresponde a los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización corresponde a los ítems 5, 10, 11, 15, 22.

Realización Personal corresponde a los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Obteniendo una clasificación de nivel bajo, medio y alto para cada dimensión. Cuadro 4.1.

Cuadro 4.1. Puntos de corte para la clasificación del cuestionario MBI.

ÁREA	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento Emocional	$\leq 18$	19 – 26	$\geq 27$
Despersonalización	$\leq 5$	6 – 9	$\geq 10$
Realización Personal	$\geq 40$	34 – 39	$\leq 33$

Procedimientos para la recolección de datos:

- Se solicitó autorización para aplicación de instrumento al personal de salud.
- Se aplicaron los instrumentos en dos semanas.
- Se realizó el análisis de la información.

### **3.5. Análisis estadístico.**

Se realizó a través del programa estadístico SPSS 12.0, creando una base de datos con los resultados de la investigación. La información se procesó utilizando estadística descriptiva y de medidas de tendencia central, así como análisis en comparación entre grupos, y se presentará mediante gráficos y cuadros.

### **3.6. Ética del estudio.**

En la presente investigación se atenderá lo mencionado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud: *Artículo 13*, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; *Artículo 14. VIII*, se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud; *Artículo 16*, en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. El estudio es considerado como una investigación sin riesgo de acuerdo con el *artículo 17*.

## **IV. RESULTADOS.**

### **4.1. Descripción de la población de estudio.**

Del total de enfermeras, médicos y odontólogos (96) que laboran en diferentes unidades de salud y hospitales generales y de especialidad de Querétaro, conocemos algunas de sus características sociodemográficas y laborales.

En cuanto a la distribución por sexo, el 68.8% de la población de referencia son mujeres, mientras que el 31.3% son hombres.

En lo referente a la edad, la edad media es de  $30.48 \pm 7.93$  años, con un mínimo de 22 y un máximo de 53 años, con una moda de 25 años con 16.7%.

Respecto a la variable hijos, ha sido cumplida por el 100.0% de los profesionistas encuestados, de ellos el 64.6% no tiene hijos, mientras que el 35.4% si tiene hijos.

Igualmente, en la distribución del estado civil el 62.5% de los sanitarios estudiados están solteros, el 34.4% son casados o mantienen una relación estable y sólo el 3.1% viven en unión libre.

De los 99 enfermeros, médicos y odontólogos destinados en el estado de Querétaro, sin ninguna exclusión, 3 no pudieron ser analizados por estar cumplidos en su totalidad, por tanto el trabajo se ha realizado con 96 cuestionarios válidos, por que se ha obtenido una tasa de respuesta del 99.9%.

Según la profesión del 99.9% de la tasa de respuesta obtenida que ha sido cumplimentada, el 33.3% corresponde a enfermeras, 33.3% a médicos y 33.3% a odontólogos, siendo el 58.3% que tienen una antigüedad laborando comprendido entre los 0 meses y 5 años, un 15.6% entre los 6 y 10 años de antigüedad en el trabajo y por último con un 26.0% con más de 10 años laborando. La antigüedad en la profesión, y las características sociodemográficas sexo, edad, hijos y estado civil se resumen en el Cuadro 5.1.

Cuadro 5.1. Antigüedad en la profesión y las características sociodemográficas en profesionales de Enfermería, Medicina y Odontología.

	Profesionales de		
	Enfermería	Medicina	Odontología
<b>Sexo (N, %)</b>			
Femenino	29 (30.2)	14 (14.6)	23(24.0)
Masculino	3 (3.1)	18 (18.8)	9 (9.4)
<b>Edad (Media)</b>	32.72	32.03	26.6
<b>Hijos (N, %)</b>			
Si tiene hijos	16 (16.7)	20 (20.8)	26 (27.1)
No tiene hijos	16 (16.7)	12 (12.5)	6 (6.3)
<b>Estado civil (N, %)</b>			
Soltero	17 (17.7)	18 (18.8)	25 (26)
Unión libre	2 (2.1)	1 (1.0)	0 (0.0)
Casado	13 (13.5)	13 (13.5)	7 (7.3)
<b>Antigüedad (N, %)</b>			
Menos de 5 años	13 (13.5)	15 (15.6)	28 (29.2)
De 6 a 10 años	6 (6.3)	7 (7.3)	2 (2.1)
Más de 10 años	13 (13.5)	10 (10.4)	2 (2.1)

n=96

El Cuadro 5.2. muestra la distribución porcentual de los profesionales participantes de enfermeros, médicos y odontólogos con respecto a las áreas de atención laboral. En este cuadro se puede observar que el 50.0 % están destinados en primer nivel de atención, en segundo nivel de atención se encuentran el 34.4% y sólo el 15.6% del total se encuentra en tercer nivel de atención.

La mayor parte del personal de enfermería analizado labora en segundo nivel de atención, el 19.8%, y el 13.5% de los médicos trabaja en segundo nivel de atención, y con un 27.1% de los odontólogos labora en primer nivel de atención; tal distribución se presenta en el Cuadro 5.2.

Cuadro 5.2. Distribución de profesionistas del área de la salud según el nivel de atención.

		Profesión						Total	
		Enfermería		Medicina		Odontología			
		N	%.	N	%.	N	%.	N	%.
Tipo de Atención	PRIMER NIVEL	11	11.5%	11	11.5%	26	27.1%	48	50.0%
	SEGUNDO NIVEL	19	19.8%	13	13.5%	1	1.0%	33	34.4%
	TERCER NIVEL	2	2.1%	8	8.3%	5	5.2%	15	15.6%

n=96

En cuanto al nivel profesional, en general los profesionistas en el área de la salud se encuentran a nivel licenciatura con un 66.7%; en cuanto a enfermería el 15.6% de los cuestionarios analizados corresponde al personal con nivel escolar técnico, y con un 17.7% personal de enfermería a nivel licenciatura. En cuanto a los médicos el 20.8% se encuentra en nivel licenciatura y un 12.5% en posgrado; respecto a los profesionistas en odontología encuestados el 28.1% pertenece a nivel licenciatura y apenas el 5.2% a posgrado.

En lo que se refiere a número de horas laborales al día, el 4.2% de los encuestados labora de 4 a 6 horas al día, el 61.5% labora entre 7 y 8 horas al día, siendo el 20.8% los que laboran de 9 a 12 horas, y por último con un 13.5 % los que laboran más de 12 horas.

En el Cuadro 5.3., se presentan los datos de la antigüedad en el destino actual en relación con el sexo y con las variables laborales como profesión y nivel de atención.

Cuadro 5.3. Antigüedad en el destino actual en relación con la profesión y con algunas variables sociodemográficas y laborales.

VARIABLES	ANTIGÜEDAD EN EL DESTINO ACTUAL (N, %)		
	Menos de 5 años.	De 6 a 10 años.	Más de 10 años.
<b>Sexo (N, %)</b>			
Femenino	39 (40.6)	16 (16.7)	11 (11.5)
Masculino	17 (17.7)	9 (9.4)	4 (4.2)
<b>Profesión (N, %)</b>			
Enfermería	13 (13.5)	13 (13.5)	6 (6.3)
Medicina	15 (15.6)	10 (10.4)	7 (7.3)
Odontología	28 (29.2)	2 (2.1)	2 (2.1)
<b>Nivel de atención (N, %)</b>			
Primer nivel	36 (37.5)	10 (10.4)	2 (2.1)
Segundo Nivel	13 (13.5)	10 (10.4)	10 (10.4)
Tercer nivel	7 (7.3)	5 (5.2)	3 (3.1)

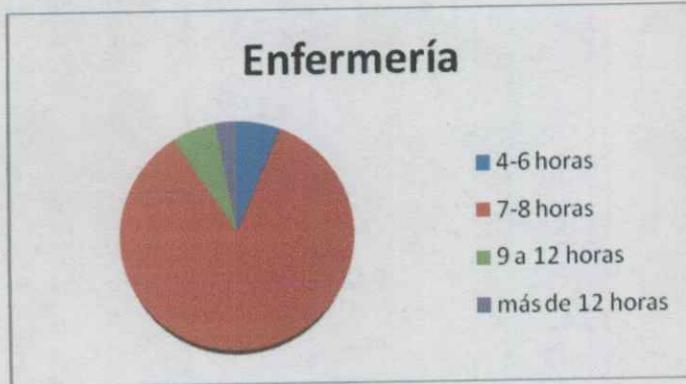
n=96

En lo que se refiere al número de espacios laborales en los profesionistas en el área de la salud, el porcentaje de los profesionistas que laboran en un solo lugar es de 66.7%, mientras que el 33.3% se encuentran laborando en dos o más lugares; de los cuales los profesionistas en enfermería que mantienen un espacio laboral son el 27.1%, y el 6.3% laboran en dos lugares. En cuanto a los médicos el 19.8% labora en un solo lugar, mientras que el 13.5% labora en dos o más espacios laborales. El porcentaje de odontólogos que laboran en un lugar es de igual que el de los médicos con un 19.8% y también con un 13.5% para la categoría dos o más lugares de trabajo.

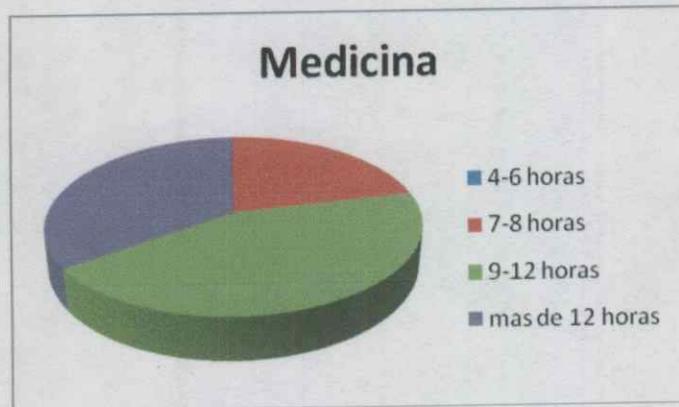
En la Figura 5.1 (a-c), se presenta la distribución referente a las horas laborales al día de acuerdo a la profesión (enfermería, medicina y odontología).

Figura 5.1. Distribución de horas laborales al día de acuerdo a: (a) a la profesión de enfermería. (b) medicina y (c) odontología.

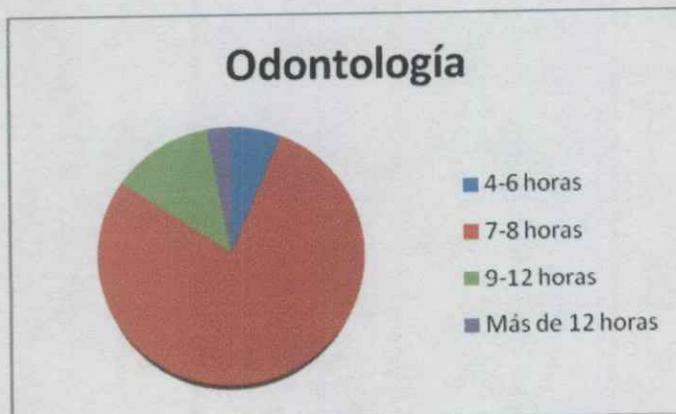
(a)



(b)



(c)



#### **4.1.1. Estudio del Burnout en sus tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.**

Al estudiar el Burnout en nuestra población se analizaron los datos de acuerdo a cada dimensión, y en relación a los puntajes obtenidos, de los cuales y de todos los profesionistas en el área de salud, se obtuvieron los siguientes puntajes, en el área de agotamiento emocional se encontró a la población con 49.0% en nivel bajo del Burnout y en el mismo nivel la dimensión de despersonalización con 59.4%, y por último en realización personal con un porcentaje de 67.7% en un nivel bajo a presentar Burnout.

En las figuras 5.2., 5.3. y 5.4., se expone el porcentaje de los niveles bajo, medio y alto de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de los profesionales sanitarios estudiados.

Figura 5.2. Porcentajes de profesionales con niveles bajo, medio y alto de agotamiento emocional.

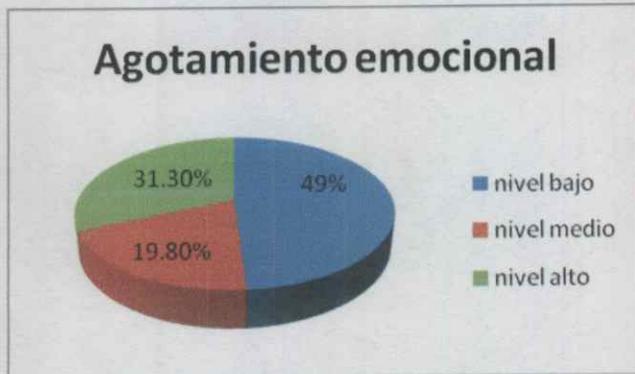


Figura 5.3. Porcentajes de profesionales con niveles bajo, medio y alto de despersonalización.

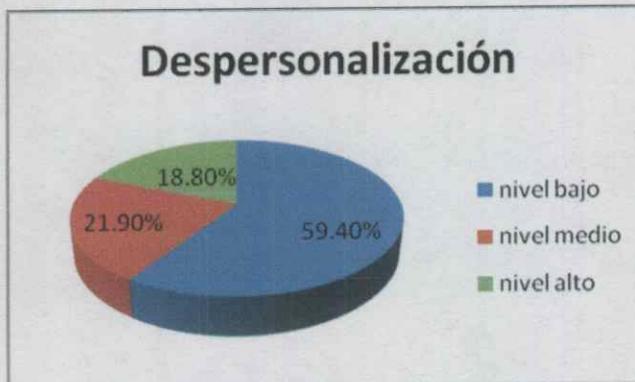


Figura 5.4. Porcentajes de profesionales con niveles bajo, medio y alto de realización personal.



Seguidamente exponemos el análisis descriptivo del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones.

#### **4.2. Agotamiento emocional.**

En primer lugar vamos a analizar las variable sociodemográficas: sexo, edad, hijos, y estado civil.

En lo que se refiere al sexo, encontramos que existe asociación entre estas variables y los niveles de agotamiento emocional. Considerando los niveles medio y alto como presencia de esta dimensión, del 51.1% de los profesionales con agotamiento emocional el 34.4% son del sexo femenino y el 16.7% corresponde a varones, como se muestran en el Cuadro 5.4.

Cuadro 5.4. Cuadro de contingencia: nivel de agotamiento emocional y sexo.

Agotamiento Emocional	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	N	% .
BAJO	33	14	47	49.0%
MEDIO	15	4	19	19.8%
ALTO	18	12	30	31.3%

n=96

En cuanto a la edad, considerando los niveles medio y alto como presencia de agotamiento emocional, de los profesionales que presentan esta dimensión el 38.6% son menores de 35 años, el 11.4% tienen entre 36 y 50 años, y el 1.0% son mayores de 50 años, los resultados los hemos resumido en el cuadro 5.5.

Cuadro 5.5. Cuadro de contingencia: nivel de agotamiento emocional y edad.

Agotamiento Emocional	Edad						Total	
	Menores de 35		De 36 a 50 años		Mayores de 50			
	N	%	N	%	N	%	N	% .
BAJO	31	32.3%	16	16.7%	0	0%	47	49.0%
MEDIO	16	16.7%	3	3.1%	0	0%	19	19.8%
ALTO	21	21.9%	8	8.3%	1	1.0%	30	31.3%

n=96

En lo que se refiere a los hijos, del 51% de los profesionales analizados que presentan agotamiento emocional, el 35.4% no tiene hijos mientras que el 15.7% si tiene hijos, exponemos los resultados de las variables: agotamiento emocional (y sus niveles alto, medio y bajo) y la variable hijos; en el Cuadro 5.6.

Cuadro 5.6. Cuadro de contingencia: niveles de agotamiento emocional y ausencia o presencia de hijos.

Agotamiento Emocional	Hijos				Total	
	No tiene hijos		Si tiene hijos			
	N	% .	N	% .	N	% .
BAJO	28	29.2%	19	19.8%	47	49.0%
MEDIO	15	15.6%	4	4.2%	19	19.8%
ALTO	19	19.8%	11	11.5%	30	31.3%

n=96

En cuanto al estado civil, se encuentra agrupado en tres categorías: solteros, unión libre y casados. De los profesionales con niveles bajos de agotamiento emocional el 28.1% son solteros, el 18.8% son casados y el 2.1% viven en unión libre.

Del 19.8% de los profesionales con niveles medios de agotamiento emocional el 15.6% son solteros y el 4.2% son casados, y por último del 31.3% que se encuentran en un nivel alto a presentar Burnout el 18.8% son solteros, el 1.0% viven en unión libre y el 11.5% son casados o mantienen una relación estable.

El 34.4% de los profesionales con agotamiento emocional son solteros, el 1.0% viven en unión libre y el 15.7% son casados.

A continuación analizaremos las variables laborales; profesión, antigüedad laboral, nivel de atención, horas de trabajo y número de espacios laborales.

De las personas estudiadas que tienen agotamiento emocional, el 20.8% son enfermeros, y con el mismo porcentaje de 20.8% se encuentran los médicos, y con el 9.4% los odontólogos.

En el caso de la variable antigüedad en la profesión con agotamiento emocional, de los profesionistas en el área de salud, algo más del 31% tienen menos de 5 años laborando, el 9.4% tienen de 6 a 10 años laborando y por último con 10.5% más de 10 años laborando en la profesión.

En lo referente al agotamiento emocional relacionado con la antigüedad laboral y la profesión, (enfermero, médico u odontólogo) se analizarán en los Cuadros 5.7. y 5.8.

Cuadro 5.7. Cuadro de contingencia: nivel de agotamiento emocional y profesión.

Agotamiento Emocional	Profesión						Total	
	Enfermería		Medicina		Odontología			
	N	% .	N	% .	N	% .	N	% .
BAJO	12	12.5%	12	12.5%	23	24.0%	47	49.0%
MEDIO	10	10.4%	5	5.2%	4	4.2%	19	19.8%
ALTO	10	10.4%	15	15.6%	5	5.2%	30	31.3%

n=96

Cuadro 5.8. Cuadro de contingencia: nivel de agotamiento emocional y antigüedad en la profesión.

Agotamiento Emocional	Antigüedad en el Trabajo						Total	
	0-5 años		6-10 años		Más de 10 años		N	%. .
	N	%. .	N	%. .	N	%. .		
BAJO	26	27.1%	6	6.3%	15	15.6%	47	49.0%
MEDIO	12	12.5%	3	3.1%	4	4.2%	19	19.8%
ALTO	18	18.8%	6	6.3%	6	6.3%	30	31.3%

n=96

De las personas con niveles bajos de agotamiento emocional el 29.2% se encuentra laborando en primer nivel de atención, el 10.4% en segundo nivel de atención y con 9.4% en tercer nivel de atención. Respecto niveles medio y alto que son considerados como agotamiento emocional el 20.8% labora en primer nivel, 23.9% en segundo nivel de atención y por último el 6.2% en tercer nivel de atención.

En cuanto al número de horas que laboran al día con porcentajes bajos de agotamiento un porcentaje máximo de 35.4% de profesionistas que laboran entre 7 a 8 horas al día, con niveles medio de agotamiento emocional y de mayor porcentaje de 12.5% en misma categoría de 7-8 horas y con 13.5% de alto nivel de agotamiento en mismo intervalo de 7 a 8 horas.

Otra de las variables analizadas es el nivel escolar en el cuadro 5.9.

Cuadro 5.9. Cuadro de contingencia: nivel de agotamiento emocional y nivel escolar.

Agotamiento Emocional	Nivel Escolar						Total	
	Técnico		Licenciatura		Posgrado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
BAJO	8	8.3%	30	31.3%	9	9.4%	47	49.0%
MEDIO	5	5.2%	13	13.5%	1	1.0%	19	19.8%
ALTO	2	2.1%	21	21.9%	7	7.3%	30	31.3%

n=96

Y en lo referente al número de espacios laborales, en profesionistas del área de la salud con un espacio laboral en el nivel de agotamiento bajo es de 29.2%, el nivel medio con 13.5% y 24.0% que corresponde a un nivel alto de agotamiento emocional; en profesionistas con dos o más lugares de trabajo el 19.8% corresponden a niveles bajos de agotamiento, 6.3% para niveles medios y 7.3% para altos niveles de agotamiento.

De las variables analizadas cabe señalar que sufre de mayor agotamiento emocional aquellos profesionistas que laboran en segundo nivel de atención así como aquellas que tienen poco tiempo laborando (menos de 5 años), además de que médicos como enfermeras mantienen el mismo porcentaje de agotamiento emocional.

Dado que es un trabajo de investigación tipo descriptivo, sólo se describen los resultados encontrados en el vaciado de los datos, más no, una asociación ni inferencia sobre los datos obtenidos.

### **4.3. Despersonalización.**

Hemos analizado en primer lugar las variables sociodemográficas, sexo, edad, hijos, estado civil, y los niveles de despersonalización: bajo, medio alto.

De los profesionales con niveles bajos de despersonalización (el 59.4 del total) el 37.5% son mujeres y el 21.9% hombres, el 36.5% no tienen hijos y el 22.9% si los tiene, el 41.7% son menores de 35 años, el 16.7% tienen entre 36 y 50 años y el 1.0% tiene más de 50 años, y en cuanto al estado civil, el 34.4% son solteros, el 2.1% viven en unión libre y un 22.9% son casados.

Del 21.9% del personal de enfermería, medicina y odontología, con niveles medios de despersonalización, el 17.7% son del sexo femenino, mientras que un 4.2% son hombres, y el 14.6% no tienen hijos y el 7.3% si los tiene. Y en cuanto a las variables edad y estado civil, el 16.7% son menores de 35 años y el 5.2% tienen entre 36 y 50 años de edad. El 16.7% son solteros, el 1.0% viven en unión libre y el 4.2% son casados.

Las personas analizadas en las que han aparecido niveles altos de despersonalización (18.7% del total), son mayoritariamente mujeres, el 13.5%, y el 5.2% son hombres, el 13.5% no tienen hijos y el 5.2% si los tiene. En cuanto a la edad el 12.5% tienen menos de 35 años, y el 6.3% tiene entre 36 y 50 años. Y en lo referente al estado civil el 11.5% son solteros y un 7.3% son casados.

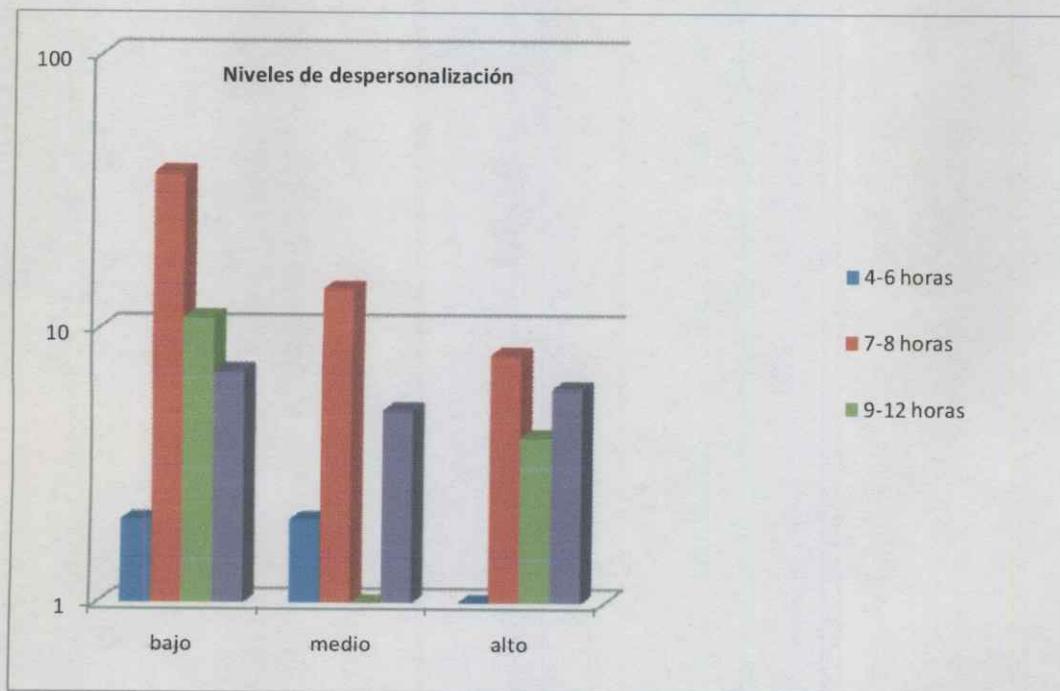
Encontramos mayores niveles de despersonalización en las mujeres, que no tienen hijos, que son solteras y que tienen menos de 35 años. Aunque en ninguna de estas variables encontramos variables significativas.

A continuación analizaremos las variables laborales; profesión, antigüedad laboral, espacios laborales, nivel de atención, nivel escolar, horas que labora al día.

En cuanto al número de horas laboradas al día encontramos que los que trabajan de 4 a 6 horas se encuentra nula su presencia en el nivel alto y en aquellos que trabajan de 7 a 8 horas se encuentran en su mayoría en un nivel bajo, mas sin embargo, los que laboran más de 12 horas se encuentran aproximadamente en cantidad de profesionistas aproximadamente igual en los tres niveles de despersonalización.

Los resultados de los niveles de despersonalización según las horas que trabajan al día los profesionales de la salud se encuentran en la Figura 5.5.

Figura 5.5. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de despersonalización según el número de horas trabajadas al día.



Para la variable profesión con niveles bajos de despersonalización con mismos porcentajes se encuentran los médicos y enfermeros con el 17.7%, mientras que la profesión de odontología con 24.0% supera en porcentaje en el mismo nivel de despersonalización. Para los niveles medios de esta dimensión aproximadamente el 9.4% de los profesionales son de enfermería, el 5.2% de medicina y el 7.3% a odontología.

En lo referente a la variable años de antigüedad en la profesión, los porcentajes de los profesionales con niveles bajos de despersonalización que tienen una antigüedad menor a 5 años, de 6 a 10 años y más de 10 años, son del 33.3%, 10.4% y 15.6% respectivamente. Para los niveles medios de despersonalización los porcentajes son de 13.5%, 3.1% y 5.2% respectivamente. Y para los niveles altos de esta dimensión, los porcentajes son, 11.5%, 2.1% y 5.2% respectivamente.

Continuamos con la variable nivel de atención, de los profesionales con niveles bajos de despersonalización el 29.2% laboran en primer nivel de atención, el 18.8% en segundo nivel de atención y 11.5% en tercer nivel de atención, para los niveles medios los porcentajes son 10.4%, 8.3% y 3.1% respectivamente y para los niveles altos 10.4%, 7.3% y 1.0% respectivamente.

En cuanto a la variable nivel escolar, los porcentajes de los profesionales en niveles bajos de despersonalización es del 7.3% para nivel técnico, 40.6% para nivel licenciatura y 11.5% para posgrado, los porcentajes en niveles medios de despersonalización de acuerdo a las diferentes profesiones son las siguientes con 4.2% nivel técnico, 13.5% nivel licenciatura y 4.2% posgrado; en niveles altos los porcentajes son 4.2%, 12.5% y 2.1% respectivamente.

Para la variable número de espacios laborales, los porcentajes de acuerdo al nivel bajo de despersonalización son los siguientes; el 35.4% trabajan en un sólo lugar mientras que el 24% laboran en 2 o más lugares, para el nivel de despersonalización medio los porcentajes son, 14.6% y 7.3% respectivamente; y por último para niveles altos de despersonalización el 16.7% labora en un espacio laboral y el 2.1% en 2 o más lugares.

Si analizamos las variables laborales y, la despersonalización como variable cuantitativa encontramos una clara tendencia, en cuanto a la mayor despersonalización en aquellos profesionales que llevan menos de 5 años laborando.

#### **4.4. Falta de realización personal.**

Comenzamos el análisis de la dimensión falta de realización personal con el estudio de los niveles de esta dimensión, bajo, medio y alto; y la variables sociodemográficas, sexo, edad, estado civil e hijos.

En cuanto al sexo, los porcentajes de profesionales con niveles bajos de falta de realización personal (67.7% del total), son del 41.7% para las mujeres y 26.0% para los hombres. Para los niveles medios (21.9% del total) los porcentajes son de 19.8% y 2.1% para mujeres y hombres respectivamente, y para los niveles altos (10.4% del total) del 7.3% para las mujeres y el 3.1% para los hombres.

Para la variable edad, del total de los individuos con niveles bajos de falta de realización personal aproximadamente el 46.9% son menores de 35 años, y el 20.8% tienen entre 36 y 50 años y 0% en mayores de 50 años. De los profesionales con niveles medios para esta dimensión los porcentajes para los menores de 35 años son de 16.7%, de los que se encuentran entre 36 y 50 años es de 4.2% y los mayores de 50 años pertenece al 1.0% y para los individuos con niveles altos para esta dimensión los porcentajes son, 7.3%, 3.1% y 0% respectivamente.

Si analizamos la presencia o ausencia de hijos, de las personas con niveles bajos de falta de realización personal aproximadamente el 43.8% no tienen hijos, mientras que el 24.0% si los tiene. De los profesionales con niveles medios para esta dimensión el 14.6% no tienen hijos y el 7.3% restante sí los tiene. Y para los niveles altos, los porcentajes de los profesionales sin hijos y con hijos son de 6.3% y 4.2% respectivamente.

Para terminar con el análisis de las variables sociodemográficas y los niveles de falta de realización personal estudiamos la variable estado civil en sus tres categorías, soltero, unión libre y casado. Del 67.7% de los profesionales con niveles bajos de esta dimensión, el

39.6% son solteros, el 1.0% viven en unión libre y el 27.1% son casados. Del total de los individuos con nivel medio de dicha dimensión, el 16.7% son solteros y el 1.0% viven en unión libre y el 4.2% son casados. Y los porcentajes para niveles altos de falta de realización personal para el estado civil, soltero, en unión libre y casado es de 6.3%, 1.0% y 3.1% respectivamente.

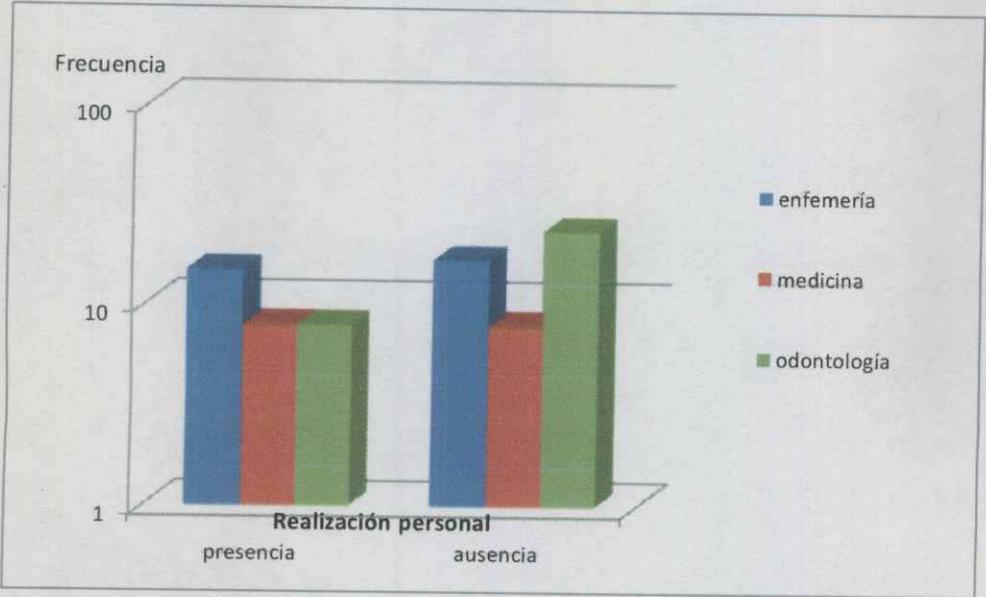
A continuación, analizamos los niveles de falta de realización personal; bajo, medio y alto, y las variables laborales; profesión, años de antigüedad en la profesión, nivel de atención, número de espacios laborales, nivel escolar y horas laborales al día.

En la Figura 5.6. y 5.7., se describen los niveles de falta de realización personal y la presencia o ausencia de realización personal según la profesión.

Figura 5.6. Número de profesionales con niveles bajo medio y alto de falta de realización personal, según la profesión.



Figura 5.7. Número de profesionales con presencia o ausencia de realización personal, según la profesión.



Los porcentajes del personal de enfermería, medicina y odontología con niveles bajos, medios y altos de falta de realización personal que tienen de 0 a 5 años laborando, entre 6 y 10 años laborando y más de 10 años, son del 39.6%, 9.4% y 18.8% respectivamente (para los niveles bajos de falta de realización personal). Para los niveles medios 13.5%, 4.2% y 4.2% respectivamente, y para los niveles altos 5.2%, 2.1% y 3.1% respectivamente.

En lo que se refiere al nivel escolar para la misma dimensión, en los niveles bajos se encuentra con un porcentaje de 9.4% el nivel técnico, 42.7% nivel licenciatura y 15.6% posgrado, en el nivel medio de falta de realización personal en nivel técnico, nivel licenciatura y nivel posgrado, son de 4.2%, 17.7% y 0% respectivamente, y para los niveles altos de falta de realización personal para nivel técnico es de 2.1%, para nivel licenciatura 6.3% y 2.1% para nivel posgrado.

En cuanto a la variable nivel de atención en la dimensión falta de realización personal, se dividió esta variable en tres categorías: primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención. El 34.4% de los profesionales de la salud con niveles bajos en falta de realización personal corresponden a la primera categoría, el 19.8% a la segunda y el 13.5% a la tercera. Los porcentajes de cada categoría en los niveles medios de falta de realización personal son del 10.4%, 9.4% y 2.1% respectivamente. Y para los niveles altos de cada categoría en la misma dimensión son de 5.2%, 5.2% y 0% respectivamente.

Para la variable horas laborales por día según la dimensión de falta de realización personal, según los individuos se distribuyen en la Cuadro 5.10.

Cuadro 5.10. Cuadro de contingencia: nivel de falta de realización personal, según las horas laborales al día.

Realización personal	Horas Laborales por día								Total	
	4-6 horas		7-8 horas		9-12 horas		Más de 12 horas			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	% .
BAJO	2	2.1%	40	41.7%	15	15.6%	8	8.3%	65	67.7%
MEDIO	1	1.0%	14	14.6%	3	3.1%	3	3.1%	21	21.9%
ALTO	1	1.0%	5	5.2%	2	2.1%	2	2.1%	10	10.4%

n=96

En la variable número de espacios laborales en la dimensión falta de realización personal, los porcentajes de los profesionales del área de salud en los niveles bajos fue de la siguiente manera 40.6% para los que laboran en un solo lugar y 27.1% que laboran en 2 o más espacios laborales, en cuanto a los niveles medios de la misma dimensión en los que laboran en un solo lugar y en 2 o más lugares es de 18.8% y 3.1% respectivamente. Y para los niveles altos en esta dimensión son de 7.3% y 3.1% respectivamente.

En cuanto a las variables sociodemográficas, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas. En lo referente a las variables laborales generales, encontramos significación estadística, en el sentido de mayor falta de realización personal en lo profesionales de enfermería en comparación con medicina y odontología.

## V. CONCLUSIONES.

1. Una tercera parte de los profesionales de la salud participantes en el estudio, presentan niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.
2. Los niveles encontrados en las diferentes dimensiones del Síndrome de Burnout a través de la Escala de Maslach, muestra similitud con otros estudios realizados en personal de enfermería, medicina y odontología, y no existen importantes diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas y laborales asociadas con el mismo.
3. Los resultados muestran una necesidad para establecer programas de atención oportuna y capacitación al personal de salud para que tanto la prevalencia como intensidad del Síndrome de Burnout se disminuya en el personal de salud, sobre todo si se considera que este síndrome es prevenible y su presencia altera la armonía laboral y la calidad de atención de los servicios de salud a los pacientes y población en general.

## VI. BIBLIOGRAFIA.

- Buendía, J. (1998). Estrés laboral y salud. España: Biblioteca Nueva.
- Furnham, A. (2001). Psicología Organizacional. El comportamiento de las organizaciones. México: Oxford.
- Gil, H. F. (2005). Tratado de medicina del trabajo. España: Masson.
- Gil-Monte, et al. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (1998). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. España: Síntesis.
- Hernández, S.R., Fernández, C. y Baptista, L. P. (2006). Metodología de la Investigación. México. Mc Graw- Hill.
- Landero, H. R. y González, R. M. (2007). Estadística con SPSS y metodología de la investigación. México: Trillas.
- Potter, B. A. (1991). Estrés y rendimiento en el trabajo. México: Trillas (Ed.).
- Velasco-Rodríguez, V.M. et al. (2002). Muestreo y Tamaño de Muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. Velasco-Rodríguez, V.M. (Ed.). E-libro.net. Primera Ed. 2002.
- Albadejo, R. et al. (2004, Agosto). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en un hospital de Madrid. Revista Española de Salud Pública, 4 (78) 505-516. Extraído el 22 de abril de 2009 desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000400008&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000400008&script=sci_arttext&tlng=e).
- Albanesi, N. et al. (2006, Diciembre). Estrés en odontología. Acta Odontológica Venezolana, 3 (44) 310-315. Extraído el 23 de abril de 2009 desde [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652006000300003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652006000300003&script=sci_arttext&tlng=es).

- Alvarado, R. y Pastorino, M. (2008, Diciembre). Factores psicosociales del trabajo y Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud. *Revista de Salud Pública*, 2 (7) 6-13. Extraído el 28 de abril de 2009 desde [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/docs/revista/2008/08\\_num2\\_vol12/art1\\_pastorino.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/docs/revista/2008/08_num2_vol12/art1_pastorino.pdf).
- Aranda, B. C., et al. (2005, Septiembre). Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos de familia. México. *An. Fac. Med.*, 3 (66) 225-231. Extraído el 22 de abril de 2009 desde [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972005000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972005000100006&lng=pt&nrm=iso).
- Atance, M. J. (2007). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública*, 71 293-303. Extraído el 22 de abril de 2009 desde <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>.
- Berrios, M., Landa, A. y Aguilar, L. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. *Index de Enf.*, 54 (15) 30-34. Extraído el 25 de abril de 2009 desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200006&script=sci_arttext).
- Buzzetti, B. M. (2005). Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile. *Biblioteca Universia*. Extraído el 22 de abril de 2009 desde [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/id/37095275.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/37095275.html).
- Caballero, M. M. (2001, Marzo 31). Prevalencia y factores asociados al Burnout en área de la salud. *Atención Primaria*, 5 (27) 53- 59. Extraído el 22 de abril de 2009 desde <http://bvsde.per.paho.org/bvsacd/cd49/burnout.pdf>.
- Cáceres, B.G. (2009, Marzo 19). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar. *Biblioteca Universia*. Extraído el 2 de mayo de 2009 desde <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=37334112>.

- Escribá, V. y Bernabé, M. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 6 (16) 487-496. Extraído el 23 de abril de 2009 desde [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000600006](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000600006).
- Gamonal, Y. et al. (2008). Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Rev. Enferm. Herediana*, 01 (1) 33-39. Extraído el 22 de abril de 2009 desde <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/reh/1-1/v1n1ao5.pdf>.
- Gil- Monte, P. (2002, Febrero). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública Méx.*, 1 (44). Extraído el 27 de abril de 2009 desde [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342002000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342002000100005&script=sci_arttext).
- Grau, A. et al. (2007, Diciembre). El Burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Información psicológica*, 91 64-79. Extraído el 24 de abril de 2009 desde [http://www.sup.org.uy/Descarga/Burnout\\_percibido.pdf](http://www.sup.org.uy/Descarga/Burnout_percibido.pdf).
- Grau, A. et al. (2009, Abril). El Síndrome de Burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos. *Rev. Esp. Salud Pública*, 2 (83). Extraído el 2 de mayo de 2009 desde <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=60122>.
- Hernández, Z., Olmedo, C. y Ibáñez, F. (2004, Mayo). Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (4) 323-336. Extraído el 25 de abril de 2009 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740206.pdf>.
- Jofré, V. A. y Valenzuela S. S (2005, diciembre). Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Rev. Aquichán* 1 (5) 53-56. Extraído el 28 de abril de 2009 desde [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100006&script=sci_arttext).

- Mamani, E. et al. (2007, Julio). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Rev. Per. Obst. Enf.*, 1 (3) 50-57. Extraído el 24 de abril de 2009 desde [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-77132007000100007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-77132007000100007).
- Maslach, C., Leiter, P. y Schaufeli, B. (2001, febrero). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 1 (52) 397-422. Extraído el 29 de abril de 2009 desde <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=60122>.
- Molina, S. et al. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*, 9 (31) 564-74. Extraído el 22 de abril de 2009 desde [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&articuloid=13048145](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13048145).
- Ordenes, D. (2004). Relevancia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. *Rev. Chil. Pediatr.* 5 (75) 449- 454. Extraído el 1 de mayo de 2009 desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000500006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006).
- Ortega, R. C. y López, R. F. (2004, Julio 7). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1 (4) 137-160. Extraído el 22 de abril de 2009 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740108.pdf>.
- Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 6 (16) 480-486. Extraído el 23 de abril de 2009 desde [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000600005](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000600005).
- Pérez, J., Pollán, R. y Notivol, T. (2002, Diciembre). El valor de la educación para la salud. *Psicología y Psicopedagogía*, 12. Extraído el 25 de abril de 2009 desde <http://www.salvador.edu.ar/publicaciones/pyp/12/ua1-9pub03-12-06.htm>.

- Quiceno, M. J. y Vinaccia A. S. (2007, Noviembre 14). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Act. Colom. Psicol.*, 2 (10) 117-125. Extraído el 26 de abril de 2009 desde [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000200012&script=sci_arttext).
- Quintanilla, R. M. (2004). Prevalencia del Síndrome de Burnout en las enfermeras de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. *Rev. Chil. Med. Intensiv.*, 1 (19) 33-37. Extraído el 4 de mayo de 2009 desde <http://www.revistamedintensiva.cl/html/articulo.php?id=51&nom=Volumen%2019%20No.%201,%202004>.
- Roman, H. J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev. Cubana Salud Pública*, 29(2) 103-110. Extraído el 23 de abril de 2009 desde [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29\\_2\\_03/spu02203.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_2_03/spu02203.pdf).
- Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio de Burnout. *Papeles del psicólogo*, 1 (29) 59-67. Extraído el 22 de abril de 2009 desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2536771>.
- Thomaé, M. N., et al. (2006, Enero). Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 153 18-21. Extraído el 24 de abril de 2009 desde [http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista153/5\\_153.htm](http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.htm).

## VII. ANEXOS.

### 7.1. Anexo 1. Cuestionario.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO.

FACULTAD DE ENFERMERÍA.

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.



A continuación se presentan una serie de preguntas en relación a una escala de actitudes hacia el trabajo que se realizará sin retribución económica.

Simplemente, se trata de contestar, de forma totalmente voluntaria, a un cuestionario anónimo, sobre el que le aseguramos la auténtica confidencialidad de los datos, además los análisis de los resultados se realizarán de forma global y nunca a nivel individual. Cuestionario modificado del Maslach Burnout Inventory.

Finalmente, le solicitamos **tener especial cuidado en contestar la totalidad de las preguntas del cuestionario.**

**Muchas gracias por su colaboración.**

DATOS PERSONALES					
Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Tiene hijos: SI	NO	
DATOS PROFESIONALES					
Profesión:	Nivel Escolar:	Años de antigüedad en la profesión:			
Tipo de atención*:	Horas que labora al día:	Núm. de espacios laborales al día**:			

\*1-Primer nivel de atención (comunidad), 2-Segundo nivel de atención (hospitalización) o 3- Tercer nivel de atención (especialidad).

\*\* ¿En cuántos lugares se desempeña laboralmente? 1-1 lugar, 2- 2 lugares o más.

**INSTRUCCIONES:** Marca con una "X" según corresponda.

**CUESTIONARIO**

Pregunta.	Nunca.	Pocas veces al año o menos.	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes.	Una vez a la semana.	Pocas veces a la semana.	Todos los días.
1. ¿Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo?							
2. ¿Me siento cansado al término de mi jornada de trabajo?							
3. ¿Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo?							
4. ¿Siento que puedo entender fácilmente a mis pacientes?							
5. ¿Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales?							
6. ¿Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo?							
7. ¿Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes?							
8. ¿Siento que mi trabajo me está desgastando?							
9. ¿Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas?							
10. ¿Siento que me he vuelto más insensible con la gente?							
11. ¿Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente?							
12. ¿Me siento con mucha energía en mi trabajo?							
13. ¿Me siento frustrado en mi trabajo?							
14. ¿Creo que estoy trabajando demasiado?							
15. ¿Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes?							
16. ¿Trabajar directamente con las personas me produce estrés?							
17. ¿Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes?							
18. ¿Fácilmente puedo crear un							

clima agradable con mis pacientes?							
19. ¿He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión?							
20. ¿Me siento como si estuviese al límite de mis posibilidades?							
21. ¿Siento que en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma?							
22. ¿Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas?							
23. ¿Considero tener más estrés que cuando me encontraba en mis estudios?	SI NO	¿Por qué?					
24. ¿En qué momentos en el área laboral me siento con mayor estrés?							