

032203
EON

DONACION
No. Reg. 03 220 3
Catalogador <i>me</i>
Fecha 14/6/12

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA HOMBRES Y MUJERES DEL
HOSPITAL CENTRAL Y SU RELACIÓN CON LA INSATISFACCIÓN
LABORAL”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTAN

*Ma. Patricia Martínez Vázquez
Gloria Elena González Garza
María Isabel Torres García*

COMITÉ DE TESIS:

**DR. JOSE LAURO DE LOS RÍOS CASTILLO
M.P.S. ALICIA PORTALES PONCE
M.C. E. ESTHER SILVA TOVAR**

MARZO 2010



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA HOMBRES Y
MUJERES DEL HOSPITAL CENTRAL Y SU RELACIÓN
CON LA INSATISFACCIÓN LABORAL”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTAN

*Ma. Patricia Martínez Vázquez
Gloria Elena González Garza
María Isabel Torres García*

COMITÉ DE TESIS:

**DR. JOSE LAURO DE LOS RÍOS CASTILLO
M.P.S. ALICIA PORTALES PONCE
M.C. E. ESTHER SILVA TOVAR**

MARZO 2010

CONTRA PORTADA:



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



“SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA HOMBRES Y MUJERES DEL HOSPITAL CENTRAL Y SU RELACIÓN
CON LA INSATISFACCIÓN LABORAL”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

Las Enfermeras Generales
Ma. Patricia Martínez Vázquez
Gloria Elena González Garza
María Isabel Torres García


Director de Tesis: -

DR. JOSÉ LAURO DE LOS RÍOS CASTILLO

MARZO 2010

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE NIVELACIÓN DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS:

“SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
DE CIRUGÍA HOMBRES Y MUJERES DEL HOSPITAL CENTRAL Y SU
RELACIÓN CON LA INSATISFACCIÓN LABORAL”

ELABORADO POR:

Enfermeras Generales
MA. PATRICIA MARTÍNEZ VÁZQUEZ
GLORIA ELENA GONZÁLEZ GARZA
MARÍA ISABEL TORRES GARCÍA

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO



M.P.S. Alicia Portales Ponce

SECRETARIO



Dr. José Lauro De los Ríos Castillo

VOCAL



M.C.E. Esther Silva Tovar

MARZO 2010

AGRADECIMIENTO

¿La carrera o el matrimonio?
¿El trabajo o los hijos? ¿Nosotras o los demás?
Pero ¿Quién dijo que debemos elegir?

- Primeramente a Dios por haberme dado esta grandiosa oportunidad de la vida, de poder crecer profesionalmente.

Una dedicatoria muy especial a mi familia por el apoyo incondicional que me ofrecieron.

- A mi esposo (Oscar) y a mis hijos (Edna, Diego, Mario, Gabriel) ya que me ayudaron en este proceso educativo, alentándome siempre a seguir, por fin pude lograrlo mil gracias los Amo.
- Un profundo agradecimiento a mis padres (Mamia y Papiro) por todo lo que hicieron de mi, sin ellos no hubiera logrado lo que tengo y lo que soy. Dios me los cuide y los bendiga los Amo.
- A mis hermanos (Andrés, Gabriel, Gustavo y Gonzalo) para que siempre se sientan orgullosos de su única hermana, siempre los Amare.
- A mi asesor Dr. José Lauro de los Ríos Castillo, mil gracias apreciado Maestro por compartir su enorme experiencia y no soltarnos de la mano.
- A mi Institución Hospital Centra "Dr. Ignacio Morones Prieto" por brindarnos el apoyo requerido para nuestra formación académica. Pero muy en especial a nuestras compañeras del servicio de cirugía Hombres y Mujeres por dedicarnos su valioso tiempo y apoyo en nuestra investigación.
- A la valiosa facultad de Enfermería y al excelente cuerpo de Maestros que conforman dicha fundación por colaborar en la enseñanza y formación profesional.

**Los sueños son poderosos cuando creemos
que pueden convertirse en realidad. Los sueños
vacíos de contenido pertenecen al reino
de la fantasía; los sueños de las líderes pertenecen
al reino de lo posible.**

MIL GRACIAS..... Ma. Patricia Martinez Vazquez.

Agradecimiento

A Dios, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud, y la esperanza para terminar mi tesis.

Al Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, por el apoyo en la realización de esta investigación.

A mis Jefas, y compañeras del Servicio de Piruglas, quienes nos apoyaron en la contestación de las encuestas.

A la Facultad de Enfermería, y a mis profesores quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente.

Un agradecimiento muy especial a mi asesor Dr. José Lauro de los Ríos Castillo por su confianza, ayuda, guía, interés, y apoyo; siempre dispuesto para la elaboración de este trabajo de investigación.

Dedicatoria

A mi esposo por creer en mí, y estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo.

A mis hijos de por todas las veces que no pudieron tener a su madre de tiempo completo.

A mi hija Abna Elena que ilumina mi vida y por ese optimismo que siempre me impulsó a seguir adelante.

A mi hijo Edgar Alan, que me alienta y da fuerza necesaria para lograr esta meta.

A mis padres Diego González y Gloria M. Garza por darme ánimos para alcanzar esta meta tan importante en mi carrera profesional.

A mis hermanos que tuvieron una palabra de apoyo para mí durante mis estudios.

A mis amigas y compañeras de tesis Tessa y Raty porque hicimos un gran equipo de trabajo.

A mis amigas Eva y Bety por su amistad y apoyo incondicional.

Muchísimas gracias.....las quiero mucho. Gloria Elena González Garza.

AGRADECIMIENTO

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

☉ **A DIOS:** *Por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarle cada día más.*

☉ **A MIS PADRES (ANGEL Y ENRIQUETA):**

A quienes me han dado la oportunidad de existir, heredándome el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: AMOR.

A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho.

A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

*A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. Por su sacrificio en algún tiempo incomprendido, por su ejemplo de superación incasable, por su comprensión y confianza, por su amor y amistad incondicional **GRACIAS LOS AMO.***

☉ **A MI ESPOSO E HIJAS (MIGUEL, ANDREA Y MARYFER):**

Como un testimonio de gratitud ilimitada, a mis hijas, porque su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado para lograr esta meta, a mi esposo por su amor, apoyo, comprensión y tolerancia.

*Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante, sólo deseo que entiendan que el logro mío, es el logro de ustedes, que mi esfuerzo es inspirado en ustedes y que mi único ideal son ustedes, **GRACIAS LOS AMO.***

-
- © **A MIS HERMANOS (MIGUEL, ALICIA, LUIS, JESUS, OMAR Y SERGIO):** Por que siempre he contado con ellos para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido, por sus consejos de los cuales he aprendido mucho, que directa e indirectamente me impulsaron para llegar hasta aquí, por su apoyo y amistad, **GRACIAS LOS AMO.**
- © **A MIS MAESTROS:** Por su tiempo, apoyo, así como su sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional, en especial: Al Dr. José Lauro De los Ríos Castillo, por haber guiado el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.
- © **A LA UNIVERSIDAD DE SAN LUIS POTOSÍ:** En especial a la facultad de Enfermería, la cual me dio la oportunidad de formar parte de ella, y de permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.
- © **AL HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO:** Al departamento de Enfermería, así como al de Enseñanza, por habernos permitido, autorizado y brindado su apoyo al permitir ser parte de nuestra investigación, pero en especial a las Enfermeras del servicio de Cirugía Hombres y Mujeres que nos brindaron su valioso tiempo, apoyo y respeto

Con respeto y admiración a todos,

Mil ¡GRACIAS! Por lo que hemos logrado.....

MARIA ISABEL TORRES GARCIA

INDICE		Pag.
I.-	INTRODUCCIÓN Y/O JUSTIFICACIÓN.....	1
II.-	OBJETIVOS.....	4
	2.1 Objetivo General	
	2.2 Objetivos Especificos	
III.-	MARCO TEORICO.....	5
	3.1 DEFINICIÓN DE ESTRÉS.....	5
	3.2 MODELOS DE ESTRÉS.....	5
	3.3 FISILOGIA DEL ESTRÉS.....	7
	3.4 SIGNOS DE ESTRÉS	8
	3.5 SINTOMAS FISICOS Y CONDUCTUALES DEL ESTRÉS.....	9
	3.5.1 Sintomas Fisicos	
	3.5.2 Sintomas Conductuales	
	3.6 FACTORES ESTRESANTES EN EL TRABAJO.....	10
	3.6.1 Turnos Laborales	
	3.6.2 Organización y relaciones Organizacionales	
	3.6.3 Desarrollo Profesional	
	3.6.4 Papel en la Organización (del trabajador)	
	3.6.5 Tareas o Asignaciones Laborales	
	3.6.6 Ambiente Laboral	
	3.7 FUENTES DE ESTRÉS LABORAL.....	14
	3.8 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL.....	17
	3.8.1 Causas del estrés	
	3.8.2 Consecuencias del estrés	
	3.8.3 Rotación de Personal	
	3.8.4 Accidentes	
	3.8.5 Consecuencias Invisibles	
	3.8.6 ¿Por qué ocurre esto?	
	3.9 SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN LABORAL.....	21
	3.9.1 Insatisfacción Laboral	
	3.9.2 Causas Principales de la Insatisfacción Laboral	
	3.10 ESTRÉS Y SALUD EN ENFERMERIA.....	26
	3.11 ESTRÉS OCUPACIONAL EN ENFERMERÍA.....	27
	3.12 ESTRÉS E INSATISFACCIÓN EN ENFERMERÍA.....	30
	3.13 SALUD Y FACTORES DE RIESGO EN EL TRABAJO.....	31
	3.13.1 Salud y Trabajo	
	3.14 SINDROME DE BURNOUT.....	32
	3.14.1 Antecedentes de la Problemática	
	3.14.2 Desarrollo Teórico del Síndrome	
	3.14.3 Características Generales del Síndrome de	
	3.14.4 Factores Causales del Síndrome de Burnout	
	3.14.5 Los efectos del Burnout	
	3.14.6 Los síntomas Observados del Síndrome de Burnout	
	3.14.7 Evolución Natural de la Enfermedad por el Síndrome de Burnout	
	3.14.8 Manejo del Síndrome de Burnout	
	3.14.8.1 Gestión individual	
	3.14.8.2 Gestión Social	
	3.14.8.3 Gestión Institucional	
	3.14.8.4 Prevención	
	3.14.8.5 Afrontamiento	

3.15	TECNICAS DE RELAJACIÓN.....	43
3.15.1	Visualización	
3.15.2	Respiración	
3.15.3	Tensión, relajación muscular.	
IV.-	MARCO REFERENCIAL.....	51
4.1	ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO.....	51
4.2	SERVICIOS PRINCIPALES.....	53
4.3	SERVICIO DE CIRUGIA.....	56
4.3.2	Características del Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía	57
V.-	DISEÑO METODOLÓGICO.....	60
5.1	TIPO DE ESTUDIO.....	60
5.2	POBLACIÓN.....	60
5.3	MUESTRA.....	60
5.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	60
5.4.1	Criterios de inclusión	
5.4.2	Criterios de Exclusión	
5.4.3	Criterios de Eliminación	
5.5	VARIABLES.....	61
5.5.1	Variable Independiente	
5.5.2	Variable dependiente	
5.5.3	Variable Sociodemografica	
5.6	ASPECTOS BIOÉTICOS.....	64
5.7	INSTRUMENTOS.....	64
5.8	TRATAMIENTO ESTADISTICO.....	70
5.9	RECOLECCIÓN DE DATOS.....	72
VI.-	RESULTADOS.....	74
VII.-	DISCUSION.....	88
VIII.-	CONCLUSIONES.....	92
IX.-	SUGERENCIAS.....	93
X.-	LIMITANTES.....	94
XI.-	BIBLIOGRAFIA REFERIDA Y CONSULTADA.....	95
XII.-	ANEXOS.....	101

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
Figura 1 Edad de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.	75
Figura 2 Genero de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	76
Figura 3 Estado civil de las Enfermeras (os) del servicio de Cirugía.....	76
Figura 4 Numero de hijos con que cuentan las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía...	77
Figura 5 Servicios en los que laboran las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	77
Figura 6 Tiempo de ejercer la Profesión de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía..	78
Figura 7 Turno donde laboran las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	78
Figura 8 Numero de Horas que trabajan a la Semana, las Enfermeras (os), del Servicio de Cirugía.....	79
Figura 9 Guardias Extras de las Enfermeras (os) del servicio de Cirugía.....	79
Figura 10 Número de pacientes que atienden diariamente las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	80
Figura 11 Porcentaje en Tiempo de Interacción con el paciente de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.	80
Figura 12 Porcentaje de Labores de Hogar que realizan el personal de Enfermería Encuestado.....	81

Figura 13 Porcentaje de Ausencias por Enfermedad del Personal de Enfermería.....	81
Figura 14 Numero de días que a lo largo del año han faltado las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	82
Figura 15 Principal aliciente de las enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	82
Figura 16 Principal inconveniente del trabajo de las Enfermeras del Servicio de Cirugía.....	83
Figura 17 Grado de Afectación del Síndrome de Burnout en las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	84
Figura 18 Nivel de Deterioro de las Enfermeras del servicio de Cirugía dentro del Área Cansancio Emociona.....	85
Figura 19 Nivel de Deterioro de las Enfermeras del servicio de Cirugía dentro del Área Despersonalización.....	85
Figura 20 Nivel de Deterioro del Área Ausencia de Realización Personal de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	86
Figura 21 Nivel de Deterioro de la Insatisfacción-Satisfacción Laboral de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	87
Cuadro 1 Asociación entre el Grado de Afectación del Síndrome de Burnout y algunas variables sociodemográficas de las Enfermeras(os) del servicio de Cirugía.....	87
Cuadro 2 Correlación entre el índice de afectación del Síndrome de Burnout y grado de Insatisfacción Laboral de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.....	88

RESUMEN

El Síndrome de Burnout se presenta frecuentemente en los profesionales sanitarios y en específico en las Enfermeras. Donde se ha observado gran afectación en el cual intervienen varios factores; caracterizándose específicamente en cansancio emocional, despersonalización y ausencia de realización personal.

Con base de lo antes mencionado, en el presente trabajo de tesis, tiene como propósito de investigación Si el Síndrome de Burnout es generador de insatisfacción laboral en las enfermeras(os) del servicio de Cirugía del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, de la capital del Estado de San Luis Potosí.

Cincuenta Enfermeras que equivalen al 100%, a quienes se les aplico el Cuestionario Breve de Burnout, en su versión estandarizada para México (CBB), el cual valora las tres aéreas ya mencionadas, acompañado de dos cuestionarios, los cuales evalúan variables sociodemográficas, satisfacción laboral. Previo a su consentimiento informado.

Los resultados demuestran sistemáticamente un alto Nivel de afectación del síndrome, asociado con las variables sociodemográficas principalmente por personal joven, en su mayoría femenina, casada, con 2 a 4 hijos, desempeñando labores del hogar, entre 11-15 años de ejercer la profesión, trabajando 40 horas a la semana, atendiendo a mas de 10 pacientes, en donde su principal inconveniente es la baja remuneración económica y el exceso de pacientes, entre otros. Aunado a encontrar una fuerte asociación entre el grado de deterioro del síndrome y la insatisfacción laboral.

Se concluye, que las enfermeras (os) estudiados, presentan un alto nivel de afectación del Síndrome de Burnout fuertemente asociado a la Insatisfacción laboral. Es importante señalar que la muestra de estudio dentro del Servicio de Cirugía en este Hospital, tiene un alto riesgo de presentar un trastorno emocional causado por el Síndrome.

SUMMARY

The Syndrome of Burnout is frequently presented in the sanitary professionals and in specific in the Nurses. Where great affectation has been observed in which several factors intervene; characteristics specifically in emotional fatigue, despersonalización and absence of personal realization.

With base of the before mentioned, presently thesis work, has as investigation purpose If the Syndrome of Burnout is generating of labor dissatisfaction in the enfermeras(os) of the service of Cirugia of the Central Hospital Dr. Blackish Ignacio Morons, of the capital of San Luis' State Potosí.

Fifty Nurses that are equal to 100% to who are applied the Brief Questionnaire of Burnout, in their version standardized for Mexico (CBB), which values the three air already mentioned, accompanied by two questionnaires, which evaluate variable sociodemográficas, labor satisfaction. Previous to their informed consent.

The results demonstrate a high High Level of affectation of the syndrome systematically, associated with the variable sociodemográficas mainly for young personnel, in their feminine, married majority, with 2 to 4 children, carrying out works of the home, among 11-15 years of exercising the profession, working 40 hours a week, assisting to but of 10 patients where their main inconvenience is the drop economic remuneration and the excess of patient, among others. Joined to find a strong association between the degree of deterioration of the syndrome and the labor dissatisfaction.

It's concludes that the nurses (you) studied, they present a high level of affectation of the Syndrome of Burnout strongly associated to the labor Dissatisfaction. It is important to point out that the study sample inside the Service of Surgery in this Hospital, has a high risk of presenting an emotional dysfunction caused by the Syndrome.

I.- INTRODUCCIÓN Y/O JUSTIFICACIÓN.

A mediados de los años setentas, surge el concepto de "quemarse con el trabajo", introducido por Herbert Freudenberger para dar una explicación al proceso negativo que sufren los profesionales en su labor. Es Freudenberger, psiquiatra psicoanalista que trabajó en Estados Unidos, quien describe por vez primera este síndrome clínico o mejor conocido como Burnout, al observar las respuestas que manifestaban los voluntarios que trabajaban con toxicómanos después de un tiempo. Estos mostraban una considerable pérdida de energía, sintiéndose apáticos y cansados, habían perdido la motivación para el trabajo, estaban fácilmente irritables y su trato con los pacientes era distante. (Freudenberger, 1974). En los últimos años, ha quedado establecido como una respuesta a la insatisfacción laboral dicho Síndrome, integrado por actitudes y sentimientos negativos a las personas con las que trabaja e incluso hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Los sujetos afectados por este síndrome muestran desilusión, irritabilidad y sentimiento de frustración, se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces. Se vuelven rígidos, tercos e inflexibles. Así mismo, afloran síntomas de carácter psicossomático como por ejemplo mayor cansancio, dificultades respiratorias, problemas gastrointestinales, entre otras. Este conjunto de síntomas y signos de carácter actitudinal, conductual y psicossomático se entienden como las consecuencias del síndrome de Burnout o de "quemarse con el trabajo". (Marín, 2005, De los Ríos, 2007)

El síndrome de Burnout, no se había presentado solo en profesionales sanitarios si no que también ha afectado a educadores, trabajadores sociales, policías y un largo número de profesionales que utiliza la relación de ayuda en su desempeño profesional, y como resultado de estar sometido a una presión emocional repetida y prolongada. Si concibe como una respuesta a la insatisfacción laboral, se tomaran en consideración 2 elementos claves, como son: el entorno y la persona.

El entorno sanitario, ambiente en el que se desenvuelven, presenta características especiales y novedosas que hacen reflexionar sobre como se adecua el profesional. El entorno físico de la actividad laboral como es la temperatura inadecuada, el ruido constante, la iluminación inadecuada o artificial, la exposición a peligros reales (contaminación, contagios, radiaciones etc.), y el reducido espacio físico además de olores molestos pueden ser situaciones altamente estresantes.

Por otro lado aludiremos a la persona, el profesional de servicios y especialmente el profesional de enfermería. En este sentido, la enfermera, debe conocer, con suficiente profundidad, las características del síndrome de Burnout y las técnicas para su prevención y afrontamiento. Este síndrome se presenta como una respuesta a corto plazo, que vive el individuo cuando tiene que enfrentarse a sus propios límites y a los de los otros (pacientes, organización, compañeros etc.).

Esta dificultad lleva al agotamiento en un intento fracasado de esforzarse constantemente en corregir un cierto desequilibrio, sobre todo cuando el profesional no es el único responsable de esta realidad. Las características de personalidad del individuo, van a tener relevancia en la aparición del síndrome presente. Los factores que componen la personalidad del individuo (valores, creencias, deseos, entorno social etc.), tienen una parte de responsabilidad en el origen de los síntomas y del tratamiento de los efectos del problema. (Bermúdez, 2000).

Es fundamental tener en cuenta también la importancia de la enfermera y a la vez el esfuerzo de estar al día en esta profesión. Las demandas del medio laboral como son: jornadas laborales prolongadas (guardias, duplicación de turnos) sobrecarga, labor por exceso de trabajo y escasez de personal, que en ocasiones impiden la satisfacción o la realización del trabajo bien hecho. (Manzano, Ramos, 2000).

Las consecuencias de estar sometido a los acontecimientos ya mencionados, pueden producir en el personal de enfermería los siguientes efectos, en cuatro distintos niveles como son: Nivel emocional, cognitivo, conductual y organizacional. Los niveles de satisfacción laboral se verán altamente mermados, llegando incluso a poder abandonar la actividad profesional.

El personal de enfermería está presidida por una auto evaluación negativa de su propio trabajo, en donde se responsabiliza de no haber alcanzado los objetivos que se había planteado, sintiéndose insatisfecho y decepcionado de sus resultados laborales, lo que favorece una insatisfacción laboral. (Marín, 2005).

En base de lo antes mencionado y al conocer las características de este Síndrome se ha observado la afectación que existe en el personal de Enfermería de nuestra Institución "Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto" y de esta manera es como nació la inquietud de conocer el grado de afectación en el personal de Enfermería enfocándonos en el Servicio de Cirugía Hombres y Mujeres. Cabe señalar que es de esta manera cómo surgió la siguiente pregunta de investigación.

¿De que manera influye el Síndrome de Burnout para ser generador de insatisfacción laboral, en el personal de enfermería del servicio de Cirugía Hombres y Mujeres del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, durante el periodo de Octubre a Diciembre de 2009?

II.- OBJETIVOS.

2.1.- OBJETIVO GENERAL:

Describir el grado del síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del servicio de Cirugía Hombres y Mujeres del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y su relación con la Insatisfacción Laboral.

2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar los factores Socio demográficos del personal de Enfermería.

- 2.- Describir los niveles de afectación del síndrome de Burnout, en el personal de Enfermería.

- 3.- Describir las áreas mas afectadas del síndrome.

- 4.- Conocer el grado de satisfacción e insatisfacción.

- 5.- Determinar el grado de relación que tiene el síndrome de Burnout con la insatisfacción laboral.

- 6.- Dar a conocer a las autoridades correspondientes, los resultados obtenidos.

III.- MARCO TEORICO

3.1.- Definición de estrés.

Es cualquier agresión emocional, física, social, económica o de otro tipo que exija una respuesta o un cambio por parte del individuo. (Mosby, 2006).

Para este estudio el estrés se define como la tendencia de los profesionales de salud, a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la elaboración del trabajo y a la realización con las personas a las que atienden.

A comienzos del siglo XX, el medico Británico William Osier comparó estrés y tensión con Trabajo duro y preocupación, apunto que podía existir una relación entre esas condiciones somato-patológicas y el desarrollo de las enfermedades coronarias. Osier aplicaba las definiciones usadas en la física a los problemas del comportamiento humano. Esta preocupación inicial por el estrés, se centro fundamentalmente en la respuesta biológica del organismo humano, frente a los acontecimientos vitales que le plantean demandas excesivas. (Mosby, 2006).

Por ende, el estrés es un resultado. Es el final del proceso, no su inicio. El comienzo del proceso, la materia prima es la gente. Cada persona es diferente. La vida en lo laboral y en el hogar coloca a la gente bajo presión. Estas personas se sienten con un alto rango de problemas, demandas o desafíos que enfrentan en el trabajo y en todos los aspectos de su vida.

3.2.- Modelos de estrés

Los modelos del estrés intentan integrar factores individuales y ambientales de trabajo acerca de cómo se genera dicho estrés. Deberían tomarse en cuenta todos los factores importantes que determinan la respuesta del

estrés. En términos generales estos factores incluían características laborales, sociales, familiares e individuales.

Los modelos de estrés que se conocen son los siguientes:

- "Modelo del ajuste de la persona al ambiente": (La Dou, 2005).

En este modelo hace la distinción entre las evaluaciones objetivas y subjetivas del individuo y su ambiente.

En este sistema, una buena salud mental en la situación laboral depende del desenlace de 4 interacciones;

- El ambiente objetivo
- El ambiente subjetivo
- La presión objetiva y la presión subjetiva
- El ambiente subjetivo y la persona subjetiva.

- " Control de decisiones laborales"

Sostiene que el estrés, aparece por un desequilibrio entre las demás, sobre el trabajador y su capacidad para modificar dichas demandas. Este modelo se centra en la respuesta de adaptación del individuo a un estímulo en potencia estresante.

Cuando el trabajador logra modificar la respuesta o alterar las circunstancias, el resultado es menos estrés.

- Un bajo control en la toma de decisiones junto con elevadas demandas laborales, originan una tensión o situación estresante.

- En el modelo del control de decisiones laborales, las demandas elevadas y el bajo control actúan sin energía para tener más impacto que cualquiera de los dos factores por separado.
- Los defensores del modelo de control de decisiones laborales tienden a centrarse en las tareas del trabajo, aunque son muy importantes otros aspectos del ambiente laboral, como las características de la organización o las oportunidades para la creatividad y el pensamiento independiente.

(Karasek, 1979), uno de los principales exponentes del modelo, ha demostrado que un mayor nivel en la toma de decisiones se acompaña de menor morbilidad cardiovascular. También se ha usado el modelo para mostrar que los trabajadores que participaron en la reorganización de sus empresas, tuvieron mayor control en las decisiones de su trabajo presentaron menos problemas de salud que los empleados que pasaron a situaciones con menor nivel en la toma de decisiones.

- “Modelo del equilibrio entre esfuerzo y recompensa” (Siegrist).

Este enfoque pone énfasis en los rompecabezas del trabajo (dinero, estima, seguridad y oportunidades de desarrollo), más que en el control sobre el trabajo. El estrés surge por un equilibrio o desequilibrio entre los esfuerzos realizados y las recompensas recibidas en el trabajo. El modelo contempla o incorpora dimensiones extrínsecas (situaciones) e intrínsecas (personales). (El modelo del equilibrio entre esfuerzo y recompensa) Este modelo dibuja de alguna manera un límite más extenso del problema del estrés laboral, que el modelo del control de decisiones laborales, porque toma en cuenta variables económicas y aspectos similares (LaDou, 2005).

3.3.- Fisiología del estrés

El estrés esta compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. En la respuesta de "pelea o huida" se libera dentro del cuerpo una gran cantidad de sustancias químicas y hormonas que movilizan recursos, a fin de aumentar al máximo la posibilidad de supervivencia a corto plazo.

Esto produce una amplia gama de efectos que incluyen:

- Aumento de la frecuencia cardiaca
- Incremento en la frecuencia respiratoria
- Elevación en el suministro de sangre al cerebro
- Dilatación de pupilas
- Sequedad en la boca
- Sudoración
- Reducción en el suministro de sangre a los órganos menos vitales.

"El estrés no se refiere a ser débil, sino a ser humano" (Williams, Cooper, 2004).

3.4.- Signos de estrés

Los signos son la manifestación externa del estrés. En general, el indicador más fuerte de que algo está mal es un cambio en el modo en que se comportan las personas. Este puede ser un cambio en la apariencia personal la conducta o los hábitos.

Algunos de los cambios que alguien puede manifestar al estar sufriendo estrés son:

- Apariencia personal alterada:
 1. Falta de cuidado en la apariencia personal
 2. Aspecto deplorable
 3. Apariencia de cansancio
 4. Actitud de nerviosismo, temor
 5. Aspecto agitado
- Hábitos alterados
 1. Come mas, come menos
 2. Beber mas
 3. Fumar mas
 4. Aumento de ausencias
 5. Mayor propensión a los accidentes
- Conducta alterada
 1. Irritabilidad
 2. Agresión
 3. Cambios repentinos en el estado de animo
 4. Concentración deficiente
 5. Capacidad deficiente para tomar decisiones.

3.5.- Síntomas Físicos y Conductuales del Estrés.

3.5.1.- Síntomas físicos.

- Patrones alteradores de sueño:
- Dificultad para conciliar el sueño: despertar temprano, agotamiento, Letargo.
- Dificultades para respirar: vértigos, mareos, Indigestión, acidez, nauseas
- Alteraciones intestinales: Diarrea, estreñimiento.
- Dolores de cabeza.
- Perdida del deseo sexual.
- Tensión muscular: por ejemplo dolor en el cuello o en la espalda

3.5.2.- Síntomas conductuales.

- Irritabilidad y agresión
- Ansiedad y temor
- Capacidad deficiente para tomar decisiones
- Preocupación por asuntos triviales
- Incapacidad para establecer prioridades
- Dificultades de concentración
- Deterioro de la memoria reciente
- Sentimientos de fracaso de valía personal
- Aislamiento
- El estrés es un factor que contribuye a muchas enfermedades.

3.6.- Factores Estresantes en el Trabajo.

3.6.1.- Turnos laborales.

El turno laboral cambiante, es un factor estresante común que afecta a una gran proporción de la población trabajadora en todo el mundo. Los defensores de estas rotaciones rápidas argumentan que los trabajadores nunca se adaptan por completo a los turnos nocturnos, y que las rotaciones cortas originan menos caos con los ritmos circadianos.

Los defensores de la rotación de turnos de ciclos largos indican que el ser humano tiene la capacidad de adaptarse al menos en un parte, aun nuevo esquema, como se evidencia en el aplanamiento de la curva de temperatura, en un periodo de varias semanas. El tiempo recomendado para un esquema de cambios seria de cuando menos 21 días antes de rotar hacia adelante. (La Dou, 2005).

En los trabajadores que trabajan por turnos rotativos aumentan las molestias gastrointestinales. Hay cambios en el apetito y aumenta el estreñimiento. A menudo la alimentación se ve afectada por mala disponibilidad o mala calidad de los alimentos para los empleados de los turnos nocturnos. Otros factores relacionados con los problemas gastrointestinales son el aumento en el consumo de cafeína y tabaco.

Los hallazgos de las investigaciones acerca de los desenlaces de la reproducción en las mujeres que roten turnos incluyen aumento en abortos espontáneos, nacimientos de pre-termino y retardo en el crecimiento intrauterino (La Dou, 2005).

3.6.2.- Organización y relaciones organizacionales.

Hoy día, la mayoría de las personas en las sociedades industriales esta empleada en algún contexto organizacional, y sometida a tener

repercusiones, que afectan a la organización como un todo como son: Los conflictos políticos, las autoridades que toman las decisiones, en donde las reglamentaciones son fuentes de conflicto y estrés. (Martínez, 1999).

A menudo las condiciones estresantes se producen cuando las organizaciones sufren algún cambio.

- Se ha demostrado que en las compañías aumentan los niveles de angustia, disminuye la satisfacción y la moral en el trabajo, durante los procesos de introducción de nuevas líneas de productos.
- El proceso del cambio, altera el equilibrio de un individuo en la organización y lo pone en mayor riesgo de presentar una respuesta de estrés.
- La comunicación deficiente en las organizaciones y el sentimiento de no estar informados o no ser escuchados por los gerentes conduce de igual forma al estrés, manifestándose como baja satisfacción en el trabajo.
- Por el contrario un buen apoyo interpersonal de los compañeros, pero sobre todo de los supervisores, alivia el estrés.
- Los conflictos con un supervisor o con un colega son factores estresantes poderosos. (La Dou, 2005).

3.6.3.- Desarrollo profesional.

Los cambios de trabajo, las promociones, el ascenso de un compañero, ser despedido, son todos factores de alto riesgo.

Los estudios de trabajadores sometidos a pérdidas de empleo, muestran tasas aumentadas de enfermedades mentales, abuso de alcohol y drogas,

una elevación importante de padecimientos como ulcera péptica e hipertensión.

- La promoción es un factor estresante potencial. Las nuevas responsabilidades de un trabajo, sobre todo cuando se requieren habilidades no realizadas con anterioridad, origina angustia y descomposición psicológica. La promoción más allá de las capacidades de una persona tiene posibilidad de inducir trastornos conductuales. Los objetivos profesionales frustrados y la falta de promociones se acompañan de aumento en las tasas de hospitalización por padecimientos mentales. (La Dou, 2005).

3.6.4.- Papel en la organización (del trabajador).

El conflicto de funciones surge cuando dos o más expectativas de competencia hacen que resulte muy difícil la satisfacción simultánea. La ambigüedad en las funciones implica información o guía insuficiente, sobre la cual se basa la toma de decisiones y el comportamiento.

- La ambigüedad de funciones también se presenta como resultado de responsabilidades específicas mal definidas, expectativas no claras de la imagen personal u objetivos organizacionales nebulosos.
- En estas situaciones, la fuente del estrés es la falta de la propia claridad o la incapacidad para evaluar el desempeño propio. Otra forma de provocar estrés relacionado con el trabajo resulta cuando los individuos experimentan discrepancias para cumplir las expectativas. (LaDou, 2005).

3.6.5.- Tareas o asignaciones laborales.

La sobrecarga y subcarga de trabajo, la capacidad para la toma de decisiones, el nivel y el tipo de responsabilidades son aspectos importantes de las tareas pertinentes para el estrés laboral. Se ha implicado a la sobrecarga cuantitativa y cualitativa en los trastornos por estrés.

- En el tipo cuantitativo: el individuo se ve abrumado por la cantidad de trabajo; el nivel funcional esperado es demasiado elevado; ergo (por lo tanto) el trabajo resulta demasiado complicado.
- Una elevada sobrecarga en varios estudios se ha acompañado de coronario- topia (enfermedad de la arteria coronaria) que también tienen relación con el abuso del alcohol y tabaco, pérdida de tiempo laboral, poca motivación y autoimagen deficiente, por ejemplo: los estudiantes de medicina, tienen sobrecarga cualitativa durante sus exámenes (evaluaciones) que les eleva las cifras de colesterol en sangre.(La Dou, 2005).

3.6.6.- Ambiente laboral.

El ambiente físico en el estilo de trabajo, puede llegar a presentar factores estresantes potenciales. La mayor parte de los riesgos ambientales se identifica con efectos específicos de salud, en donde pueden ocasionar pérdida auditiva por exposición de ruido. Las exposiciones físicas, químicas, el hacinamiento y los problemas ergonómicos, funcionan de manera independiente o colectiva como factores estresantes.

La exposición al ruido eleva en forma aguda la presión arterial. Incluso los niveles elevados de ruido aíslan a los trabajadores al impedir la conversación y sofocar otras manifestaciones auditivas de eventos cercanos a ellos. (La Dou, 2005).

- Otras exposiciones físicas son: calor o fríos excesivos, luz o iluminación extrema y la vibración que producen aspectos deletéreos.
- La comodidad física y el medio agradable se correlacionan con buena salud mental.

3.7 Fuentes de Estrés Laboral.

Se han realizado grandes esfuerzos por conocer y comprender cuales son las fuentes de estrés. Esta tarea resulta de gran complejidad debido a que de hecho cualquier acontecimiento o situación puede ser un estresor. Sin embargo conviene que identifiquemos aquellos que con mayor frecuencia se ha comprobado que producen tensión y otras experiencias negativas.

Las condiciones físicas adversas del entorno de trabajo producen entre otros efectos, estrés y fatiga. Los efectos de las condiciones ambientales están en función de su intensidad, cantidad y duración, e influyen en el rendimiento y la salud.

Kornhauser (2005), señalaba la existencia de una relación entre salud mental y condiciones de trabajo desfavorables (trabajar a un ritmo excesivamente rápido, desarrollo de un gran esfuerzo físico, excesivo número de horas, etc.). También la salud física se siente afectada por la realización de un trabajo monótono.

Ciertas características de la tarea, como la sobrecarga de trabajo, tanto cualitativa como cuantitativa, producen al menos nueve síntomas de estrés físico y psicológico:

- Insatisfacción en el trabajo.
- Tensión en el trabajo.
- Descenso en la autoestima.

- Percepción de amenaza.
- Niveles altos de colesterol.
- Incremento en la frecuencia cardíaca.
- Cambios en la textura de la piel.
- Incremento en el consumo de cigarrillos.
- Sensación de desconcierto.

a) Desempeño de roles.-

En la organización son también fuente de estrés, principalmente la ambigüedad y el conflicto de roles. Existe ambigüedad de roles cuando un individuo no dispone de una adecuada información sobre su rol laboral dentro de la organización; es decir, cuando no están expresados con suficiente claridad los objetivos de su trabajo asociados con su papel a desempeñar, las expectativas de los compañeros de trabajo sobre el o la amplitud de sus responsabilidades. (Flores, 1992).

Diferentes estudios han encontrado que los trabajadores con ambigüedad de rol presentan mayor tensión en el trabajo y menor satisfacción y autoestima. Respecto al conflicto de roles, este es producido por las exigencias del trabajo que pueden plantearle problemas.

Se manifiesta sobre todo en las situaciones en las que el individuo se encuentra entre dos grupos cuyas expectativas sobre su rol implican funciones diferentes e incluso contrapuestas. Esto ocurre en puestos limítrofes de la organización (no se sabe muy bien donde están o donde pertenecen) y también en los puestos de mando intermedios y de supervisión. Los sujetos que muestran conflicto de roles suelen sufrir mayor insatisfacción en el trabajo y presentan un mayor riesgo de contraer enfermedades.

b) Falta de participación en la toma de decisiones.-

El escaso apoyo de la dirección de la empresa y la reducción de la autonomía para trabajar son estresores que no afectan por igual a todos los trabajadores, siendo más vulnerables los que ocupan un nivel intermedio en la jerarquía de la organización. Los mandos intermedios están especialmente presionados por la inseguridad en el trabajo, por la falta de autoridad real y por un sentimiento de constricción entre los mandos superiores y los subordinados. (Flores, 1992).

Diversos aspectos relacionados con este desarrollo, sobre todo en la falta de seguridad en el trabajo y la incertidumbre respecto al futuro del trabajador en la empresa, han sido señalados como estresantes. En este sentido, los contratos temporales, el tratamiento diferente a personas que ocupan puestos similares ocasionan tensión.

La falta de equidad se puede deber a una promoción insuficiente, a una promoción excesiva o la toma de conciencia. La percepción de la falta de equidad puede concretarse en los salarios, los beneficios sociales o el grado de aceptación de un individuo en una organización.

c) Pobreza de las relaciones sociales y la falta de apoyo social.-

La interacción entre las personas en el trabajo o fuera de él es fundamental para la coordinación de las diferentes actividades y roles en la organización. Con el paso del tiempo, las relaciones entre las personas de una organización pueden ir más allá de lo puramente laboral, pero lo importante es que las relaciones personales laborales estén marcadas por la colaboración y una actitud positiva; dentro del trabajo y fuera de él, el grupo de amistades, familia, etc., representan un papel importante en el equilibrio social de la persona. (Flores, 1992).

A nadie escapa que en los sistemas complejos se producen tensiones y conflictos, por lo que tener un grupo de personas que proporcionen ayuda en

momentos difíciles es especialmente relevante. La red de apoyo social puede ser interna o externa a la organización. (B.LLor y cols, 1995).

3.8.- Causas y Consecuencias del Estrés Laboral.

3.8.1 Causas del estrés.

- El estrés es un problema de salud laboral de importancia creciente y una causa importante de pérdidas económicas.
- El estrés laboral produce discapacidad psicológica y fisiológica manifiesta, sin embargo, también puede tener manifestaciones más sutiles que afecta el bienestar personal y los resultados de importancia para la organización, como sería la productividad.
- La respuesta al estrés debe verse como una interacción entre factores exacerbantes y modificadores.
- La complejidad del estrés como fenómeno requiere modelos explicativos diferentes a los métodos biomédicos y toxicológicos, usados en otras áreas de medicina laboral (la prevención del estrés laboral se logra creando un ambiente sano en el trabajo).
- La mayor parte de la investigación acerca del estrés se ha llevado a cabo con estudios transversales, aunque en la actualidad se está realizando un número creciente de estudios longitudinales con mayor capacidad para identificar asociaciones causales.
- Importantes factores para la investigación del estrés son considerados como multicausalidad, variables de intervención, secuencia en el tiempo y efectos sobre el trabajador sano.
- La rehabilitación del estrés laboral, debe tomar en cuenta el ambiente en el trabajo y los mecanismos de cada adaptación de la persona.

- Ha aumentado la evidencia sobre lo que indica que la prevención del estrés laboral se logra creando un ambiente sano en el trabajo.
- Podría ser posible vigilar y controlar el estrés en la fuerza laboral identificando las situaciones problemáticas así como los signos clínicos o conductuales tempranos.(La Dou, 2005).

3.8.2.- Consecuencias del estrés.

- Las personas se enferman por las demandas psicosociales de los lugares en donde trabajan.
- Consecuencias humanas y comerciales del estrés en el trabajo, ayudan a reconocer los signos y síntomas organizacionales.
- Efectos organizacionales del estrés: que grado y de qué modo el daño a las personas repercute en la organización
- Ausentismo por enfermedad, los empleados faltan al trabajo por una de dos razones; en realidad se encuentran físicamente enfermos, en cuyo caso "que te alivies y por favor date prisa y regresa" ó simplemente están "simulando".
- El estrés se refiere simplemente a tener una carga excesiva de trabajo.

Los empleados solo se esforzaran por un tiempo en estas situaciones antes de empezar a faltar. Las ausencias cortas frecuentes no ocurren a menudo en personas que están psicológicamente enfermas, aquellas que fácilmente podrán considerarse afectadas "estresadas" y necesitan tiempo para recuperarse.

- La debilidad del sistema inmunitario debido a la citada presencia constante de adrenalina, implica que los trabajadores estresados

están en realidad más susceptibles a la invasión de bacterias y virus.

- Otros padecimientos físicos entre trastornos de la piel, enfermedades músculo esqueléticas y trastornos gastrointestinales.
- Un costo importante directo y creciente para las empresas es el de las demandas legales que presentan contra ellas los empleados que pueden probar la existencia de daños corporales como resultado de la presión en el trabajo (litigios). (William, Cooper, 2004).

3.8.3.- Rotación de personal. (Consecuencias)

- El costo del personal: Viene a ser, el impacto de la pérdida de capital humano o intelectual.

La gran cantidad de experiencia y discernimiento individual que trajeron consigo cada día al lugar de trabajo no puede reproducirse realmente o incluso, de inmediato, en un nuevo miembro del personal.

Cuando los buenos empleados no los toman en cuenta, se está perdiendo capital intelectual.

- Este es un ambiente con grandes presiones: " la presión no tiene que conducir al estrés" (Van, 1976).

Dicha rotación tiene que ver con los cambios de turno, servicios donde se requiere de mayor atención con los usuarios, mayor supervisión, etc. Inclusive la rotación se toma como un castigo a ciertos trabajadores para aislarlos de un entorno mas amigable, entre otros

factores. Lo anterior, puede ser un factor de riesgo para presentar el síndrome.

3.8.4.- Accidentes.

Existe cada vez mayor apreciación que los accidentes suceden con más frecuencia a los empleados que experimentan estrés persistente. (Davis, 1996).

- Importancia de los costos invisibles:

- Baja calidad o productividad

Los niveles de desempleo son por lo general bastante bajos, se ha visto que algunas organizaciones operan en áreas de desempleo elevado donde tener un trabajo diferente no es una opción fácil.

- Es posible que algunas de estas organizaciones también tengan reglas para controlar el absentismo por enfermedades que hacen valer estrictamente con fuertes sanciones para forzar a la gente a acudir a su labor.
- Si las ausencias se controlan de manera demasiado estricta, las personas irán a trabajar cuando no deberían hacerlo. Es decir, limitándose a asistir, pero no en espíritu.
- Son quienes cometen los errores, ponen en peligro la calidad y tienen accidentes
- No toman en cuenta o ignoran el valor de la salud.

3.8.5.- Consecuencias invisibles.

En general esta precedido por varios periodos de ausencias breves

- Las personas que sufren estrés no faltan varios días desde el principio. Pasa cierto tiempo en que son efectivamente invisibles en su lugar de trabajo, dando la apariencia de que están realizando su labor en la medida de sus capacidades. No se nota hasta que se ausentan. Pero antes de que faltaran por enfermedad habían estado hablando con los clientes, tomando decisiones, fabricando el producto.
- La realidad habrá sido que durante este periodo haya sido sumamente improbable que estuvieran haciendo su mejor trabajo. Es probable que nadie se haya dado cuenta. ¿Cuál es el costo para su empresa del efecto acumulativo por un desempeño bajo?
- En las empresas modernas con poco personal se pide que los empleados den todo de sí y también se requiere que piensen, planeen, creen, innoven y que sean encantadores para todos aquellos con quienes tienen contacto.
- Dicho en palabras más sencillas: se necesita que el desempeño de los trabajadores esté a un nivel tan demandante que se garantiza que no se logre lo necesario. (Lemus, 2004).

3.8.6.- ¿Porque ocurre Esto?

- Cuando los empleados se estresan, se vuelven literalmente incapaces de comportarse de un modo que produzca los resultados comerciales que se requieren para competir con éxito.
- Los negocios modernos necesitan una mejora continua en productividad, eficiencia, calidad, servicio al cliente, innovación y

creatividad. Esto implica que los trabajadores estén apoyados y reconocidos por sus gerentes.

3.9.- Satisfacción e Insatisfacción Laboral.

Las teorías de la satisfacción laboral son un fenómeno en el siglo XX, cuando la revolución industrial, consistía en tareas repetitivas en contraste a la tradición de generaciones, considerando la productividad como satisfacción laboral. Puede ser definida como una actitud general del individuo hacia su trabajo. (Carbella, 2004).

Para muchos la satisfacción en el trabajo, es un motivo en si mismo, es decir, el trabajador mantiene una actitud positiva en la organización para poder sentir satisfacción, mientras que para otros es una expresión de una necesidad que puede ser o no satisfecha. La satisfacción en el trabajo esta en función de las medidas percibidas por el individuo entre lo que se cree que debe darle el trabajo y lo que realmente obtiene.

Esta misma tendencia llamada equidad plantea también que esta satisfacción o insatisfacción es un concepto relativo y depende de las comparaciones que haga el individuo en términos de aporte y los resultados obtenidos por otros individuos en su medio de trabajo o marco de referencia. (Schwartz, 2002).

Existen dos tipos de factores motivacionales; un primer grupo, extrínsecos al trabajo mismo, denominados "de higiene o manutención" entre los que podrían enumerar, el tipo de supervisión, las remuneraciones, las relaciones humanas y las condiciones físicas de trabajo, y un segundo grupo, intrínsecos al trabajo, denominados "motivadores" entre los que se distinguen: Posibilidades de logro personal, promoción, reconocimiento y trabajo interesante.

Los primeros son factores que producen efectos negativos en el trabajo si no son satisfechos, pero su satisfacción no asegura que el trabajador modifique su comportamiento. En cambio, los segundos son factores cuya satisfacción si motivan al trabajador a desplegar un mayor esfuerzo.

También podría definirse como la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, dicha actitud esta basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla. Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que "deberían ser". Generalmente las tres clases de características del empleado que afectan las percepciones del "debería ser" (lo que desea un empleado). (Cebria 2004)

- a) Supervisión recibida
- b) Compañeros del trabajo
- c) Políticas de la empresa.

La satisfacción laboral esta relacionada al clima organizacional de la empresa y al desempeño laboral. De acuerdo a los hallazgos encontrados por (Robbins, 1998), considera que los principales factores que determinan la satisfacción laboral son:

- Reto del trabajo
- Sistema de recompensas justas
- Condiciones favorables de trabajo
- Colegas que brinden apoyo.

3.9.1.- Insatisfacción laboral.

Podemos definir la insatisfacción laboral como una respuesta negativa del trabajador hacia su propio trabajo. Esta respuesta negativa o rechazo dependerá, en gran medida, de las condiciones laborales y de la

personalidad. En donde hace referencia al estado de intranquilidad, de ansiedad o incluso depresivo al que puede llegar una persona que se encuentra insatisfecha laboralmente. (Mira, Villater, Buil, 2004).

La insatisfacción produce una deficiencia organizacional, puede expresarse además a través de las conductas de negligencia, agresión o retiro. La frustración que siente un empleado insatisfecho puede conducirle a una conducta agresiva la cual puede manifestarse por sabotaje, maledicencia o agresión directa. Finalmente podemos señalar que las conductas generadas por la insatisfacción laboral pueden enmarcarse en dos ejes principales: activo – pasivo, destructivo – constructivo de acuerdo a su situación (Robbins, 1998).

- En algunos casos, supone una fuente de satisfacciones donde las personas encuentran cubiertas sus expectativas o deseos de prosperar y a través del cual logran independencia. Sin embargo, en otros muchos casos, es una fuente continua de insatisfacciones donde los trabajadores ven mermadas sus posibilidades de expansión o sus deseos profesionales, se encuentran ante un horario incompatible con la vida familiar, unas condiciones desfavorables o un trato hostil por compañeros o jefes. Es decir, una serie de aspectos o características que hace que la persona se sienta insatisfecha profesionalmente. (Alava, 1984).

3.9.2.- Causas Principales de la Insatisfacción Laboral.

Hay una serie de factores que afectan negativamente a los trabajadores y que pueden llegar a producir una profunda insatisfacción y deseos de abandonar o cambiar de trabajo. (De la Fuente, L. 2005).

- Salario bajo.
- Las malas relaciones con los compañeros o jefes. En ocasiones, la mala relación suele ser causada por celos, envidias o recelos profesionales, o bien por comportamientos excesivamente pasivos o competitivos por parte de alguno de los compañeros. Y que pueden hacer que las personas sientan deseos de abandonar su empleo.
- En el caso de los jefes, suele deberse a una actitud prepotente y desconsiderada del jefe hacia sus subordinados o por excesivas exigencias o cumplimientos de funciones que no le competen al trabajador. Incluso por celos profesionales y envidias que hacen que consideren a ciertos empleados como una amenaza que podría sustituirles en su jefatura.
- Escasa o nulas posibilidades de promoción. Cuando una persona ambiciosa con aspiraciones profesionales está estancada en su puesto de trabajo y observa cómo pasa el tiempo y, no prospera ni asciende de categoría, se sentirá apática e insatisfecha ante su trabajo, pues no consigue lo que esperaba. Se produce un desequilibrio entre lo que ella esperaba y lo que ha obtenido realmente.
- Personas inseguras. Personas que poseen poca confianza en sí mismas, en sus habilidades y aptitudes para desempeñar un trabajo. Sienten que son incapaces de realizarlo correctamente o de adaptarse al entorno laboral, esto les provoca temor.
- Dificultad para adaptarse al ambiente laboral. Hay trabajadores poco pacientes o constantes, que continuamente están cambiando de empleo porque se cansan o aburren de su trabajo con rapidez ó porque desean alcanzar objetivos profesionales en un corto espacio de tiempo. Se sienten continuamente insatisfechos y necesitan cambiar. (Flores, 1992).
- Malas condiciones laborales. La insatisfacción laboral también puede ser consecuencia de las políticas de empresa, del entorno

físico o de un empleo precario.

- Circunstancias personales y laborales. Aspectos como la experiencia laboral, la edad, el sexo, el nivel de estudios, cultura o preparación, son factores que determinan el tipo de empleo que podemos desarrollar, por lo que un empleo por debajo de la preparación o experiencia que tenga una persona le causará cierta insatisfacción profesional.
- Igualmente ocurrirá en aquellas personas que no puedan dedicar suficiente tiempo a su familia y sus circunstancias familiares así lo requieran, como es el caso de trabajadores con hijos pequeños o con otras cargas familiares.

3.9.3.- Consecuencias de la Insatisfacción Laboral.

La insatisfacción laboral puede afectar al rendimiento de los trabajadores en caso extremo. El trabajador puede llegar a desarrollar un trastorno tanto físico como emocional, repercutiendo en la empresa u organización. (García, Ovejero, 2000).

3.10.- Estrés y Salud en Enfermería.

En el ámbito científico de la salud actual, existe una gran preocupación por los efectos negativos que el clima laboral tiene en los profesionales de salud, y sus consecuencias en los pacientes a los que atienden (Johnson, 1979). En la bibliografía especializada de los últimos años, se exponen resultados de investigación y evaluación en el campo de salud y en particular en la enfermería (Hingley *et al* 1986; Hingley, 1986; Owen, 1986; Steptoe-Vogele, 1986; Holland, 1987; Payne, 1987; Payne- Firth y Cozens, 1987; Mcneil y Weisz, 1987; Spoth y Konewko, 1987) lo que no ocurre en nuestro contexto sociocultural. (Pando, Bermúdez, Aranda, Pérez, 2000).

Los problemas en el trabajo pueden manifestarse en ausentismo, huelgas, abandono del puesto de trabajo, del empleo, movilidad de un puesto a otro, jubilación anticipada, etc., pero también como en problemas de salud y bajas laborales por enfermedad. (Kittleson, 1996).

Desde la psicología de la salud (Follick *et al*, 1987), el estrés interesa en cuanto que favorece la aparición o el mantenimiento de los mecanismos que llevan a presentar enfermedades, ya sea orgánicas (Kasl, Cooper, 1987), o psicosociales manifestadas en accidentes, ausentismo, movilidad y descenso de la calidad y cantidad del trabajo realizado (Leventhal, Tomarken, 1987).

El ejercicio de la profesión de enfermería lleva consigo gran responsabilidad sobre la vida, la salud y el cuidado de otras personas. El trato diario con los pacientes, es uno de los determinantes más destacados del síndrome de desgaste (Maslach, 1978), y este síndrome se relaciona con la aparición de síntomas o molestias orgánicas (Freudenberger, 1974). Existen también importantes problemas de conductas no saludables como lo muestra el que estos profesionales sean más vulnerables que otros al presentar trastornos afectivos como la depresión (Krakowski, 1982). Pero parece necesario ocuparse de la salud de los profesionales de enfermería dentro del interés por su salud. (Kittleson, 1996).

3.11.- Estrés Ocupacional En Enfermería.

El término estrés se emplea, generalmente, refiriéndose a tensión nerviosa, emocional o bien como agente causal de dicha tensión, el estrés se ha concebido en ocasiones como respuesta general inespecífica (Selye, 1974), como acontecimiento (Holmes, Rahe, 1967), o como transacción cognitiva persona-ambiente (Lazarus, Folkman, 1984).

Actualmente, predomina un enfoque transaccional del estrés, tanto en el ámbito general como en el laboral. En este contexto, el estrés sería parte de

un sistema de transacción complejo y dinámico, entre la persona y su entorno. (Wexley, Yuki, 1990).

El estrés, sus causas, su afrontamiento y consecuencias están determinados tanto por la personalidad del sujeto, así como por la estructura cognitiva individual, es decir, por su proceso de pensamiento (Stephoe y Vögele, 1986), así como la capacidad de resistencia («Hardiness») (Mcgraine *et al* 1987), la propia personalidad en su historia (Cross y Kelly, 1984), y por ende de los eventos circunstanciales que tuvo en su proceso de crecimiento y desarrollo.

Nosotros definimos el estrés con Lazarus como «una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar» (Lazarus y Folkman, 1984). En los últimos 20 años, ha habido un creciente reconocimiento de la importancia del estrés en profesionales relacionados con la atención sanitaria a la población.

Muchos de los estudios realizados se han ocupado del descubrimiento y evaluación de los estresores que afectan al personal de Enfermería, bien aquellos derivados del rol de Enfermería (Egeland y Brown, 1988; Alexander, 1984; Pearlin, 1983; Vredenburg y Trinkaus, 1983), conflicto y ambigüedad de rol (Fain, 1987), y reacciones afectivas a los estresores de rol (Parasuraman y Clee, 1984), o bien aquellos derivados de condiciones deficientes de trabajo (Hingley y Cooper, 1986; Dewe, 1987; Huey y Hartley, 1988; Kooker, 1987) o estresores laborales específicos del desarrollo cotidiano de la profesión (Reig y Caruana, 1987a, 1987b, 1988, 1989c; Reig, 1986; Ribera, 1987; Caruana, 1990; Leff & Leff, 1987; Coffey *et al* 1988, Cross & Fallon, 1985; Leatt y Schneck, 1980; Hagemaster, 1983; Linder y Pelz *et al* 1986; Cooper, 1983; mcgraine *et al*, 1987; mcgrath *et al*, 1989; nichols, 1981; parasuraman & Hansen, 1987; Rosenthal *et al*, 1989; Stewart *et al*, 1982; Oskins, 1979; Topf, 1989; West *et al* 1984, Decker, 1985; Adey, 1987; Anderson y Basteyns, 1981) y frecuencia de los mismos (Mira, Buil, Vitaller, 2004).

La exposición crónica a los estresores laborales puede llevar a los profesionales de Enfermería a sufrir un síndrome de desgaste «Burnout», término inicialmente acuñado por Freudenberg en 1974 y posteriormente Conceptualizado y definido como un síndrome. (Maslach y Jackson, 1996).

Para estos autores, el desgaste es un síndrome caracterizado por tres dimensiones (referido al vacío de recursos personales junto con la sensación de que uno ya no tiene nada que ofrecer física y psicológicamente a los demás), como desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas con quienes se trabaja, que en este caso serían los pacientes y los compañeros y/o percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales, y supone una auto-calificación negativa. (Cooper, 1996).

A partir de esta conceptualización del desgaste profesional, se han realizado múltiples estudios (Maslach y Pines, 1977; Hingley y Harris, 1986; Brookings *et al*, 1985; Bartz y Maloney, 1986; Beaver *et al*, 1986; Ceslowitz, 1989), tanto para precisar su contenido como para buscar las causas, determinar indicadores y predictores y prevenir tal desgaste en el ámbito de la profesión de Enfermería. Las principales causas del desgaste profesional o «Burnout», pueden ser tanto laborales como extra laborales. (Hidalgo, Díaz, 2004).

Se han encontrado relaciones importantes entre «Burnout» profesional y rol del cliente (Maslach, 1978), depresión profesional (Firth *et al* 1986 y 1987), sexo y cultura (Etzion y Pines, 1986), satisfacción en el trabajo (Randal y Scott, 1988; Dolan, 1987; Mcdermott, 1984) y otras.

Del mismo modo que cuando se estudia el estrés, el síndrome de desgaste presenta relaciones diferenciales y específicas en función de los servicios en que las enfermeras/os desarrollan su trabajo. Por ejemplo, con pacientes cardíacos (Graboyes, 1986), unidades especiales (Bailey *et al*, 1980) y Enfermería psiquiátrica (Aragónés, Labad, Pino, 2005).

Respecto a los predictores más potentes de «Burnout» hallados en la reciente investigación, según (Pando, 2000), destacan:

- Las relaciones interpersonales en el trabajo
- La insatisfacción con su rol
- Experimentar altos niveles de estrés en el trabajo
- Sentimientos de apatía y claudicación
- Recibir apoyo inadecuado.

Según el estudio de Yasko (1983), quién identificó estos predictores de desgaste o «Burnout» en un análisis de regresión, y que explicaban el 51.3% de la varianza del nivel de desgaste de las enfermeras. Por su parte Seuntjens. (1982), insistía en la necesidad de prevención en Enfermería del síndrome de desgaste, ya que éste hace perder sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia sus pacientes a quienes pueden dirigirse con una actitud deshumanizada y clínica. (Jiménez, 2005).

Uno de los problemas asociados directamente a las consecuencias del estrés, es el afrontamiento personal al mismo. Dewe. (1987) y Ckelly y Ross (1985), han tratado el tema general, así como el afrontamiento diferencial y la necesidad de preparación para el mismo (cross & Kelly, 1983). Muy frecuentemente, el estrés en enfermería se afronta inadecuadamente, bien con ausentismo laboral (Cohen- Mansfield y Rosenthal, 1989), con algunos problemas de salud mental, muy particularmente depresiones (Parkes, 1987), utilizando recursos químicos y/o farmacológicos (Firth y Cozens, 1987), presentando fuertes hábitos tabáquicos (Sancho & Zarza, 1980; Castillo *et al*, 1990; Adams *et al*, 1986; Cantin y Mitchell, 1989 ; Sawz-Saenz - torre *et al*, 1988), o con «Burnout» tal como se ha mencionado anteriormente. (Aragonés, 2005).

3.12.- Estrés e Insatisfacción Profesional En Enfermería.

En cuanto a la relación entre el estrés ocupacional y la insatisfacción laboral, son dos conceptos estudiados frecuentemente y relacionados positivamente, es decir, a mayor estrés mayor insatisfacción y a menor estrés mayor satisfacción (Packard y Motowidlo, 1987); (McLaine y Murrell, 1988); (Cohen y Mansfield, 1989); (Blegen y Mueller, 1987); (Bruhn *et al*, 1980); (Slavitt *et al*, 1978); (Carmel *et al*, 1988); (hale, 1986); (Harvey y Hannah, 1986). A veces, ambos, estrés e insatisfacción, se han relacionado con síntomas psicológicos indeseables (Baruch, Brandolo, Ben, 2002).

Sin embargo, los profesionales de enfermería en general se suelen mostrar satisfechos con los aspectos intrínsecos de su trabajo. Concretamente con la atención a los pacientes (Ribera *et al*, 1987); (Hingley-Cooper, 1986-1987); (Hale, 1986, Nichols, 1981) en este aspecto, la satisfacción deriva en parte de la filosofía del cuidado (Reed, 1988), de la autoimagen profesional (Shohan y Yakubovich, 1989) y de la productividad percibida (Kramer y Hafner, 1989), siendo las causas de insatisfacción similares a las de estrés excesivo y desgaste, como las más destacadas, la falta de autonomía, control (mcgrath *et al*, 1989), la sobrecarga de trabajo (Cohenmansfield y Rosenthal, 1989), sin olvidar las diferencias de estrés/insatisfacción ocasionadas al personal de enfermería según los servicios en los que desarrolla su trabajo (De Pablo, Suberviola, 1998).

Consecuencias importantes de la insatisfacción, serían además de las citadas al hablar del estrés y desgaste, el abandono de la profesión (Nichols *et al*, 1981), el ausentismo laboral (Cohen-Mansfield-Rosenthal, 1989; Graytoft y Anderson, 1985), la enfermedad física o psicológica (Leventhal y Tomarken, 1987), el cambio de trabajo (Hingley & Cooper, 1986), las alteraciones de estados de ánimo (Hollingworth *et al*, 1988) y los problemas de salud (Reig y Caruana, 1989, b). Dolan (1987) encontró que la insatisfacción laboral era un indicador fiable de «Burnout» y Hare *et al*

(1988), que los problemas en las relaciones interpersonales predecían con fiabilidad el desgaste. (Martínez, 2003).

Se sabe también, que el abandono del puesto de trabajo, es uno de los principales problemas en enfermería, tanto en términos de costos económicos como en capacidad de atender a los pacientes y en la calidad de la atención a los mismos (Cavanaugh, 1989). Concretamente, la baja por enfermedad o incapacidad laboral transitoria puede ser en muchos casos una justificada forma de abandono del trabajo, originada por desgaste psicológico. (Aragónés, 2005).

3.13.- Salud Y Factores de Riesgo en el Trabajo.

3.13.1.- Salud y trabajo.

El trabajo y la salud son dos aspectos estrechamente relacionados: el trabajo nos permite desarrollar nuestras capacidades físicas e intelectuales, aunque también constituye una fuente de riesgo para nuestra salud. La salud en el trabajo se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las facultades, las necesidades, las expectativas del trabajador, las exigencias y oportunidades del entorno. (Manassero, 2000).

Por tanto, la política de prevención de los factores perjudiciales para la salud de los trabajadores debe tender hacia un mejor conocimiento de las necesidades esenciales: a crear un ambiente de trabajo sano y a adaptar el trabajo a las capacidades y necesidades de cada trabajador, para favorecer un óptimo estado físico y mental en relación con el trabajo; se incluye la gran variedad de factores ligados a la propia tarea que realiza el trabajador, a los medios que utiliza y a la organización. (Esteva, Larraz, Jiménez, 2006).

a) Condiciones de trabajo

Se puede entender como el conjunto de variables, que definen la realización de una tarea en un entorno, influyendo en la salud de la persona en su aspecto físico, psíquico y social.

b) Patología laboral

Es el conjunto de las enfermedades y trastornos que se pueden producir en las personas debido a las características del trabajo, tanto en lo que se refiere al ambiente como a técnicas o procedimientos empleados.

c) Riesgo profesional

Se define como la posibilidad de daño a las personas o bienes como consecuencia de las circunstancias o condiciones de trabajo. Los distintos factores de riesgo de la situación laboral pueden provocar cambios psíquicos y de comportamiento (ansiedad, depresión, irritabilidad, aumento de consumo de alcohol, tabaco, etc.) y trastornos físicos o psicosomáticos (dolores de cabeza, dolores de espalda, hipertensión, problemas digestivos, etc.) (Llor, cols. 1995)

3.14.- Síndrome De Burnout.

El término Burnout se tomo de la industria aeroespacial que significa agotamiento del carburante de un cohete, como resultado del calentamiento obsesivo, la traducción literal de este término es estar "quemado" "Burnout o también llamado "Síndrome de Tomas", lleva su nombre por el personaje de la novela "La Insoportable Levedad Del Ser" (del director Checo Kundera) donde el protagonista Tomas era un individuo que había perdido su autoestima, su actitud evidenciaba desánimo, tedio en la labor diaria y ausencia de expectativas de mejoría. (Lezano, Díaz, 2003.

"El Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un

tiempo prolongado. El Síndrome del Burnout es definido como un proceso caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés, consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados a las denominadas profesiones de servicios". (Lezano, 2003).

3.14.1.- Antecedentes De La Problemática

A pesar de que el Síndrome de Burnout (stress laboral), constituye una etapa final en la que el individuo queda en una situación de agotamiento de los propios recursos, este padecimiento tiene características propias que lo diferencian cualitativamente de un stress laboral agravado.

Recién en la década del 70 comenzaron a construirse modelos teóricos e instrumentos capaces de registrar este sentimiento crónico de desánimo, de apatía, de despersonalización. La primera constatación: se trata de un problema, un síndrome que afecta principalmente a los trabajadores encargados de cuidar. Burnout fue el nombre escogido. Es un síndrome a través del cual el trabajador pierde el sentido de su relación con el trabajo, de modo que las cosas ya no le importan más y cualquier esfuerzo le parece inútil. (Pines, 2002).

3.14.2.- Desarrollo Teórico del Síndrome.

Se trata de un síndrome clínico descubierto en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra que trabaja en una clínica para toxicómanos en NY, este término alude a la idea de quemar, arder o consumirse que sufren los que están superados por las situaciones que deben enfrentar. Las "victimas" suelen ser personas con actitudes de hiper responsabilidad y que en las organizaciones de trabajo cumplen funciones para tapar falencias o agujeros.

El Burnout es una patología severa que suele derivarse de stress laboral. Es un cuadro crónico en el que se experimenta agotamiento emocional, falta de realización y una despersonalización. (Pines, 2002).

- **Agotamiento emocional:** cuando aparece una disminución y/ o pérdida de los recursos emocionales.
- **Despersonalización o deshumanización:** cuando aparecen actitudes negativas, de insensibilidad.
- **Falta De Realización Personal:** suele evaluarse al trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

3.14.3.- Características Generales del Síndrome de Burnout.

Existen algunas características, referentes al síndrome, que se presentan de diferente forma (Ojajarvi, 2005), como son:

De Forma Brusca:

Aparece de un día para otro, lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta que punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional, y donde está el límite entre una cosa y la otra.

Negación: se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.

Fase Irreversible: entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome resulta irreversible. Por lo tanto, es importante la prevención. Normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del Burnout es muy delgada. (Rodríguez, Blanco, Issas, omero, Ganoso, 2005).

3.14.4.- Factores Causales Del Síndrome De Burnout.

Este síndrome se presenta como una respuesta a corto plazo que vive el individuo cuando tiene que enfrentarse a sus propios límites y a los de los otros (pacientes, organización, compañeros, etc.). Esta dificultad lleva al agotamiento en un intento fracasado de esforzarse constantemente en corregir un cierto desequilibrio, sobre todo cuando el profesional no es el único responsable de esta realidad. (Gil-Monte, 2009).

Esta respuesta al estrés laboral, no aparecería de manera homogénea en los profesionales, en cuanto al proceso de instauración de los síntomas ni en el tiempo de su aparición. Para que el síndrome se produzca es necesaria la interacción entre las respuestas individuales. (Rodríguez, 2005).

Desde una perspectiva psicosocial, quemarse por el trabajo es un síndrome cuyos síntomas son bajos niveles de realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización (Maslach y Jackson 1981). La falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales y de forma especial, esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden (pacientes y familiares).

Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. Por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de si mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La despersonalización puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo. (Hidalgo, Díaz, 2004).

3.14.5.- Los Efectos Del Burnout.

Afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por Empatía. Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de la tareas que se realizan. (Gil-Monte, Peiro, 1997).

3.14.6.- Los Síntomas Observados Del Síndrome De Burnout.

Pueden evidenciarse como:

1. **Físicos:** fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, impotencia, gastrointestinales, etc.
2. **Emocionales:** irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.
3. **Conductuales:** agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etc.
4. **Relacionados con el trabajo:** absentismo, falta de rendimiento, robos, etc.
5. **Interpersonales:** pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar. Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó en producir la recompensa esperada. La progresiva pérdida del idealismo, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales son el resultado de sus condiciones de trabajo. (Roman, 2003).

El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples

intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas. La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa (Ojajarvi, 2005), pudiendo ser:

- Leves
- Moderados
- Graves
- Extremos.

3.14.7.- Evolución Natural De La Enfermedad Por El Síndrome De Burnout.

Podemos establecer cuatro estadios de evolución de la enfermedad aunque estos no siempre están bien definidos:

Forma leve: los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), el afectado se vuelve poco operativo.

Forma moderada: aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la auto-medicación.

Forma grave: mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.

Forma extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

El diagnóstico se establece a través de la presencia de la tríada sintomatológica constituida por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, elementos que pueden ser puestos en evidencia por diferentes tests, uno de ellos es el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory). (Maslach, Jackson, 1996).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el síndrome depresivo, el síndrome de fatiga crónica y los sucesos de crisis. Dicha escala (1986) es el método de medición más utilizado. Mide los tres aspectos del Burnout: *cansancio emocional, despersonalización y realización personal*. (Bernardo, 1997). Se trata de un cuestionario auto aplicable y tiene una fiabilidad cercana al 0.9. Es auto administrado, lo constituyen 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo.

3.14.8.- Manejo Del Síndrome de Burnout.

El manejo de este síndrome, según Gómez Sancho y Bondjale Oko, opera en varios niveles:

3.14.8.1.- Gestión Individual.

Trabajar mejor en vez de más; realizar pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresante y más eficiente. Maslach recomienda una serie de estrategias que pueden ser útiles:

- Establecer objetivos realistas, conseguir cosas factibles y realistas, teniendo en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones.
- Realizar lo mismo de forma diferente, intentar huir de la rutina, ya que esto proporciona psicológicamente un mayor sentido de autonomía y de libertad personal.
- Hacer una pausa, ya que es la oportunidad de darse un respiro o de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una pregunta impertinente.
- Tomar las cosas con más distancia, ya que el agotamiento emocional aumenta cuando se implica demasiado con la gente, tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse el trabajo a casa, ni en las manos ni en la cabeza.

Cuidarse a uno mismo además de a los otros: (Maslach, Jackson, 1996).

- Acentuar los aspectos positivos, pensar en los éxitos y gratificaciones personales que obtenemos de nuestro trabajo, así contrarrestaremos las frustraciones y los fracasos.
- Conocerse a sí mismo, analizar nuestras propias reacciones y reflexionar sobre el por qué de tales reacciones. El autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, ya que esto será un paso hacia el crecimiento personal.
- Reposo y relajación, ya que la aparición del stress significa que existe una sobrecarga y será preciso identificar y tratar su causa.
- Establecer las fronteras, diferenciando lo que es el trabajo y lo que es el hogar.
- Mantener la vida privada, ya que muchos obtienen una descarga de su tensión con amigos o con una pareja comprensiva. Es importante también tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre y nos ayuden a olvidar el trabajo.
- Cambiar de trabajo, aunque sería la última alternativa, aunque se trata de una decisión que hay que meditar llegado el momento.

3.14.8.2.- Gestión Social.

En la mayoría de los casos de agotamiento, un buen apoyo es la pareja, los compañeros y los amigos, ya que es una ayuda en la reducción de la tensión emocional o ayudándonos a afrontar la situación de forma distinta. (Alonso, 2002).

3.14.8.3.- Gestión Institucional.

Esto depende de las instituciones, más que del propio personal. A veces es muy difícil que las instituciones puedan ser muy conservadoras, además de ser los responsables directos de estos cambios. Sin embargo, se consiguen cosas, por lo que hay que poner el esfuerzo en ello. Con más medios, con más recursos humanos, se reduciría el riesgo de llegar a una situación de Burnout, pero como esto no es fácil de conseguir habrá que utilizar y analizar la manera de mejorar los recursos disponibles (Van, 1976):

- División del trabajo, que el personal realice diferentes trabajos de vez en cuando, aún en el mismo sector. Esto cambia el hábito y rompe la rutina.
- Limitar la contaminación del tiempo libre.
- Tomarse periodos de descanso.
- Tipo de relación del personal con sus superiores. La incidencia del Burnout es menor en los trabajadores que tienen buenas relaciones laborales con reconocimiento.
- Análisis de casos puntuales. Aunque se dan consejos generales, en ocasiones es bueno analizar en cada situación individual los factores que en un momento dado pueden provocar un exceso de estrés.
- Otras posibilidades son discutir en equipo los casos difíciles, dar más apoyo o recompensas particulares a los profesionales, promover y favorecer la formación profesional continuada.

3.14.8.4.- Prevención.

Según Maslach, las estrategias anteriormente citadas para el manejo de este síndrome pueden y deben ser utilizadas para su prevención. A este síndrome se le puede hacer frente más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido, ya que en las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto. (Ruiz, 1999).

Por lo que, amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el Burnout y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros.

En España la necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo se justifica también por razones jurídicas. La Directiva Marco de Unión Europea en materia de Salud y Seguridad (89/391/CEE) y la normativa comunitaria en materia de prevención de riesgos laborales ha sido llevada a cabo en España mediante la aprobación de la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, del 8 de noviembre B. O. E 10-11-1995), aplicable en todo el ámbito del Estado.

Los problemas psicosociales del entorno laboral susceptibles de originar la aparición del estrés laboral y de sus patologías asociadas, han permitido que el síndrome de quemarse por el trabajo, haya sido considerado accidente de trabajo en España.

El auto dictado por La Sala de lo Social del tribunal Supremo de fecha 26 de Octubre del 2000 (recurso núm.: 4379/1999) así lo reconoce: al igual que el fayo del juzgado de lo Social n1 3 de Vitoria-Gasteiz (autos n1 14/02, de fecha 27 de Marzo de 2002).

Las razones jurídicas también pueden encontrarse en Brasil, pues la legislación que regula las prestaciones por accidente laboral reconoce explícitamente que el Síndrome de quemarse por el trabajo es una patología susceptible de ser originada por agentes o por factores de riesgo de naturaleza ocupacional relacionados con la etiología de enfermedades profesionales (Decreto n1, 3.048, de 6 de mayo de 1999).

3.14.8.5.- Afrontamiento.

El síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales (afrontamiento activo, evitación...) y se comporta como variable medidora entre el estrés percibido y sus consecuencias (Gil-Monte y Peiró, 2002).

Los estresores laborales se enlistan en una serie de estrategias de afrontamiento que, en el caso de los profesionales de enfermería, deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los sujetos deben tratar diariamente con esa fuente de estrés.

Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan al fracaso profesional y deterioro de las relaciones interpersonales con los pacientes y con sus familiares. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento personal. Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de personalización como nueva forma de afrontamiento.

De otra forma, si el sujeto no puede afrontar eficazmente los estresores, bien a través de estrategias activas, de estrategias centradas en la emoción, o de cualquier otro tipo que no puede evitar esos estresores (pues ha de acudir diariamente al trabajo donde siempre encuentra problemas similares) desarrolla sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal y posteriormente actitudes de despersonalización.

La despersonalización no es una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés. Es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo para que los sujetos la adopten. Ahora bien, en las actitudes de despersonalización hay que diferenciar dos aspectos. (Gil-Monte, Peiró, 2002).

El primero de ellos, de carácter funcional, le posibilita al profesional no implicarse en los problemas del usuario, y por lo tanto realizar sobre este todo tipo de acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos. El segundo aspecto tendría un carácter disfuncional y comprende aquellas conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio.

Se identifican, al menos, dos patrones en el desarrollo del síndrome. Un patrón, digamos tipo A, en el que los profesionales desarrollan despersonalización, y esta estrategia de afrontamiento resulta eficiente que no eficaz para manejar el estrés laboral. (Fernández, 2002).

De esta manera los profesionales de enfermería se pueden adaptar en el entorno laboral, y aunque no desaparezcan las fuentes de estrés pueden convivir con ellas. No obstante la calidad de su trabajo sería deficiente debido a esa respuesta de despersonalización que resulta disfuncional para los pacientes y para la propia organización. (Hidalgo, Díaz, 2004).

Junto con este patrón otros profesionales (Patrón B) debido a consideraciones éticas o normativas derivadas de las prescripciones de rol y de otras variables psicosociales (orientación comunal, al turismo) desarrollaran sentimientos de culpa como consecuencia de las actitudes y sentimientos de despersonalización.

Esos sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su culpabilidad (Baumeister, Stillwell y Heatherton, 1994). Pero como las condiciones del entorno laboral no cambian solo cambian los pacientes que presentan idénticos problemas, disminuirá la realización personal en el trabajo, y aumentaran los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. (Gil-Monte et al., 2009).

3.15.- Técnicas de Relajación.

3.15.1.- Visualización.

Dentro de las técnicas de visualización, quizás la más conocida es la "visualización creativa". Con esta técnica, aprendemos a crear una situación en nuestra mente, de la forma que deseamos que se manifieste en la realidad.

¿Qué es la visualización creativa? La visualización creativa es la técnica de utilizar la propia imaginación para crear lo que se desea en la vida. La visualización creativa es aquella en la que creamos una realidad subjetiva, que no hemos vivido antes.

Existe la realidad objetiva, que es la que sucede en nuestro ámbito externo: las condiciones y estímulos que nos llegan a través de nuestros cinco sentidos y la realidad subjetiva, que es la que se da únicamente dentro de nosotros mismos.

Es la realidad subjetiva la que rige nuestra conducta, es decir, la realidad que sucede dentro de nosotros. La explicación de este fenómeno reside en que nuestro cerebro no distingue entre un acontecimiento real y un acontecimiento imaginado. Esto queda demostrado en el magnífico libro "Psico Cibernética", del Dr. Maxwell Maltz (Editorial Open Project Books).

Maltz explica cómo funciona el cerebro: científicamente, el cerebro es nuestro "ordenador central". Controla todas las funciones del cuerpo, tanto las conscientes (caminar, correr, leer) como las inconscientes (la respiración, los latidos del corazón, la digestión, etc.). Cuando sucede algo, el cerebro da las órdenes pertinentes al cuerpo para responder adecuadamente a lo que está sucediendo: segregar adrenalina, salir corriendo...

Esto pasa tanto cuando el suceso es objetivo como subjetivo: cuando imaginamos que algo va mal, el cerebro ordena al cuerpo la respuesta

adecuada. Es por esto, por ejemplo, por lo que el estrés nos afecta tanto. Se calcula que el 90% de las consultas médicas en Estados Unidos están relacionadas con el estrés. (Marín, 2005).

Pero más allá de una respuesta física, el cerebro programa una respuesta psicológica. De acuerdo con la información que tiene, el cerebro programa una pauta de conducta: nos comportamos de una manera o de otra, según sea el caso y, según como nos comportamos, obtenemos los resultados que deseamos o los que no queremos.

Esa es la importancia y el "secreto" de la visualización: al crear una realidad subjetiva, el cerebro programa la pauta de conducta adecuada, y esta pauta nos lleva a los resultados. De nosotros depende que esta realidad que creemos sea la correcta o la que más nos beneficie. Si tenemos una visualización creativa de salud, prosperidad, energía o felicidad, es lo que obtendremos. Crearemos nuestra realidad futura. Es frecuente encontrar la relajación y la visualización unidas en una técnica única. Y esto es especialmente útil para personas que tienen facilidad para "ver mentalmente" y en cambio, les cuesta relajarse por otros métodos.

La naturaleza de la mente es pensar. A través de la visualización sólo "guiamos" nuestra mente hacia un tipo de pensamientos determinados que elegimos. Digamos que ocupamos la mente en recrear una imagen que puede ser "nueva" o no (como cuando traemos a la mente un recuerdo de algo que hayamos vivido). En la visualización, no solamente utilizamos la facultad de la mente de recrear situaciones como en una pantalla de cine, sino su capacidad de reproducir las emociones que acompañan a esas imágenes, en un plano físico. En otras palabras, creamos una imagen y experimentamos las emociones que producen esas imágenes en nuestro cuerpo.

Una sesión de meditación empieza por relajar el cuerpo y la mente. A veces puede incluir algún tipo de visualización preparatoria, pero meditar no es sólo

relajarse o visualizar. Aquí no hay solo "descanso", ni sólo imágenes placenteras. Y tampoco necesariamente hay experiencias místicas. Como en todos los quehaceres de la vida también hay una forma religiosa, espiritual, mística de entender la meditación. Pero no es inherente a ella. Los actos en sí mismos no tienen tendencias ni simpatías.

Una persona profundamente religiosa, experimentará y plasmará su rito en cada acto de su vida: desde comer a trabajar. Una persona agnóstica, por el contrario, no verá en comer o trabajar más que una actividad de las muchas que componen sus días. En la meditación suceden muchas cosas, algunas agradables y otras menos, pero no son el objeto de la meditación. La meditación busca, con diferentes "métodos":

1. que aprendas a enfocar la atención en algo que se decida de antemano (sea un punto, un objeto, un sonido, una actividad como respirar, una idea, una cualidad, etc.),
2. aprender a hacerlo como una observadora neutral, sin involucrarse con las emociones que se puedan producir en cada momento.
3. que mientras se concentran en hacerlo, la parte no-conciente de la mente, libre de perturbaciones, "haga su trabajo".

Cuando menos se da uno cuenta del imponente poderío que supone aprender a centrar la mente en lo que se desea y a mantener bajo control tus emociones... La mayoría de nuestros fallos más escandalosos se han debido a alguna de estas dos causas y a veces a las dos a un tiempo. Sólo por esto, vale la pena ponerse a ello lo antes posible.

Este experimento consiste en visualizar:

Durante toda la noche elige un lugar en donde nadie te moleste y dedica 15 minutos a visualizarte alcanzando esa meta principal o ese sueño que tienes, imagina que estas ahí en ese lugar, que te están

felicitando por tu logro ¿Qué personas estarían contigo? ¿Qué te estarían diciendo? ¿Cómo te sentirías? ¿Qué palabras dirías? ¿Cómo estarías vestido? ¿Qué olor (es) percibes? ¿Que ves? ¿Cómo es la luz a esa hora del día? Felicítate por haber llevado a cabo tu logro y dale gracias a Dios por haberte ayudado a lograrlo y da por terminado tu ejercicio.

Nota: Es recomendable hacer este ejercicio durante todas las noches hasta que se cumpla tu meta, además de visualizar debes estar alerta y aprovechar todas las oportunidades que se te presenten y todas las gentes con quienes te encuentres pueden ser una conexión muy valiosa no desaproveches las corazonadas que te lleguen, ya que solamente aprovechando y actuando lograrás tus metas.

ACTUAR es la palabra mas importante que existe en el mundo, si solamente visualizas pero no actúas entonces la visualización creativa no servirá de nada.

3.15.2.- Respiración.

Basándonos en la idea del Dr. Lowen que nuestros músculos son el almacén de nuestra mente, la relajación muscular sería lo primero a trabajar cuando el estrés nos hace víctimas de nosotros mismos.

Definición. La respiración completa es la mejor herramienta a nuestro alcance para normalizar los estados de nerviosismo, irritabilidad y ansiedad provocados por factores exógenos (como el trabajo, los estudios, malos hábitos, etc.), y disminuir la tensión muscular y la fatiga. Identificar estas situaciones nos permitirá actuar sobre ellas de la manera más natural que existe: respirando. Los estados de nerviosismo o ansiedad, frecuentemente se asocian a respiración superficial y dolores musculares. Al no oxigenarnos

suficiente, nuestro cuerpo demanda aire, y podemos sorprendernos suspirando o bostezando varias veces al día.

Para invertir este síntoma y beneficiarnos de modo terapéutico, tomaremos conciencia de nuestro medio interno a través de suspiros voluntarios, que liberan nuestra tensión interior, provocando una espiración forzada que nos aporta sensación e bienestar y relajación.

El trabajo respiratorio:

La respiración implica a todo el cuerpo y a todos los músculos, pero el diafragma es el músculo respiratorio más importante. Separa el tórax del abdomen y permite, a través de la respiración, la oxigenación de nuestro cuerpo. No poder verlo ni tocarlo directamente, hace que nos olvidemos de su capacidad de movimiento y no lo hagamos trabajar de forma completa. Al inspirar se contrae y desciende, permitiendo que los pulmones se llenen de aire, y en consecuencia el abdomen se distiende hacia fuera. En la espiración, el vientre se mete hacia dentro y la relajación del diafragma que sube, provoca la contracción pulmonar y la expulsión del aire al exterior. Palpar nuestro tórax y abdomen mientras respiramos nos permitirá sentir este movimiento respiratorio. Esta es la respiración "natural" y completa. El aprendizaje es sencillo y los resultados inmediatos si prestamos toda nuestra atención a conectar con nuestro ritmo vital. Combinar respiración y relajación requiere una predisposición a un trabajo lento en el tiempo pero con resultado seguro.

Iniciación a la práctica:

- Para concentrarnos totalmente nos colocaremos con la espalda apoyada en el suelo, rodillas dobladas y separadas unos 20 cm.
- Toda la columna debe estar en contacto con el suelo. No debemos notar signos de tensión en el cuerpo.

- Colocaremos una mano sobre el tórax y otra sobre la parte baja del abdomen.
- Realizaremos unos suspiros voluntarios para predisponernos a un estado de relajación y concentración.
- Tomamos aire por la nariz y lo dirigimos a la parte más baja del tórax, notando como se separan las últimas costillas y se hincha el abdomen. Retenemos el aire 3 segundos, y comenzamos a soltarlo por la boca con los labios levemente cerrados, como si sopláramos suavemente.
- Repetimos, a nuestro ritmo y con tranquilidad, varios ciclos respiratorios durante un tiempo de unos 5 -10 minutos. Si notamos sensación de ahogo o mareo, hay que adecuar la frecuencia respiratoria. Observar la propia respiración, sentir el propio ritmo e intervenir en ello, constituye el camino obligado para aliviar el estrés y tensiones, cambiar el humor, concentrarse mejor, dormir más y reducir la incidencia de las enfermedades y malos hábitos.

3.15.3.- Tensión, relajación muscular.

APRENDIENDO A RELAJARSE.

Vivimos en un mundo en el que cada vez se nos exige más y en el que cada vez se nos exige más. Aprender a relajarse y tomarse unos minutos cada día para hacerlo puede ayudarnos a evitar muchos problemas asociados con el estrés y la ansiedad. Estos son algunos ejercicios de relajación que puede hacer sin salir de casa. (Alonso, 2002).

Relajación muscular

Siéntese en una silla cómoda y cierre los ojos. Apriete su puño fuertemente y mantenga la tensión por algunos segundos, concentrándose en ello. Suelte

la tensión lentamente, y sienta cómo se relaja su mano. Repita el ejercicio tres veces. Continúe ahora con su otra mano. Vaya agregando poco a poco otras partes de su cuerpo, en el siguiente orden: pies, pantorrillas, muslos, glúteos, abdomen, brazos, hombros, cuello, cara. Una vez que haya incluido todo su cuerpo, permanezca en ese estado de relajación por al menos 15 minutos. Luego, poco a poco, regrese a la realidad y abra sus ojos.

Para llevar a cabo las mencionadas técnicas de relajación es importante disponer de un ratito libre, un espacio en calma y un poco de soledad, algo que no siempre es sencillo de lograr.

Por ello, te presentamos a continuación una serie de ejercicios que, aunque no sustituyen a los anteriores, pueden alternarse para lograr esa ansiada relajación.

Son ejercicios más sencillos y pueden hacerse a cualquier hora y en cualquier lugar.

-Párese bien alto, luego levante y baje su cabeza, de modo que logre estirar bien su cuello. Gírela lentamente hacia la derecha y luego a la izquierda. Baje su cabeza y vuelva a realizar este proceso cinco veces. Rote lentamente su cabeza hacia la derecha, y luego hacia la izquierda.

-Tire sus hombros hacia atrás, todo lo que pueda. Levante su hombro izquierdo y luego relájelo tirándolo suavemente hacia abajo. Luego, haga lo mismo con su hombro derecho.

-Realice con su brazo derecho un lento movimiento circular, completo, para relajar el hombro. Haga lo mismo con su brazo izquierdo.

Levante y luego relaje ambos hombros. Repita esto diez veces. Ponga su brazo derecho sobre su hombro derecho y toque con la palma de su mano su hombro izquierdo. Repita este proceso con su mano izquierda.

IV.- MARCO REFERENCIAL.

4.1.- Antecedentes Históricos del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto.

El 25 de mayo de 1943 se celebró un convenio de cooperación entre el gobierno del estado, el titular de la Secretaría de Asistencia Pública y la Beneficencia de San Luis Potosí, a fin de asegurar el presupuesto requerido para terminar la construcción del edificio. Este convenio quedó aprobado mediante decreto, por el Congreso local, el 31 de mayo de dicho año.

El 19 de agosto de 1946 se acordó que el nuevo hospital llevaría el nombre de "Hospital Central de San Luis Potosí", y que el administrador de dicho lugar sería el señor Francisco Sandoval Navarro.

El 17 de Noviembre el Doctor Gustavo Baz, en representación del Presidente de la República, hizo la declaratoria inaugural del Hospital Central. Como gobernador del Estado fungía Gonzalo N. Santos. Fue así como a partir de ese día se dio forma a la organización del nuevo hospital-escuela.

El 24 de marzo se internó el primer paciente: fue una mujer con meningitis meningocócica, salió el 3 de abril. Aunque el edificio fue inaugurado, este no estaba equipado todavía, ni contaba con el personal de enfermería. Ambos llegaron posteriormente.

Desde julio de 1945 se había establecido que el personal de enfermería que laboraría en el Hospital Central recibiría capacitación en el Hospital Infantil de la ciudad de México; para ello el Doctor Morones Prieto, mediante la ayuda de Baz, logró que el Doctor Federico Gómez, director del Hospital Infantil, aceptara recibir en dicho nosocomio a 25 enfermeras de San Luis, quienes recibirían enseñanza teórica y entrenamiento práctico.

De esa manera un pequeño grupo de tres enfermeras, comandadas por la señorita Ernestina de la Fuente, fue becado para prolongar su estancia en el

Hospital Infantil y recibir aprendizaje especial; así se obtuvo una enfermera instrumentista-quirúrgica, una enfermera pediátrica y una técnica radióloga, quienes pusieron en práctica sus conocimientos al regresar a San Luis Potosí.

En enero de 1947, se supo que el hospital contaría con un subsidio de 920 mil pesos, de los cuales el gobierno del estado aportaría 320 mil y el resto el gobierno federal. Sin embargo las labores, no podían iniciarse, pues no se contaba todavía con ese dinero; así en febrero, el Hospital recibió un préstamo de 50 mil pesos por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Actualmente es un Hospital de Tercer Nivel único en el Estado.

- Cuenta con 57 Especialidades Médicas.
- Atiende fundamentalmente a población abierta.
- Cuenta con 62 años de experiencia.
- Es campo clínico de 5 carreras universitarias.
- Otorga más de 170,000 atenciones por año.
- Centro de Investigación Nacional e Internacional.
- Sede de 17 residencias de Especialidades y Subespecialidades.
- En 1998 se designa organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud.

Su universo de responsabilidad es la población abierta que requiere atención médica de tercer nivel y que corresponde aproximadamente al 63% de la población total del Estado la cual asciende a 1'446,709 habitantes.

Es importante destacar que de la atención médica que se brinda, el 10% son servicios proporcionados a población de los estados de Zacatecas, Jalisco, Hidalgo, Guanajuato, Aguascalientes, Querétaro, brindando atención regional.

El Hospital Central otorga atención a pacientes con régimen de Seguridad Social; (IMSS e ISSSTE) cuando presentan padecimientos de alta complejidad, dando un servicio local ya que en su defecto tendrían que ser trasladados a las ciudades de Monterrey, N.L. y México, D.F. y Guadalajara.

Es importante mencionar que el Servicio de Cirugía Hombres y Mujeres cuenta con el Seguro Popular a partir de Agosto de 2002, cubriendo 78 Diagnósticos y en la actualidad 266 Diagnósticos.

.Misión

Brindar atención médica de tercer nivel, con excelencia, calidad y un alto sentido humanitario a quien lo solicite, además de contribuir a la investigación y formación de recursos humanos para la salud.

Visión

Consolidarse como hospital de tercer nivel, líder en la región, descentralizado de Gobierno del Estado, con autogestión, que impacte en la mejora de la salud, con Seguridad y Confiabilidad para el usuario, familias y prestador de servicios, que logre el reconocimiento de nuestra población como centro de excelencia asistencial, académica y de investigación.

4.2.- Servicios Principales.

La división del trabajo dentro del Departamento, se encuentra distribuido por servicios, cuenta con personal directivo y operativo. La departamentalización es funcional por ser de acuerdo a las áreas y actividades específicas que le implican a cada servicio, conformado por 28 servicios:

1.- Sistema de Organización:

- Jefatura de Departamento, Subjefaturas Asistenciales y de Enseñanza, Jefes de Enlace.

2.- Servicios de Urgencias:

- Urgencias Adultos
- Urgencias Pediátricas

3.- Servicios de Pediatría:

- Transición de Neonatología y Alojamiento Conjunto
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
- Cuidados Intermedios Neonatales
- Crecimiento y Desarrollo Neonatal
- Pediatría Lactantes
- Pediatría Escolares
- Infectología Pediátrica
- Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

4.- Servicios de Medicina Interna:

- Medicina Interna Mujeres
- Medicina Interna Hombres
- Unidad de Trasplante Renal

- Unidad de Cuidados Intensivos
- Unidad de Terapia de Cardiología

5.- Servicios Quirúrgicos:

- Central Quirúrgica
- Ceye
- Cirugía Mujeres
- Cirugía Hombres
- Unidad de Quemados
- Cirugía Ambulatoria

6.- Consulta Externa y Medicina Preventiva.

7.- Ginecología y Obstetricia:

- Toco quirúrgica
- Gineco Obstetricia

8.- Otros Servicios:

- Comité de Vigilancia Epidemiológica y Prevención de Infecciones Nosocomiales
- Dermatología
- Hemodinamia
- Inhaloterapia

- Nutrición Parenteral
- Oncología
- Rehabilitación
- Urodinamia
- Clínica de displacía
- Tamiz auditivo.

4.3 .-Servicio De Cirugía Hombres y Mujeres:

El Servicio de Cirugías se encuentra ubicado en el primer piso, entrando por la puerta principal y continuando por el pasillo central, a la izquierda subiendo la rampa y por consiguiente las escaleras, en su ala izquierda el área de Hombres y a la derecha el área de Mujeres, contando con un solo acceso para estas, las cuales se encuentran separadas por los servicios de: a la derecha el Cendis para ambos servicios, inhaloterapia, al frente la unidad de Cirugía Ambulatoria , al fondo Hemodiálisis y Trasplante Renal, a la izquierda Trabajo Social, el servicio de Terapia Cardiovascular, la estancia de Médicos, un solo Privado y propiamente el control de enfermería.

La capacidad es para 49 pacientes, la descripción es de seis salas generales, para seis pacientes cada una, cuatro salas de tres pacientes y un privado en Hombres, en Mujeres su capacidad es de 34 pacientes, contando con cinco salas generales y cuatro Privados. La distribución es por especialidad de Urología, Ortopedia, Cirugía General, Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Cirugía Vascular, Neurocirugía y Cirugía Reconstructiva.

4.3.1.- Características del personal de Enfermería del Servicio de Cirugía Hombres y Mujeres.

De acuerdo a la plantilla, el servicio cuenta con el siguiente personal:

- 8 jefes de servicio, un elemento para cada turno, de las cuales 1 es Lic. en Enfermería con Maestría en Administración de la Atención en Enfermería (MAAE), 5 son Licenciadas en Enfermería y 2 Enfermeras Generales.
- Del personal de Enfermería operativo de acuerdo a su nivel de preparación: cuenta con 2 Lic. en Enfermería de las cuales una tiene MAAE y otra EAAE, que corresponde al 4.25% del personal, 13 Licenciadas en Enfermería que corresponde a un 27.65% del personal, 5 enfermeras generales que corresponde al 10.63% del personal, 14 técnicas en Enfermería que corresponde al 29.78% del personal y 13 Auxiliares de Enfermería que corresponden al 27.65% del personal que labora en este servicio.

Dicho personal se encuentra distribuido de la siguiente manera:

1er turno (Matutino), 6 Licenciadas en Enfermería (incluyendo las jefes de ambos servicios), 1 Enfermera General, 4 técnicas en Enfermería y 4 Auxiliares de Enfermería.

2º turno, 2 Lic. En Enfermería con MAAE, (incluyendo la jefe del servicio de C. Hombres) 7 Lic. en Enfermería, 1 Enfermera general (incluyendo la jefe de servicio de C. Mujeres), 4 técnica en Enfermería y 4 Auxiliares de Enfermería..

3er turno una Lic. con EAAE y 7 Licenciadas en Enfermería (incluyendo las jefes de ambos servicios), 5 Enfermeras generales, 6 técnicas en Enfermería, 5 Auxiliares de Enfermería, distribuido en guardias A,B.. Los sábados, domingos y días festivos no hay jefe de servicio. (Incluyendo Personal cubre Descansos).

Horarios De Trabajo:

El servicio tiene 3 turnos. El turno matutino es de 8 horas (7:00 a 15:00) y el vespertino es de 7.30 horas (14:00 a 21:30) y el tercero es de 10.30 hrs.(21:00 a 7:30) con guardias terciadas. Quienes laboran en los turnos matutino y vespertino tienen dos días de descanso por semana y dos periodos vacacionales de 10 días al año más 1 día por cada 5 años de antigüedad y 8 días anuales ya que el servicio es considerado de mediano riesgo. El tercer turno trabaja 3 guardias a la semana y tienen 2 periodos vacacionales de 5 guardias al año, más las mismas prestaciones que al personal de los turnos matutino y vespertino.

Según las condiciones generales del trabajo, el trabajador cuenta con las siguientes prestaciones:

- Artículo 86o.
La Secretaria podrá utilizar horarios especiales a los trabajadores que estén realizando estudios con validez oficial de educación media superior o superior.
- Artículo 135o.
Los descansos de las mujeres para alimentar o amamantar a los hijos.
- Artículo 136o.
Los trabajadores que desempeñen alguno de los códigos considerados en el Manual para Prevenir y Disminuir Riesgos de Trabajo e Identificar el Otorgamiento de Derechos Adicionales y estén adscritos en áreas nocivo peligrosas de alto, mediano o bajo riesgo que perjudiquen la salud física o mental, disfrutaran de un descanso anual extraordinario de doce, ocho o cinco días respectivamente.
- Artículo 156o.
Se entiende por licencia de goce de sueldo, la prestación concedida al trabajador, consiente en ausentarse en sus labores en días naturales

gozando de su sueldo, la cual se podrá autorizar cuando ocurran circunstancias, que el interesado justifique a juicio de la Secretaria, siempre y cuando no afecte la prestación del servicio, con mediación del Sindicato cuando así lo solicite el Trabajador.

- Artículo 157

En los casos de enfermedad de los hijos de hasta 6 años de edad, las madres Trabajadoras tendrán derecho a que se les conceda permiso con goce de sueldo hasta por 12 días al año. Para tener derecho a estos permisos se requiere de la constancia de cuidados maternos expedida por IMSS.

- Artículo 158

Se entiende por días económicos, el derecho que tienen los Trabajadores de inasistir con goce de sueldo a sus labores, hasta por 12 días al año para la atención de asuntos particulares de urgencia; en el entendido que se autorizarán por el jefe inmediato superior de que se trate, sin que excedan los 2 días consecutivos por mes.

Además de contar con otros incentivos como es el quinquenio, capacitación, productividad, puntualidad y asistencia perfecta.

V.- DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1.- Tipo de Estudio:

El tipo de estudio que se realizó fue Descriptivo-Transversal. En el cual únicamente se describió el fenómeno, midiendo las variables en un corte de tiempo de Octubre a Diciembre de 2009.

5.2.- Población.

Personal de Enfermería del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, de la Capital del Estado de San Luis Potosí.

5.3.- Muestra:

Fue proporcional al tamaño del universo de las enfermeras (os) del Servicio de Cirugía Hombres y Mujeres **Siendo un total de 50** que cubrió el 100% de dicho personal operativo de los turnos matutino, vespertino y nocturno 1 y 2: y que cumplieron los criterios de selección. Considerando también 8 elementos que correspondieron al 100% los cuales fueron los jefes de Servicio de Cirugía Hombres y Mujeres.

5.4.- Criterios de Inclusión y Exclusión.

5.4.1.- Criterios de Inclusión:

- Personal de base o eventual.
- Que sepa leer y escribir y que no tengan ningún impedimento tanto físico como mental para poder contestar el cuestionario.
- Querer participar en el estudio y que haya firmado la carta de consentimiento informado.
- Personal que cubrió descansos y vacaciones.

5.4.2.- Criterios de Exclusión:

- Enfermeras (os) y Jefes de Servicio que no eran del departamento de Cirugía Hombres y Mujeres.
- Supervisoras y Jefe de Enfermeras.
- Estudiantes de Enfermería.
- Que no quisieron participar y que no hayan firmado la carta de consentimiento informado.

5.4.3.- Criterios de Eliminación:

Personal de Enfermería que:

- Entregó al investigador cuestionario con preguntas sin contestar.
- Personal que no se localizó y que no fue cubierta en su área.
- Personal que no aceptó dicha encuesta.
- Personal que extravió dicho documento.

5.5.- Variables:

5.5.1.- Variable Independiente:

Grado de afectación del Síndrome de Burnout:

Definición Teórica:

El Burnout es una patología severa que suele derivarse de stress laboral. Es un cuadro crónico en el que se experimenta agotamiento emocional, falta de realización y una despersonalización. Como consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados a las denominadas profesiones de servicios.

Definición Operacional:

Estado de agotamiento físico emocional y mental causado al haber estado involucrada (o), la Enfermera (o) por un largo periodo en una situación extrema de demanda física y emocional por parte de los pacientes, familiares y miembros del equipo de salud.

Indicadores de la Variable:

- **Cansancio Emocional:** Desgaste físico y emocional de la enfermera, en la cuál tiende a perder el interés por el trabajo que desarrolla, que la incapacita para cumplir las exigencias del mismo.
- **Despersonalización:** rechazo de la enfermera hacia los pacientes al culpabilizarlos de sus propios males.
- **Ausencia de Realización Personal:** Pérdida del Interés de la Enfermera por realizarse Personal y Profesionalmente. Supone una serie de respuestas negativas típicas hacia ellas mismas y su trabajo. Ejemplo: Evitación de las relaciones interpersonales profesionales, depresión, baja autoestima, agresión, intimidación, incapacidad para soportar la presión del trabajo, ausencia a cursos, seminarios, congresos, sesiones clínicas, etc.

5.5.2.- Variable Dependiente:

Insatisfacción Laboral

Definición Teórica:

Respuesta negativa del trabajador hacia su propio trabajo. Esta respuesta negativa o rechazo dependerá, en gran medida, de las condiciones laborales y de la personalidad. En donde hace referencia al estado de intranquilidad, de ansiedad o incluso depresivo al que puede llegar una persona que se encuentra insatisfecha laboralmente.

Definición Operacional:

Percepción de la Enfermera(o) en relación con las condiciones físicas laborales, organizacionales, interpersonales y motivacionales de su entorno de trabajo que los conduce a estar insatisfechos con las condiciones antes mencionadas.

5.5.3.- Variables Sociodemográficas:

Características Sociales y laborales de las Enfermeras (o) objeto de estudio.

Indicadores de la Variable:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Número de hijos.
- Servicio en que labora.
- Tiempo de ejercer la profesión.
- Turno donde labora.
- Número de horas que trabaja a la semana.
- Guardias extras.
- Número de pacientes que atiende.
- Porcentaje en tiempo de interacción con el paciente.
- Labores del hogar.
- Ausencia por enfermedad.
- Días de ausencia por enfermedad.
- Principal aliciente en el trabajo.
- Principal inconveniente en el trabajo.

5.6.- Aspectos Bioéticos:

El presente estudio se llevó a cabo respetando los artículos 13, 14, 16, 17, 20, 21 y 22, contenidos en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos del capítulo I de La Ley General de Salud en México.

En la realización de esta investigación, se consideró de riesgo mínimo. En la cuál prevaleció en todo momento el criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos humanos de las y los entrevistados no haciendo público su identificación en las presentaciones de este estudio. Así mismo se garantizó la privacidad de los sujetos investigados, se le solicitó su autorización de participación, pidiéndoles que firmaran el documento "Hoja de Consentimiento Informado", avalada por el comité de ética e investigación Fac. Enfermería de la UASLP. Que se encuentra en el **Anexo No. 1.**

Cabe señalar que el manejo de los datos fueron confidenciales y generales, no manejando nombres de los sujetos objeto de estudio así como el de la institución. Concomitantemente, el análisis de datos fue en función de los artículos revisados para la discusión de los mismos.

5.7.- Instrumentos.

Instrumento 1.

Questionario Datos Socio demográficos de las Enfermeras(os).

Este instrumento registró los indicadores de las variables Socio demográficos tales como Sexo, Edad, Nivel Educativo, etc. Descritos anteriormente. Para mayor detalle ver **Anexo No. 2.**

Instrumento 2.

Cuestionario Breve de Burnout (CCB).

Este instrumento registró los indicadores de la variable Grado de Afectación del Síndrome de Burnout tales como Cansancio Emocional, Despersonalización y Ausencia de Realización Personal. En su Versión Validada y Confiable al Español. **Anexo No. 3.**

La validez del instrumento en su versión corta, se obtuvo a través de la prueba estadística *t* de student, con rotación varimax, manteniéndose un poder discriminativo significativo al .05 en 22 de los reactivos que conforman el instrumento en su versión inglesa original. En su versión al castellano el cuestionario breve de Burnout consistió en 22 reactivos que se agruparon en siete dimensiones ó áreas: Cansancio Emocional, Despersonalización, Ausencia de Realización Personal.

Con relación a la confiabilidad de la escala del CBB, la consistencia interna del instrumento se obtuvo a través del Alpha de Cronbach, tanto para la escala total como para cada una de sus dimensiones. Los valores encontrados son:

Área Cansancio Emocional	.8304
Área Despersonalización	.8278
Área Realización Personal	.8149
<hr/>	
Escala Total:	.8187

Este instrumento nos permitió conocer el grado de afectación de Burnout del personal de Enfermería en cada una de las dimensiones ó áreas. El perfil

del grado de Burnout mostró los aspectos que están siendo afectados en cada área. El índice de deterioro está estimado en cuatro niveles ascendentes del 1 al 4, siendo el 4 el punto de mayor afectación en el Síndrome de Burnout.

Comprende 22 reactivos en total y consta de tres dimensiones ó áreas:

1.- Cansancio Emocional: Reactivos: 1, **2**, 3, 6, **8**, 13, 14, **16**, 20.

2.- Despersonalización: Reactivos: 5, 10, 11, 15, 22.

3.- Ausencia de Realización Personal: Reactivos: **4**, 7, **9**, 12, 17, 18, 19, 21.

Cada uno de los reactivos del CCB, ofrece cinco alternativas de respuesta, las cuales son:

1= En ninguna ocasión.

2= Raramente.

3= Algunas Veces.

4= Frecuentemente.

5= Siempre.

Puntuación: El número situado a la izquierda de cada una de las respuestas, se constituye en 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 **subrayados** en el punto 2, **puntúan las respuestas 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**. Ver abajo:

Preguntas: 2, 16, 4, 8, 9.

Puntuación a la Inversa:

1 2 3 4 5 Normal

5 4 3 2 1 Inversa

Criterios para la Clasificación de los Niveles del Síndrome de Burnout:

La sumatoria Σ de todos los reactivos del CBB serán distribuidos en tres categorías evaluativas, las cuales son: Bajo, Moderado y Alto. Para la construcción de dichas categorías, se dividió la población en percentiles. Se tomó como bajo todo aquel valor inferior a 25 percentil (menos de 37 puntos en la Σ), moderado entre el 25 y 75 (Σ entre 38 y 52 puntos), y por último alto a todo valor superior a 75 percentil (Σ de más de 53 puntos).

Resumiendo:

- **Bajo: 18 a 37 puntos.**
- **Moderado: 38 a 52 puntos.**
- **Alto: Más de 53 puntos.**

Puntuaciones para calificar por Áreas o Dimensiones:

Para Cansancio Emocional:

1 = Puntuación media inferior a nueve..... No está afectado por el Burnout.

2 = Puntuación media superior de 9 – 18.....Afectado por el Burnout.

3 = Puntuación media superior a 18.....Altamente afectado por el Burnout.

Para el Área de Despersonalización:

1 = Puntuación media inferior a cinco.....No está afectado por el Burnout.

2 = Puntuación media superior de 5 – 10.....Afectado por el Burnout.

3 = Puntuación media superior a 10.....Altamente afectado por el Burnout.

Para el Área de Ausencia de Realización Personal:

1 = Puntuación media inferior a ocho.....No esta afectado por el Burnout.

2 = Puntuación media superior de 8 – 16.....Afectado por el Burnout.

3 = Puntuación media superior a 16.....Altamente afectado por el Burnout.

Instrumento 3.

Cuestionario de Insatisfacción-Satisfacción Laboral para Enfermeras en ámbito laboral:

Este instrumento nos permitió registrar los indicadores de la variable Insatisfacción-Satisfacción Laboral (De los Ríos, 2007). La confiabilidad y validez de esta versión corta se realizó mediante la prueba Split-half (0.86), test-retest (0.79) con la que mostró una especificidad de 84% y sensibilidad de 90.0%. Consta de 16 preguntas en una escala que va desde <siempre> hasta <nunca>. En un porcentaje total de 64 puntos en la escala general. Para mayor claridad del mismo ver el **Anexo No. 4.**

Puntuación:

Cada uno de los reactivos de la escala, ofrece cinco alternativas de respuesta, las cuales son:

Siempre = 4 puntos.

Casi siempre = 3 puntos.

En pocas ocasiones = 2 puntos.

Nunca = 1 punto.

El rango para la escala se toma bajo cuatro parámetros, los cuales son:

- Muy alta Satisfacción.
- Alta Satisfacción.
- Baja Satisfacción.
- Muy baja Satisfacción.

Bajo el siguiente puntaje:

Muy alta satisfacción	Alta satisfacción.	Baja satisfacción.	Muy baja satisfacción
49-64 puntos	33-48 puntos	17-32 puntos	1-16 puntos

Las definiciones operacionales de dichos rangos son los siguientes:

Muy Alta Satisfacción: Las enfermeras se encuentran **muy satisfechas** con las condiciones físicas, laborales, organizacionales, interpersonales y motivacionales de su entorno de trabajo.

Alta Satisfacción: Las enfermeras se encuentran muy **satisfechas** con las condiciones físicas, laborales, organizacionales, interpersonales y motivacionales de su entorno de trabajo.

Baja satisfacción: Las enfermeras se encuentran **insatisfechas** con las condiciones físicas, laborales, organizacionales, interpersonales y motivacionales de su entorno de trabajo.

Muy Baja Satisfacción: Las enfermeras se encuentran **muy insatisfechas** con las condiciones físicas, laborales, organizacionales, interpersonales y motivacionales de su entorno de trabajo.

***Nota:** Estos instrumentos no pueden ser utilizados por ninguna persona, sin consentimiento del Dr. José Lauro de los Ríos Castillo.*

5.8.- Tratamiento estadístico.

Para las variables socio demográficas se elaboraron los perfiles correspondientes de acuerdo a los indicadores de las variables en términos de análisis de frecuencias y porcentajes. Mismos que se presentaran en cuadros y graficas para tal efecto. Lo anterior tiene la finalidad de describir los "perfiles socio demográficos" de las enfermeras (os) del servicio de Cirugía Hombres y Mujeres respectivamente.

Para la variable independiente grado de afectación del síndrome de Burnout, se sumaron los puntajes obtenidos en la escala total de las 22 preguntas que conformaron el instrumento. Para visualizar en un primer momento, su deterioro (Bajo, moderado ó Alto).

Posteriormente, en un segundo momento, se evaluaron los rangos en las tres dimensiones de la escala que van desde No afectado por el síndrome, afectado y altamente afectado en las tres áreas o dimensiones que

conforman la escala: Cansancio Emocional, Despersonalización y ausencia de Realización Personal.

Para la variable dependiente grado de insatisfacción-satisfacción de las Enfermeras (os) se sumaron los puntos de la escala de las 16 afirmaciones que comprenden al instrumento. Una vez obtenidos los puntajes totales de la muestra en cuestión se confrontaron con los rangos de clasificación de Insatisfacción-Satisfacción para calificar en donde caen estos, es decir, Muy baja satisfacción, Baja satisfacción, Alta satisfacción, Muy alta satisfacción. Conforme al cuadro anteriormente mencionado.

Posteriormente en términos de frecuencia y por ciento se elaboraron graficas (figuras), para comparar los grados de deterioro de las variables tanto dependiente como independiente de las enfermeras (os) del servicio de Cirugía Hombres y Mujeres anteriormente señalados y visualizar los grados de deterioro en las mismas.

Finalmente se realizó una correlación de Pearson (r^2), en la cuál estadísticamente se correlacionaron la variable independiente, grado de deterioro del síndrome de Burnout, con la variable dependiente grado de insatisfacción de las enfermeras (os) del servicio de Cirugía Hombres y Mujeres obtenidos. Para posteriormente correlacionarlos con algunos indicadores socio-demográficos tales como las casadas, las solteras, las labores del hogar, años de ejercer la profesión, número de pacientes que atienden por jornada, entre otros.

Cuyo propósito fue mostrar algunos indicadores que pudiesen tener relación para presentar el síndrome y su relación con la insatisfacción laboral.

5.9.- Recolección de Datos.

Procedimiento

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Académico y el Director de Tesis Se realizó un resumen para ser entregado a la Jefa de Enfermería del Hospital Central y ella a la vez nos autorizó para ser entregado otro documento al Jefe de Enseñanza Medica del mismo, quien nos autorizó en el mes Octubre de 2009 la recolección de datos. En cuanto al instrumento "Cuestionario Breve de Burnout" se encuestó al 100% del personal de Enfermería de la población de estudio en los turnos matutino, vespertino y nocturno (1 y 2). Así como la aplicación del cuestionario de Insatisfacción Laboral y Sociodemográfico.

Posteriormente una vez aprobado el campo clínico por las autoridades respectivas de la institución se procedió a la recolección de datos dándonos a la tarea de coordinar el mismo, tomando en consideración la plantilla del personal; periodos vacacionales, permisos, incapacidades así como turnos de los sujetos de investigación. Previamente 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 y nocturno 1 y 2) en diferentes horarios dependiendo de las cargas de trabajo del personal, por lo que las investigadoras nos adaptamos a estas circunstancias debido a lo cual esperamos el momento oportuno para poder captar al personal dependiendo de sus actividades ya que variaron mucho por las características propias del servicio.

Cabe señalar que esta recolección se realizó del 30 de Octubre al 28 de Noviembre de 2009. Al iniciar su recolección primero informamos 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 entregamos de manera personal un sobre en el cual se incluyó la carta de consentimiento informado, comentándoles que se debería entregar en ese momento con su respectiva respuesta de si ó no. Inclusive hubo quien las firmaba sin ningún inconveniente. Así mismo se les informó, que de manera anónima se pretendía recoger sus respuestas con respecto a su labor profesional.

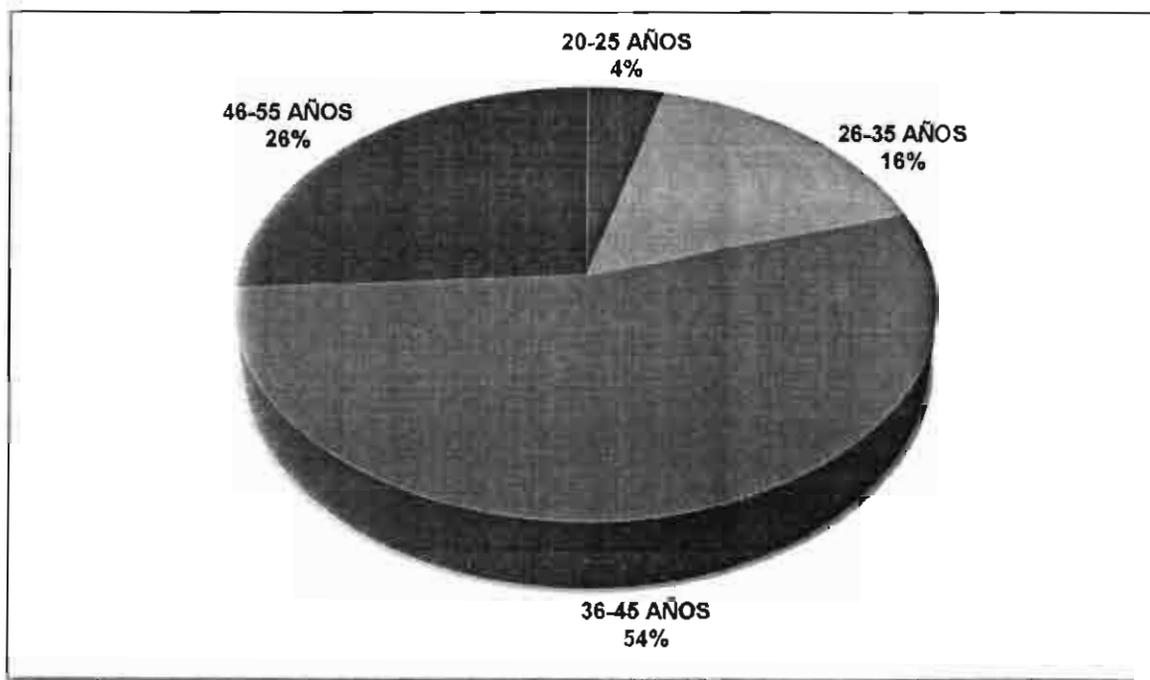
Por otra parte se incluyo un apartado para obtener los datos sociodemográficas y laborales del personal y el Cuestionario Breve de Burnout. Cabe mencionar que nosotras las investigadoras fuimos las encargadas de entregar este instrumento como ya se había mencionado, en un sobre para evitar su extravió y además se les menciono que se podían llevar el instrumento a su casa contestarlo en la misma y podría ser entregado al día siguiente o si lo preferían nosotras pasábamos a donde nos indicaran a recogerlo.

VI.- RESULTADOS.

Una vez compilada la información obtenida de las diferentes variables objeto de estudio de la muestra de enfermeras(os) del servicio de Cirugía, se procedió al procesamiento de los datos mediante gráficas para su análisis, mismo que a continuación se menciona.

En relación a las **variables sociodemográficas**, las cuales contienen los indicadores tales como la edad, sexo, estado civil, etc. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Con respecto a la edad, sobresale un 54% que corresponde al rango de 36-45 años, siendo el rango de mayor porcentaje; siguiendo un 26% en el rango de 46-55 años, entre otros. Como se muestra en la *Figura 1*.



*Figura 1. Edad de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.
Fuente: Directa.*

En relación al Género, el 96% corresponde al sexo femenino, el resto 4% corresponde al masculino. Como se observa en la *Figura 2*.

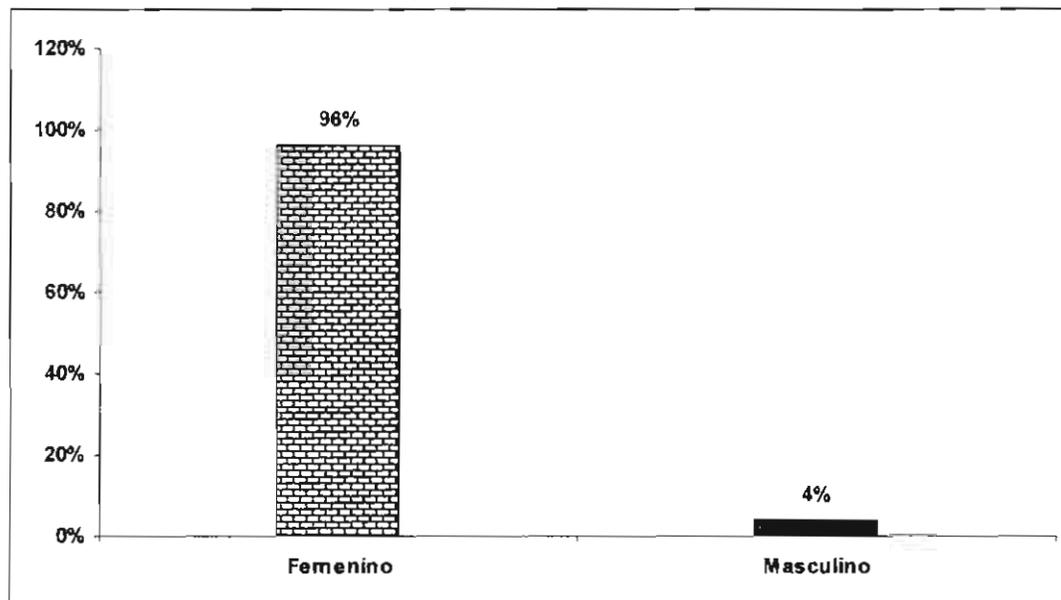


Figura 2. Género de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

En cuanto al estado civil del personal de enfermería, sobresale el de casados con un 60% entre otros, como se muestra en la *Figura 3*.

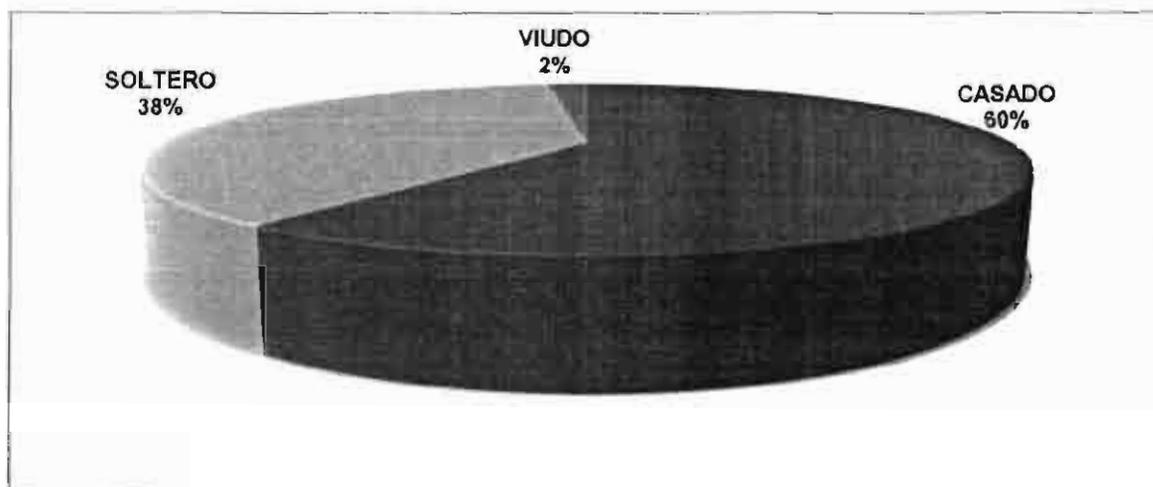


Figura 3. Estado civil de las Enfermeras (os) del servicio de Cirugía.

En lo que se refiere al número de hijos del personal encuestado, predominan los que no tienen con un 28%, con el mismo porcentaje (28%) los que tienen dos hijos; continuando aquellos que cuentan con tres con un 26%, entre otros. Como se puede apreciar en la *Figura 4*.

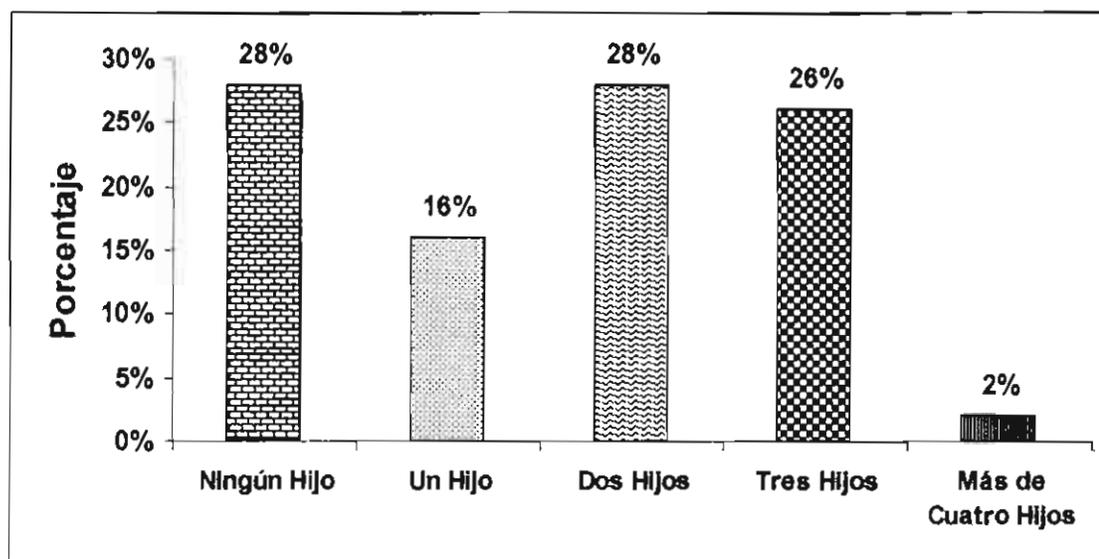


Figura 4. Número de hijos con que cuentan las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

Referente al Servicio en el que labora este personal, un 50% pertenece al de Cirugía Mujeres, el otro 50% al de Cirugía Hombres. Como se puede observar en la *Figura 5*.

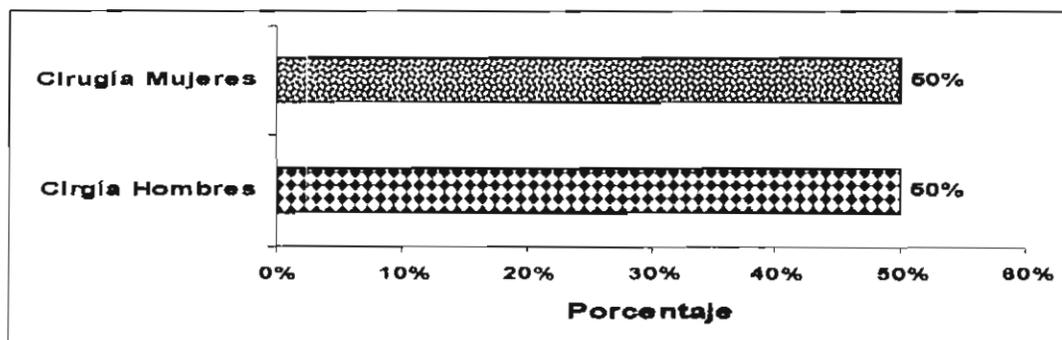


Figura 5. Servicios en los que laboran las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

En relación al tiempo de ejercer la profesión del personal encuestado, se observa un 36% que corresponde de 11 a 15 años laborados, un 26% que pertenece al rubro de 16 a 20 años, entre otros. Como se muestra en la *Figura 6*

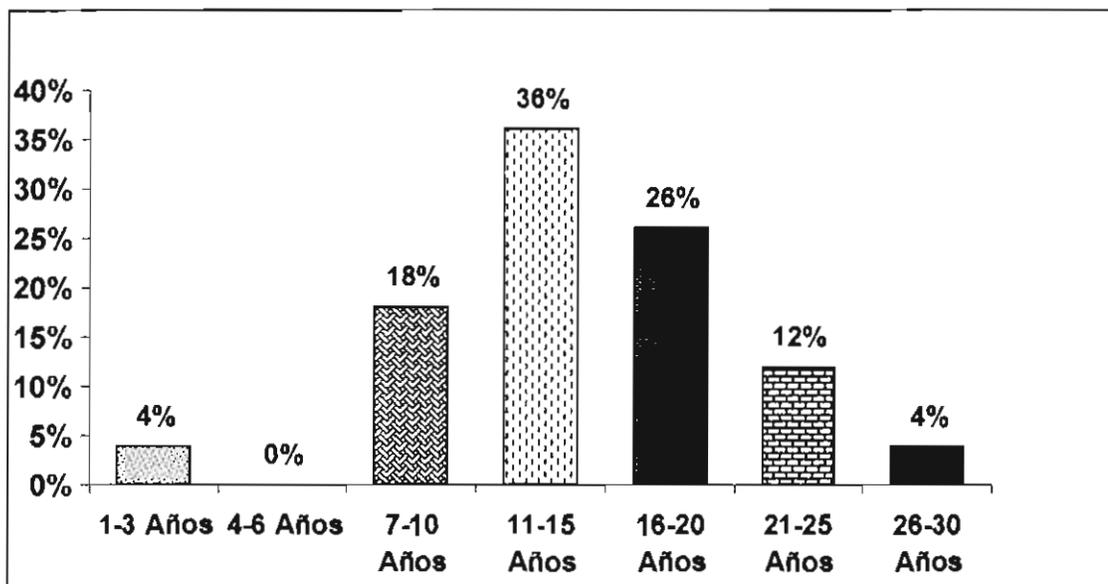


Figura 6. Tiempo de ejercer la Profesión de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

En lo que respecta al turno donde labora el personal de enfermería encuestado, se muestra que el porcentaje más sobresaliente corresponde al turno nocturno 1 y 2 con un 44%, entre otros. Como se aprecia en la *Figura 7*

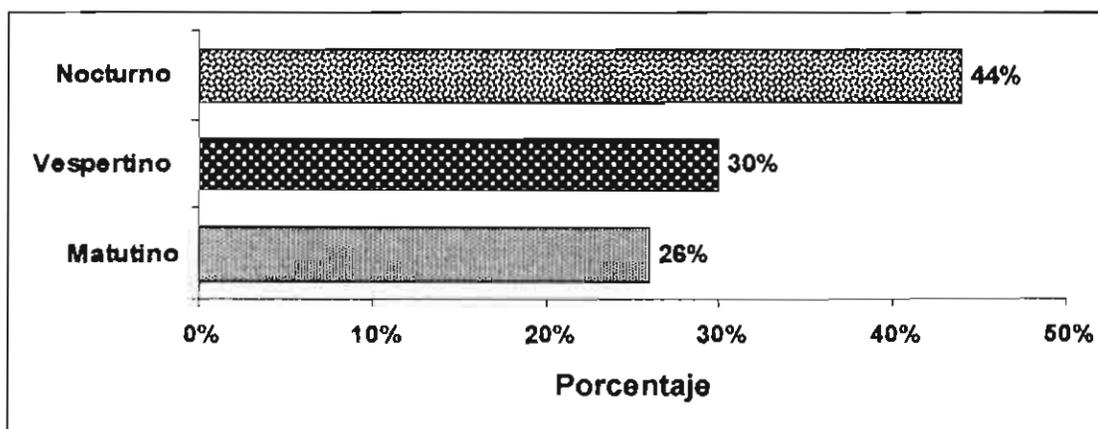


Figura 7. Turno donde laboran las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

En cuanto al número de horas que trabaja a la semana dicho personal, se observa que un gran porcentaje (90%) labora 40 horas; mientras que el resto (10%) labora más de 40 horas, como se muestra en la *Figura 8*.

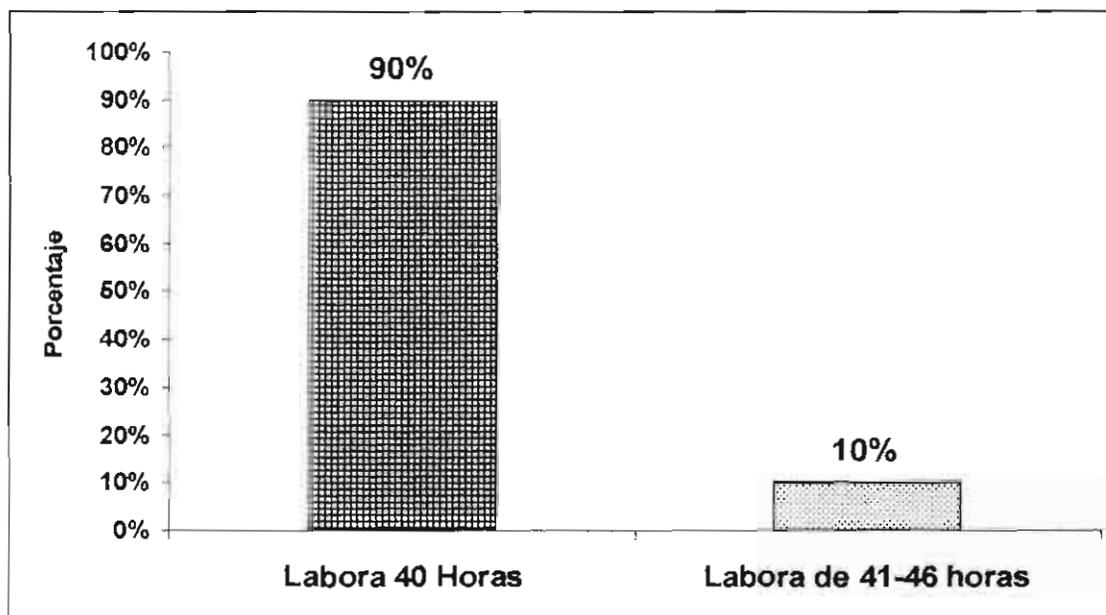


Figura 8. Numero de Horas que trabajan a la Semana, las Enfermeras (os), del Servicio de Cirugía

Por otra parte, en relación sobre si realizaban guardias extras; El 72% mencionó que NO realiza dichas guardias, siguiendo con un 28% que Sí. Como se puede observar en la *Figura 9*.

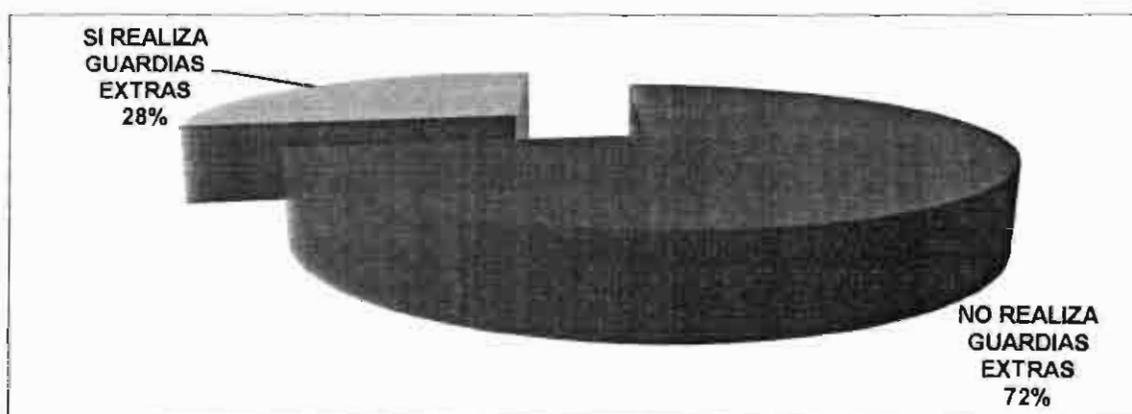


Figura 9. Guardias Extras de las Enfermeras (os) del servicio de Cirugía.

Con lo que respecta al número de pacientes que este personal atiende diariamente, se observa que un 46% atiende de 7 a 8 pacientes, siguiendo con un 30% de 11 a 12 y el resto de 9 a 10. Como se puede apreciar en la *Figura 10*.

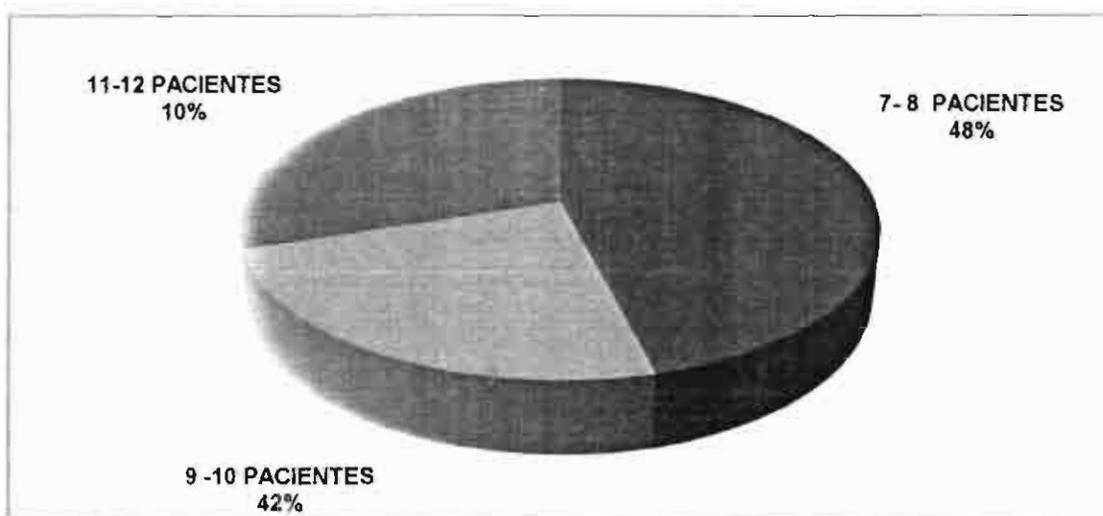


Figura 10. Número de pacientes que atienden diariamente las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

Respecto al tiempo de su Jornada Laboral que el personal pasa en interacción directa (cara a cara) con los pacientes, se observa que el 40% interactúa la mitad de su jornada en dicha acción (50%), entre otros. Como se puede observar en la *Figura 11*.

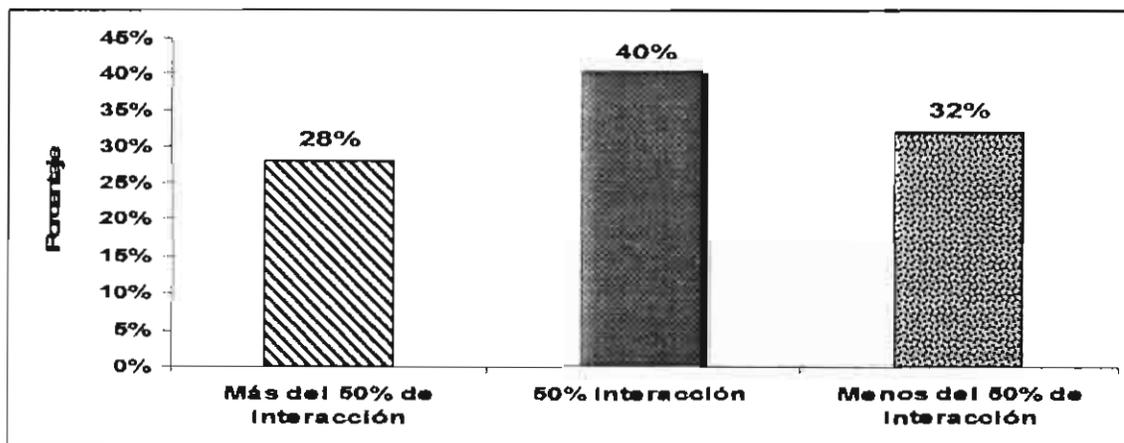


Figura 11. Porcentaje en Tiempo de Interacción con el paciente de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

Por otro lado, cuando se le pregunto al personal de dicho servicio que si realizaba labores del hogar después de su jornada, el 86% respondió que si, el resto 14% mencionó que no. Como se puede apreciar en la *Figura 12*.

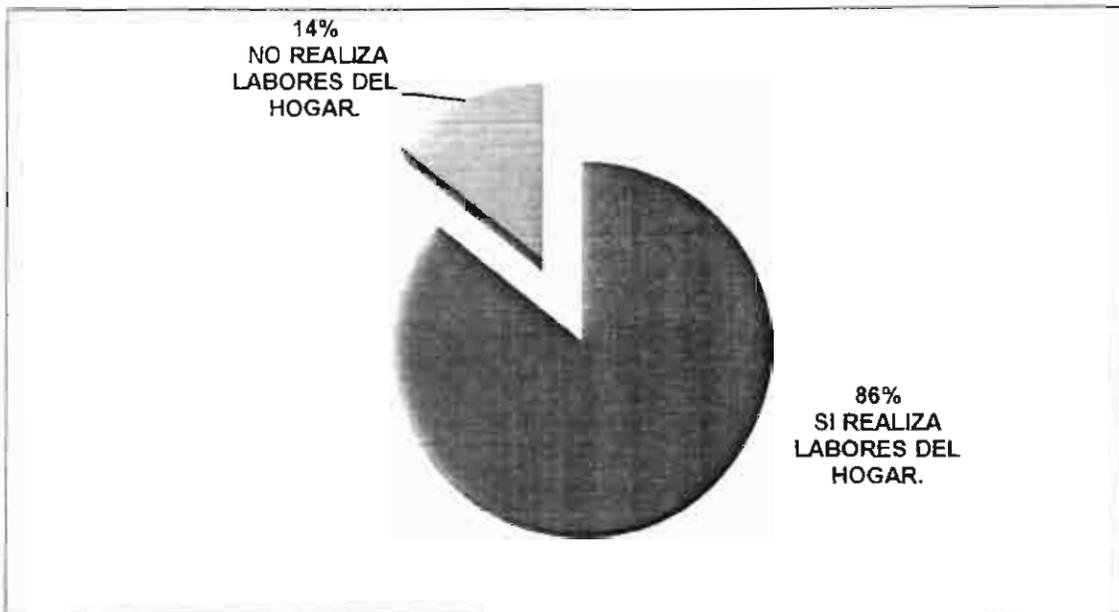


Figura 12. Porcentaje de Labores de Hogar que realizan el personal de Enfermería Encuestado.

Concerniente a las ausencias por enfermedad que ha tenido dicho personal, el 88% respondió que no tuvo; mientras que el 12% refirió que si debido a cefalea, HTA, entre otros. Como se puede observar en la *Figura 13*.

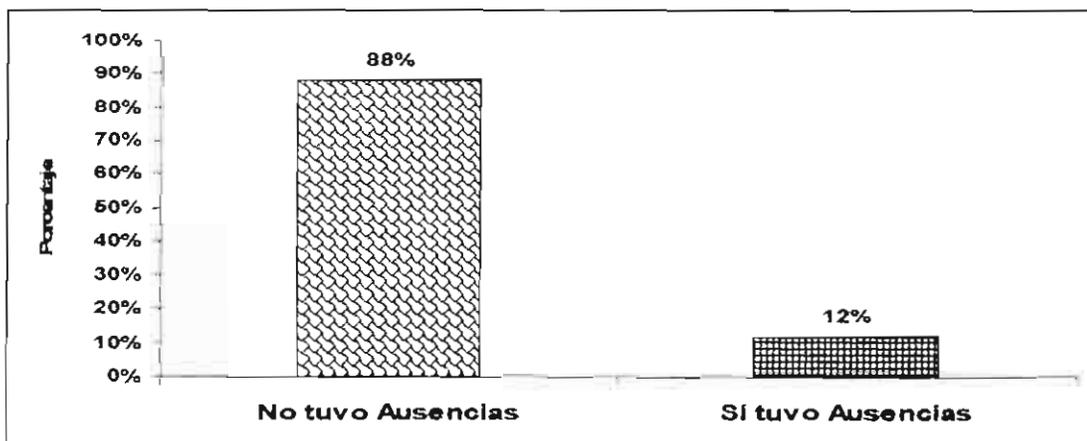


Figura 13. Porcentaje de Ausencias por Enfermedad del Personal de Enfermería.

Por otro lado referente a las faltas que ha tenido a lo largo del año por dicho motivo (Enfermedad), el 86% refirió haber faltado entre 1 y 2 días, mientras que el resto (12%) de 3 a 4 días, entre otros. Como se muestra en la *Figura 14*.

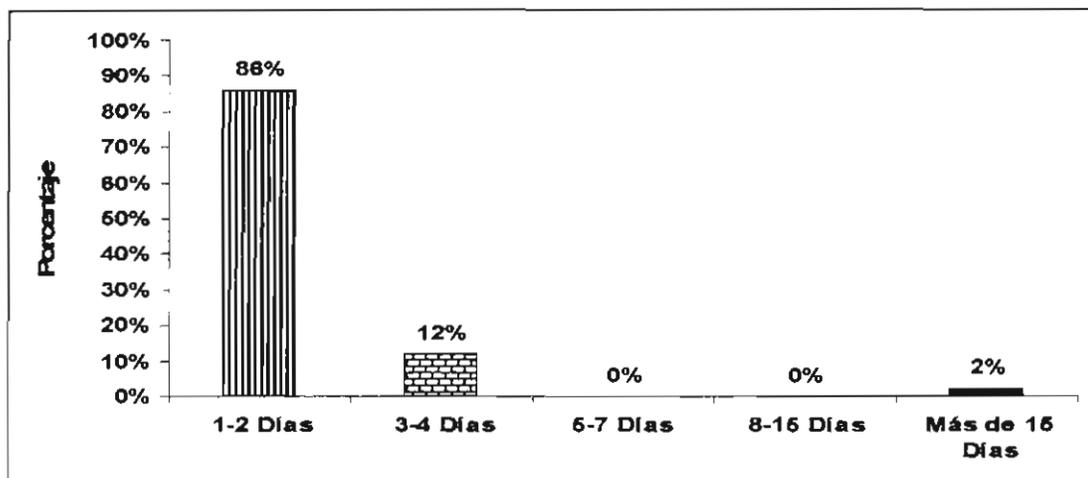


Figura 14. Numero de días que a lo largo del año han faltado las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

En lo que concierne al principal aliciente en su trabajo como Enfermera el 98% señaló que les agrada en SI la Enfermería, el resto 2% por su Autonomía Personal. Como se puede apreciar en la *Figura 15*.

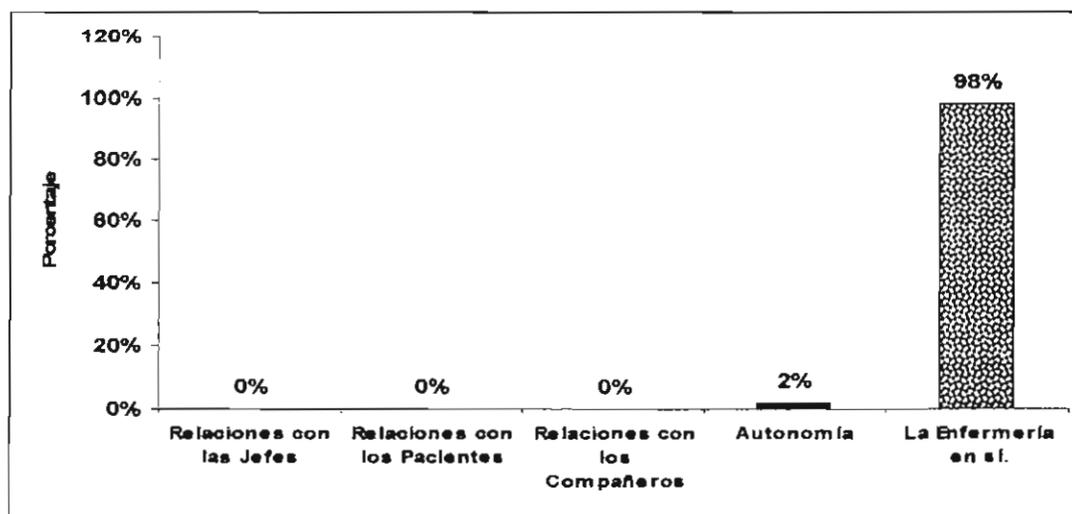


Figura 15. Principal aliciente de las enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

Continuando con la misma opinión en relación a su principal inconveniente de su trabajo como Enfermera, el 52% respondió que es debido al bajo sueldo, entre otros. Como se puede observar en la *Figura 16*.

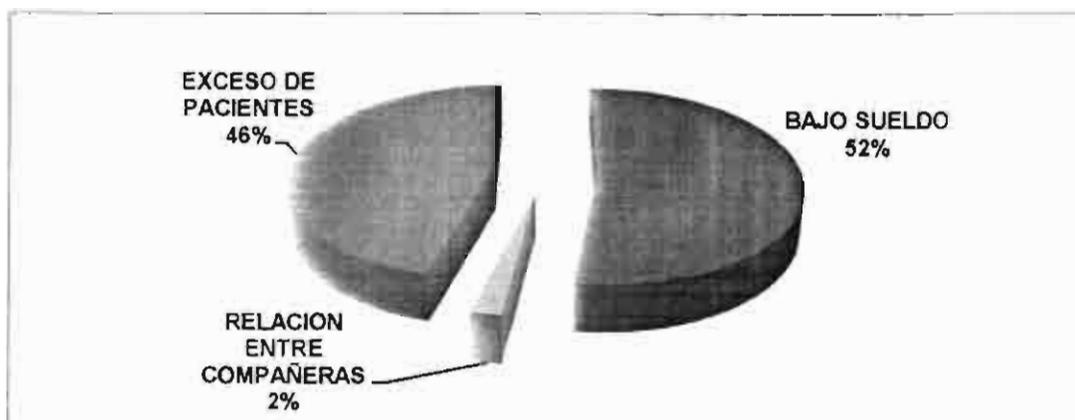


Figura 16. Principal inconveniente del trabajo de las Enfermeras del Servicio de Cirugía.

Con lo que respecta a la **variable independiente** grado de afectación del síndrome de Burnout, la cuál contiene los indicadores tales como cansancio emocional, despersonalización y Ausencia de realización personal, los resultados que se encontraron fueron los siguientes.

En lo concerniente al grado de afectación total del síndrome de Burnout de los sujetos de estudio del Servicio de Cirugía; se observa que un 98% obtuvo Alta Afectación, el resto (2%) en el rubro de Moderado. Como se puede observar en la *Figura 17*.

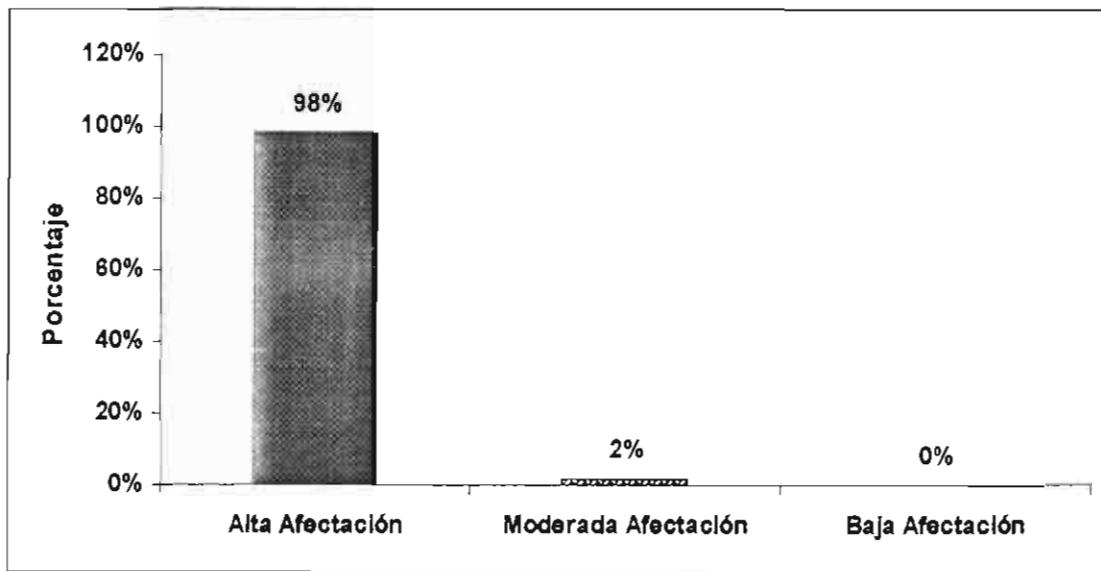


Figura 17. Grado de Afectación del Síndrome de Burnout en las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

Dentro del área de Cansancio Emocional, la cual contiene reactivos que indican desgaste físico y psicológico, como consecuencia del contacto de las enfermeras (os) con sus pacientes, los datos muestran que un 92% puntuó en el rubro de Altamente Afectado, continuando un 8% con Afectación Moderada, como se puede observar en la *Figura 18*.

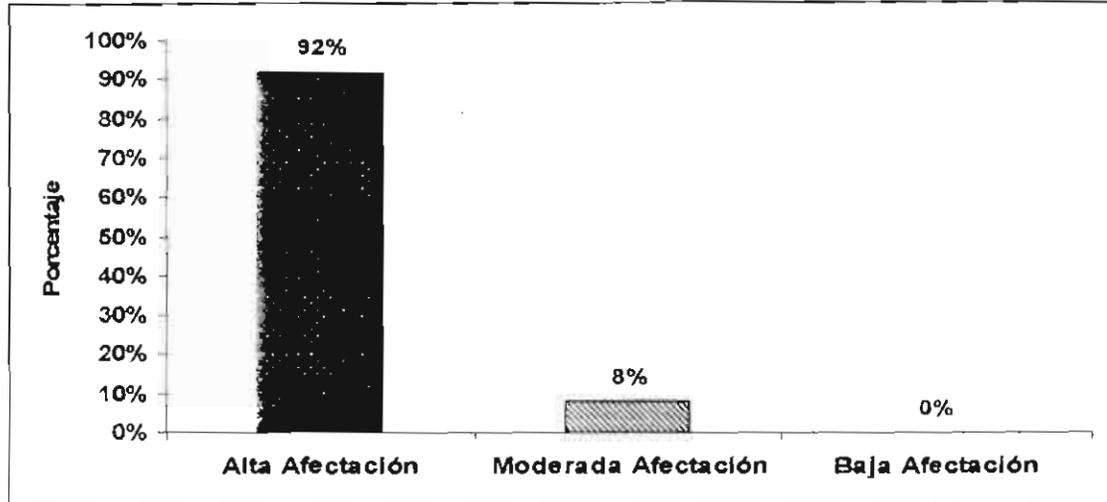


Figura 18. Nivel de Deterioro de las Enfermeras del servicio de Cirugía dentro del Área Cansancio Emocional.

Con respecto al área de Despersonalización donde se exploran aspectos referentes al rechazo de las enfermeras hacia los pacientes. Se observa un 88% con Alta Afectación, el resto 12% con Afectación Moderada. Como se observa en la *Figura 19*.

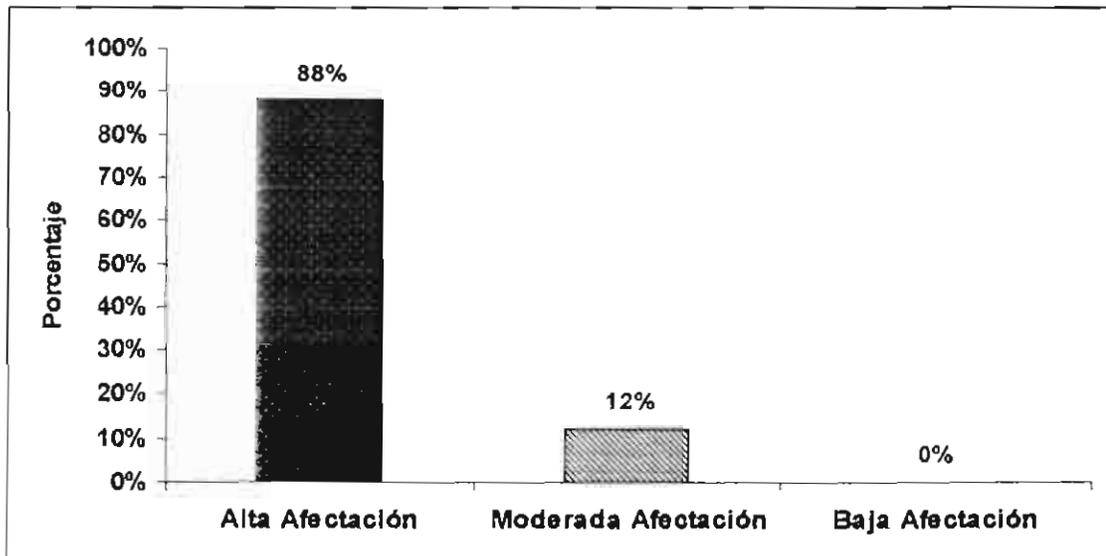


Figura 19. Nivel de Deterioro de las Enfermeras del servicio de Cirugía dentro del Área Despersonalización.

En cuanto al Área Ausencia de Realización personal, donde se encuentran reactivos que evalúan la pérdida del interés de las enfermeras(os) por realizarse personalmente, así como con conductas negativas hacia el trabajo y sus compañeros. Los datos muestran que un 58% con grado de deterioro de Altamente Afectado, siguiendo un 42% en el rubro Afectación Moderada, como se muestra en la *Figura 20*.

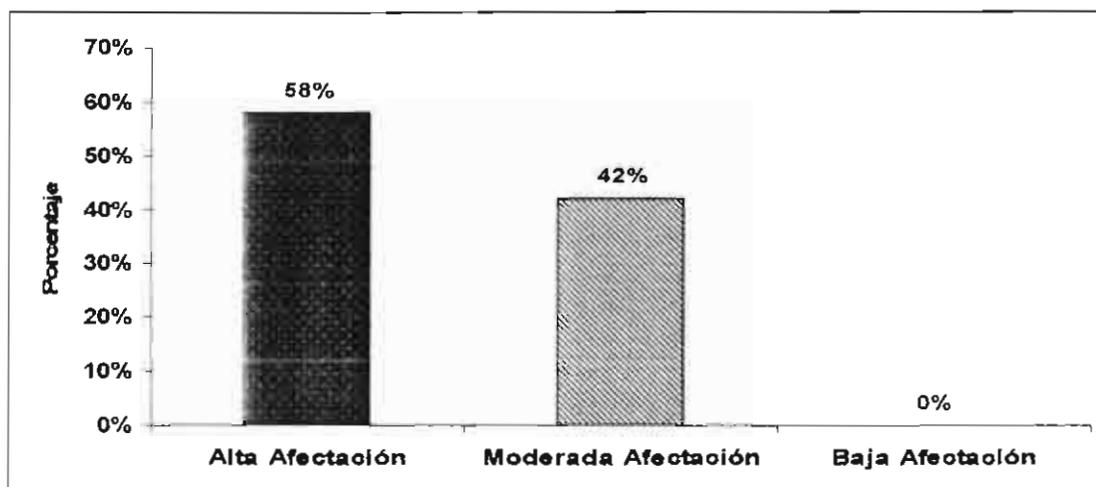


Figura 20. Nivel de Deterioro del Área Ausencia de Realización Personal de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

En lo concerniente a la **variable dependiente** insatisfacción laboral de las enfermeras (os), la cual trata de medir las respuestas negativas de su entorno de trabajo en relación a las condiciones físicas, laborales, organizacionales, interpersonales y motivacionales, que las (os) conducen a estar insatisfechos. Los datos muestran que un alto porcentaje (74%) se encuentra con Baja Satisfacción Laboral, en relación a un 14% con Alta satisfacción, entre otros. Como se muestra en la *Figura 21*

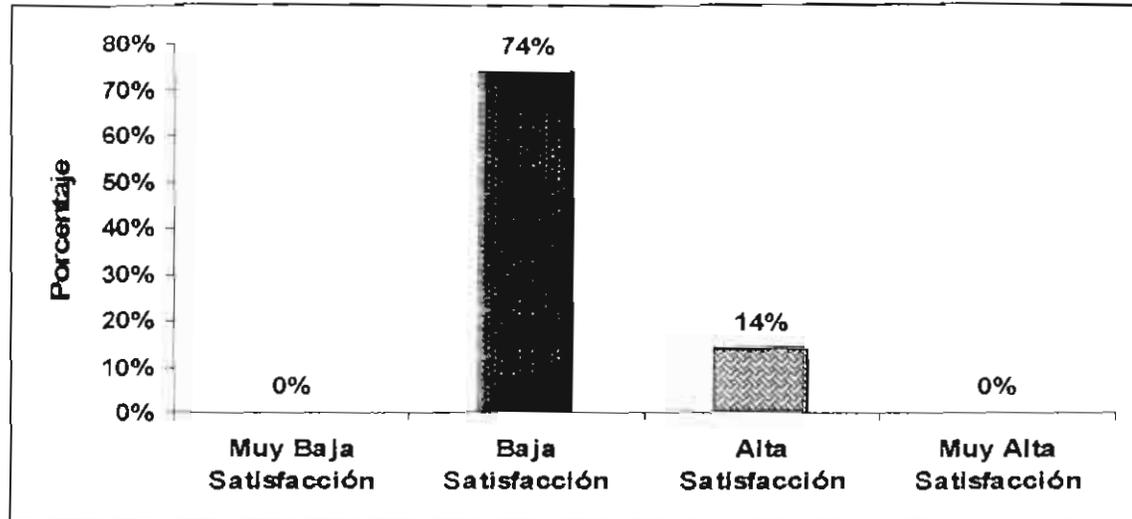


Figura 21. Nivel de Deterioro de la Insatisfacción-Satisfacción Laboral de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

En cuanto a la **asociación de las variables**: Grado de Afectación del Síndrome de Burnout y algunas variables Sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas menores de $p < 0.05$ con el sexo de mujeres, la edad: mayores de 30 años, las casadas; la antigüedad de más de 10 años de ejercer la profesión; la carga de trabajo de 40 horas, atender a más de 10 pacientes, el bajo sueldo, las que realizan labores en el hogar, entre otros. Como se observa en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Asociación entre el Grado de Afectación del Síndrome de Burnout y algunas variables sociodemográficas de las Enfermeras(os) del servicio de Cirugía.

Variable:	Gl.	Chi-cuadrada.	*Significancia.
1.- Sexo; Mujeres	1	42.320	0.001
2.- Edad: >30 años	3	24.400	0.003
3.- > Tres Hijos	4	13.000	0.002
4.- > 10 años de Ejercer	5	30.160	0.001

5.- Jornada Laboral de 40 horas/semana	1	35.280	0.001
6.- Atender 10 pacientes por Jornada.	1	32.000	0.001
7.- Labores del Hogar de más de 4 horas al día.	1	28.880	0.002
8.- El bajo sueldo	2	35.320	0.001
9.- Casadas.	2	24.520	0.003

Fuente: Directa. * $p < 0.05$.

Adicionalmente, al correlacionar el Grado de Afectación del Síndrome de Burnout con el grado de Insatisfacción Laboral se encontró correlación estadísticamente significativa para un nivel de confianza de $p < 0.05$, como se observa en el *Cuadro 2*.

Cuadro 2. Correlación entre el Índice de afectación del Síndrome de Burnout y grado de Insatisfacción Laboral de las Enfermeras (os) del Servicio de Cirugía.

Variable:	Correlación de Pearson	*Significancia.
Grado de Insatisfacción Laboral.	** .586	$P < 0.002$

Fuente: Directa. * $p < 0.05$.

VII.- DISCUSION

El propósito de este estudio, fue medir el nivel del Síndrome de Burnout y su relación con la insatisfacción laboral de las Enfermeras del Servicio de Cirugía del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. Los datos presentados muestran en los sujetos participantes un alto nivel de afectación del síndrome en las áreas comprendidas en el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), el cual se analizó tomando en cuenta los objetivos y marco teórico que lo fundamenta.

Entre los factores causales para presentar el síndrome sobresalen las condiciones físicas, laborales, organizacionales, interpersonales y motivacionales que las (os) conducen a estar insatisfechos.

En cuanto a las variables sociodemográficas para llegar a ser factores de incidencia del Burnout, los resultados del análisis estadístico permiten concluir; que el personal es relativamente joven, siendo la edad promedio de 36 años, en su mayoría femenina, casada, desempeñando el rol de madre, teniendo entre 2 a 4 hijos y realizando labores del hogar, lo cual concuerda con diversos autores tales como Cooper(2004), donde menciona que la Enfermería es una profesión casi exclusivamente femenina, debido a que en la sociedad la mujer ocupa un lugar secundario en las funciones productivas dentro de la división social del trabajo.

Asignándole históricamente funciones poco importantes dentro de la sociedad. Con lo respecta a la salud, la Enfermería se considera una actividad propia de la mujer, al ser la extensión de su rol de cuidadora dentro del ámbito familiar. Cuyas actividades implican funciones manuales, dependientes de otros profesionales de la salud, principalmente médicos, de bajo prestigio social y con baja remuneración económica al ser considerada un oficio.

Por otro lado, el tiempo de ejercer la profesión de la población objeto de estudio, oscila entre 11 a 15 años, lo que concuerda con lo referido por

Fernández (2002), donde menciona que en las instituciones públicas la mayoría del personal tiene aproximadamente de 20 años de ejercerla, trabajando 40 horas a la semana, atendiendo a más de 10 pacientes e interactuando por lo general más del 50% de su jornada laboral con estos. Lo anterior concuerda con Moreno (2000), mencionando que es más del 80% lo que interactúa el personal de Enfermería con los pacientes.

Concomitantemente se evidencia que el principal inconveniente en su trabajo, aun es y sigue siendo la baja remuneración económica (bajos sueldos) y el exceso de pacientes, aunado a las altas exigencias de estos, del personal médico y familiares, son factores de importancia para presentar el síndrome, así como para estar insatisfechos con su trabajo. Estos resultados concuerdan con lo descrito por De los Ríos (2007).

Con base a lo anterior, podemos indicar que las variables antes mencionadas guardan una estrecha relación con el Burnout, lo cual coincide con lo reportado por Gil Monte y Peiró (1997) donde mencionan que dichos factores influyen para que la Enfermería se conduzca de manera fría, distante y deshumanizada hacia sus pacientes.

La Insatisfacción laboral que se reporta, esta fuertemente asociada con el síndrome de Burnout en este grupo de Enfermeras (os), donde la falta de recursos materiales y humanos, las deficiencias en las condiciones físicas, ambientales y organizacionales; aunado a la ausencia de estímulos económicos (bajo sueldo), profesionales, motivacionales y con el deterioro de las relaciones interpersonales; repercutan en la aparición del Síndrome.

Todos estos eventos favorecen la aparición del Estrés Laboral, con lo cual el personal de Enfermería es una profesión de alto riesgo; que puede desarrollar con el tiempo enfermedad tanto física como psicológica sino se toma las medidas oportunas. Enfermedades que van desde ansiedad excesiva, trastornos de la personalidad y depresión, hasta las concurridas

enfermedades Cardio-Vasculares como Hipertensión Arterial, Infartos etc. Hasta llegar a el Suicidio, de acuerdo por lo reportado por Llor B (1995).

Se puede señalar que los datos obtenidos dan una clara evidencia del grado de afectación en las áreas de cansancio emocional, despersonalización y ausencia de realización personal.

Con la cual podemos concluir en términos generales que las enfermeras (os) estudiados, presentan un alto nivel de afectación del Síndrome de Burnout fuertemente asociado a la Insatisfacción laboral. Es importante señalar que la muestra de estudio dentro del Servicio de Cirugía en este Hospital, tiene un alto riesgo de presentar trastorno emocional causado por el Síndrome de Burnout.

El hecho de que el personal presente altos niveles de afectación en las tres áreas, es debido a que manejan niveles de frustración intensa a causa del tipo de pacientes que atienden que van desde los graves hasta los muy graves. Lo cuál requiere de mayor atención, ayuda y cuidado por este personal. Lo que hace realmente una tarea difícil para las Enfermeras (os) para que su jornada laboral sea físicamente y emocionalmente agotadora.

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 las compañeras (os) de los otros turnos, continuando el ambiente laboral, la falta de comunicación entre los altos mandos (jefatura, supervisión, etc.). Muestran abuso de autoridad, falta de material, desmotivación del compromiso en el trabajo y la ausencia de autonomía profesional. Aspectos que evidencian la presencia del Síndrome de Burnout en este personal y cuyas repercusiones se ven reflejadas directamente en la insatisfacción laboral.

Es importante reconocer la contribución laboral de las Enfermeras (os) en la ejecución de su trabajo en el proceso de recuperación de los pacientes. Con lo cuál se hace necesario crear programas de estímulos para que en este

personal, se rescaten sus habilidades, se fomente su iniciativa, creatividad, entusiasmo y la destreza en la realización de su trabajo. Sobre todo su calidad humana.

VIII.- CONCLUSIONES

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

- Los resultados muestran la presencia de un alto nivel de afectación del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del Servicio de Cirugía del Hospital seleccionado.
- Dentro de las áreas de mayor deterioro en relación al Síndrome, se encontró que la mayoría del personal muestra un alto grado de cansancio emocional.
- Existe una fuerte correlación entre el alto grado de afectación del síndrome con la Insatisfacción Laboral.
- Quienes tendrían mayor riesgo de contraer el Síndrome y por ende estar mas insatisfechos laboralmente, son aquellos que tengan mas de 30 años de edad, del sexo femenino, con mas de 3 hijos, con una antigüedad laboral de mas de 10 años, con labores del hogar y con bajo sueldo, atender a mas de diez pacientes, entre otros.
- Estos resultados fueron validados y aplicables para el ámbito en que se realizó, por haber utilizado instrumentos validos y confiables en la medición de las variables analizadas.

IX.- SUGERENCIAS

- **Al Departamento de Enfermería (Jefatura y Enseñanza):**

En base a los resultados obtenidos en este estudio, solicitamos que se elabore un programa institucional para el cambio organizacional, para el personal del área operativa del Servicio de Cirugía, como medida de prevención, detección y tratamiento del Síndrome de Burnout. Abarcando los aspectos individuales, grupales y organizacionales. Además de que se le de continuidad a nuestra investigación en los diferentes servicios, realizando estudios de seguimiento, para conocer el proceso de desarrollo y faces del Síndrome en la población de todo el Hospital.

- **Al Sindicato de los trabajadores del Hospital Central:**

1. Que retomen los datos de este tipo de estudios, para incidir conjuntamente en la salud y por ende en la calidad de vida de los trabajadores de Enfermería.
2. Que se continúe considerando el programa de becas y el programa de incentivos.
3. Conjuntamente con la jefatura de Enfermería, realizar cada año los cálculos del personal para el aumento de la plantilla del Servicio de Cirugía (Hombres y Mujeres). Lo cuál coadyuvaría a tener los indicadores racionales en relación a las necesidades del Servicio y por ende a disminuir el síndrome y su repercusión en la Insatisfacción Laboral.

- **A Otros Investigadores que deseen abordar el tema**

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

X.- LIMITANTES

Dentro del proceso de Investigación, se encontraron las siguientes limitantes:

- Los procesos administrativos dentro del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital retrasaron las actividades del proyecto.

- El cambio del servicio propuesto por la Jefatura de Enfermería del Hospital seleccionado.

- Las estereotipias del personal del servicio para negarse a participar, que fueron desde conductas agresivas hasta las de una total apatía. Producto del grado de afectación del Síndrome.

- La falta de concreción de seminarios básicos tales como el de estadística y redacción para el trabajo de tesis.

- Los tramites burocráticos por parte del comité de ética de la Facultad, que demoraron el proceso.

XI.- BIBLIOGRAFIA REFERIDA Y CONSULTADA.

- 1.-Alava, C.T. Psicología Clínico – Laboral. 2^{da} ed. Lima: Editorial San Marcos; 1984.
- 2.-Alonso M. Propuesta para mejorar la calidad de vida de los profesionales. Cuaderno de gestión para profesionales de Atención Primaria.2002; 8(3):150-152.
- 3.-Anderson WJR, Cooper CL, Willmott M. Sources of stress in the national health service: A comparison of seven occupational groups. *Work and Stress* 1996;10 (1):88-95.
- 4.-Aragones E, Labad A, Pino J.L. Estudio de los trastornos depresivos en Atención Primaria de Salud. *Psiquiatría Biológica*. 2005; 12(2):58-61.
- 5.-Asociación de Médicos Municipales de la CBA. El personal de salud, la actividad hospitalaria y la prevención del daño laboral. *Boletín Científico. Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud* 2001; 6(25).
- 6.-Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 71: 305-315.
- 7.-Baruch-Feldman C, Brondolo E, Ben-Dayana D, Schwartz, J. Sources of social support and burnout. Job satisfaction and productivity. *J Occup Health Psychol* 2002; 7(1):84-93.
- 8.-Bernardo M. La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Rev. De Psicología del trabajo y las organizaciones*.1997; 13(2):18-19.
- 9.-Bermúdez E.A. Riesgos Psicosociales del docente: violencia en las aulas y nuevas tecnologías. Publicación en línea. Granada. Año II. No. 4. 2005 enero. ISSN: 1295-1324.

- 10.-Boizan M.A. Síndrome de Burnout en médicos, psicólogos y enfermeros en un centro de Salud Mental. TT de Master en Psiquiatría Social. C.Habana. 1997.
- 11.-Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. Aten Primaria 2004; 27:459-468.
- 12.-De la Fuente L, De la Fuente E. Burnout y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. Clínica y Salud 2005; 8: 481-94.
- 13.-De Los Ríos J.L.Ed al desgaste Profesional en personal de Enfermería. Aproximaciones para un debate. Revista Médica del Instituto Mexicano del seguro Social, 2007; Vol. 45 (5): 243-502.
- 14.-De Pablo R, Suberviola J. Prevalencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 580-584.
- 15.- Diccionario de medicina Océano Mosby. Barcelona (España) Océano, 2006.
- 16.-Duch FR, Ruiz de Porras L, Gimeno D. Síndrome de Burnout en Atención Primaria. Salud Rural 1999; 8: 41-52.
- 17.-Esteva M., Larraz C., Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. Revista Clínica Española. 2006.; 206 (2): 77-83.
- 18.-Fernández MI, Moinelo A, Villarueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez J.M, et al. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. Rev Esp Salud Pública 2002; 74:139-147.

- 19.-Flores, J. El Comportamiento Humano en las Organizaciones. Lima: Universidad del Pacífico; 1992.
- 20.- Freudenberger, H.J; Staff Burnout, *Journal of Social Issues*. 1974; 30: 159-165.
- 21.-García, A.I. y Ovejero Bernal. [En línea]. Universidad de Oviedo España: Feedback Laboral y Satisfacción; 2000. <http://www3.uniovi.es/Psi/REIPS/v1n0/art3.html>
- 22.-Gil-Monte P, Peiró J. Desgaste Psíquico en el trabajo. El Síndrome de quemarse. Editorial Síntesis, 1ra ed. España; 1997. p 13-120.
- 23.-Gil-Monte P. R El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica* [en línea]. 2002 [marzo del 2009]; 19-33. Disponible en: <http://www.dpi.vem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo3.pdf>
- 24.-Gil-Monte P.R, Peiró J.M. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención Psicológica; 2002.
- 25.-Hernández L, Grau J, Chacón M, Jiménez P. Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros que laboran en el Instituto Nacional de Oncología. Tesis, Ciudad de La Habana. Facultad de Salud Pública, 1995.
- 26.-Hidalgo I, Díaz R. Estudio de la influencia de los factores laborales y socio demográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clínica* 2004; 103: 408-412.
- 27.-Hidalgo I, Díaz RJ. Síndrome de Burnout. Enfermeras vs Técnicos en un Hospital de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2004; 103:408-412.

28. - Kittleson, Ch. [en línea]. Supervisor's Safety Update. EEUU. Identifying And Correcting Unsafe Employee Attitudes And Behavior; 1996, Disponible en: <http://www.eig.com/SSUDEX.hym>
29. - Karasek, R. Demandas, desiciones y actitudes laborales. Administración Ciencias Cuantitativas. 1979 ;(24): p. 285-306.
- 30.-LaDou, J. Diagnostico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. 3ª ed. México. El manual moderno. 2005.
- 31.-Lezano S.E, Díaz J. Síndrome de Burnout. Una epidemia de este siglo. Trabajo Final Psicología II. C. de la Habana. 2003.
- 32.- Lazarus, R.S; Folkman, S. Stress appraisal and coping. Nueva York: Springer Publishing. 1984.
- 33.-Llor B, Abad M.A, García M, Nieto J. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Madrid: Mc Graw-Hill- interamericana de España; 1995.
- 34.-Manassero, M. A., García, E., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Ramis, C., y Gili, M. Análisis causal del Burnout en la enseñanza. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2000;16 (2); 173-195.
- 35.-Manzano G., Ramos F. Enfermería hospitalaria y síndrome de Burnout. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2000; 16 (2); 197-213.
- 36.-Marín M, Esteban A, Palma C, Vega M. Burnout en profesionales sanitarios en formación del Hospital Universitario. San Dureto Psiquiatría. Com.2005; 9 (4).
- 37.-Maslach C, Jackson S E. " MBI Maslach Burnout Inventory. Manual Research". California, Palo Alto University. 1996.
- 38.- Maslach C, Jackson S E. " MBI Maslach Burnout Inventory. Manual Palo

Alto, California: Consulting Psychologists Press. 1981.

39.-Mira J, Vitaller J, Buil J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 2004; 14: 1135-40.

40.-Molina J. M, Avalos F, Jiménez I. Burnout en enfermería de atención Hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 2005; 15 (5).

41.-Moreno, B. La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista Psicología del trabajo y las organizaciones* 2000; 13 (2): 185-207. 55. / – Gispertt

42.-Nyclicef I, Pop V.J. La depresión anterior y familiar predice los síntomas del Burnout profesional. *J. Affect Disord* 2005; 88(1): 63-68.

43.-Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la Satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999. 24: 352- 359.

44.-Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 2003; 22: 352-59.

45.-Pando M, Bermúdez D, Aranda C, Pérez J. Síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. *Revista Salud y Trabajo* 2000. p 1:12-15.

46.-Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: From tedium to personal growth. New York: Free Press; 2002.

47.-Robbins, S.P. Comportamiento Organizacional 8ª ed. México: Prentice Hall; 1998.

48.-Roca M.A, Torres O. Un estudio del síndrome de Burnout y su relación con el sentido de coherencia. *Rev. Cubana de Psicología*, Núm. 2; 2001.

- 49.-Rodríguez J, Blanco M, Issas S, Romero P, Ganoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el Burnout en médicos de atención Primaria. Atención Primaria. 2005; 36 (8):442-447.
- 50.-Román J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(2):103-10.
- 51.-Toppinesn S, Ojajarvi A, Vaananen A. et.al. El Burnout como predictor de ausencias laborales y sus causas diagnosticadas. Behavioral Medicine. 2005; 31(1):18-27.
- 52.-Van, B. Tratado de Psicología Empresarial. En: España: Ediciones Martínez Roca S.A: 1976.
- 53.- Selye, H. El estrés sin socorro. Filadelfia: B. Lippincott co; 1974.
- 54.-Varela G, Salinero J.M, Sirella C, Lemus F.J, Heros F. R. Estrés Laboral de la habana. 2004.
- 55.-Werther, W.B, y Davis, K. Administración de personal y Recursos Humanos. México: McGraw Hill; 1996.
- 56.-Wexley, K.N. G.A. Conducta Organizacional y Psicología del Personal. México: Compañía Editoria Continental S.A; 1990.
- 57.-Williams, S. y Cooper L. Manejo del estrés en el trabajo. México, Manual Moderno S.A. de C.V 2004.

XII.-ANEXOS

Anexo 1.

Hoja de Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

CARTA DE PARTICIPACIÓN CONSENTIDA

Estimada (o) Compañera (o):

Con objeto de conformar un breve análisis sobre la situación de la salud del personal de enfermería del servicio de Cirugía Hombres y Mujeres; es importante para nosotros conocer algunos aspectos relacionados con su salud, por tal motivo, le pedimos de la manera mas atenta, nos regale unos minutos de su tiempo para contestar éste cuestionario, respondiendo con sinceridad a cada pregunta. No existen preguntas "buenas" ó "malas", la respuesta correcta es aquella que mejor exprese su experiencia de acuerdo a su estado de salud. Para su tranquilidad, hemos omitido pedir el nombre para garantizar el anonimato. La información que usted proporcione se mantendrá en estricta confidencialidad.

Consideramos que su ayuda será de gran utilidad, ya que los resultados del presente estudio permitirán tomar las medidas necesarias para el mejoramiento de la salud del personal de enfermería.

Deseamos expresarle nuestro aprecio, por el tiempo que nos dedique y agradecemos de antemano su participación.

Sí acepto Participar:

Nombre y firma del Investigador Responsable:

Anexo 2.
Cuestionario Datos
Sociodemográficos.

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

INSTRUCCIONES.

Por favor, conteste las siguientes cuestiones. En las preguntas donde aparecen varias opciones de respuesta, marque con una cruz (X), aquella que sea de su preferencia.

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 ()

4.- Numero de hijos:

- A. Ninguno ()
B. Uno ()
C. Dos ()
D. Tres ()
E. Cuatro ()
F. Mas de 4 ()

5.- Servicio en el que labora:

- A. Urgencias ()
B. Medicinas ()
C. Cirugia ()
D. Diallisis ()
E. UCI ()

6.- Categoria laboral:

- A. Auxliar de Enfermeria ()
B. Enfermera General ()
C. Enfermera Especialista ()
D. Jefe de Piso ()

7.- Contratación laboral:

- A. De Base ()
B. Eventual ()

8.- 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 ()

9.- Turno donde labora

- A. Matutino ()
B. Vespertino ()
C. Nocturno ()

10.- Numero de horas que trabaja a la semana

- A. 40 horas ()
B. 41 a 46 horas. ()
C. Mas de 46 horas. ()

11.- ¿Realiza otras guardias a la semana

- A. No ()
B. Sí () No. De Dias: _____

12.- Numero de Pacientes que atiende diariamente:

_____ pacientes

13.- ¿ Que tiempo de su jornada laboral pasa en interacción (cara a cara) con los pacientes?

- A. Más del 50%. ()
B. El 50%. ()
C. Menos del 50%. ()

14.-¿ Tiene que realizar labores del hogar en su casa?:

- A. Sí () ¿ cuántas horas?: _____
B. No ()

15.-¿ En el ultimo año, marque si ha tenido ausencias en su trabajo por enfermedad, asi como la causa:

- A. Si tuve ausencias () Debido a: _____

- B. No tuve ausencias ()

16.- Señale el numero de dias que a lo largo del año ha faltado por dicho motivo:

- A. Menos de dos dias ()
B. De tres a cuatro dias ()
C. De cinco a siete dias ()
D. De ocho a quince dias ()
E. Mas de quince dias. ()

17.- Señale (solo una respuesta), según sea su opinión, ¿cuál es su principal aliciente en su trabajo como enfermera (o)?

- A. La Enfermería en sí. ()
B. La autonomía personal. ()
C. Las relaciones con las compañeras ()
D. Las relaciones con los pacientes. ()
E. Las relaciones con los jefes. ()

18.- Señale (solo una respuesta), según sea su opinión, ¿cuál es el principal inconveniente de su trabajo como enfermera (o)?

- A. El sueño. ()
B. Lsa relaciones entre compañeras. ()
C. El exceso de pacientes. ()
D. La falta de base definitiva. ()
E. El ambiente de trabajo. ()

Anexo 3.

Cuestionario Breve de Burnout.



En el siguiente apartado, encontrará una serie de afirmaciones que describen situaciones y experiencias de enfermeras que tienen un trabajo 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 el número que corresponda a su propio caso de acuerdo a las siguientes categorías:

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

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

1. Me siento identificada (o) con mi trabajo. 1 2 3 4 5

2. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. 1 2 3 4 5

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

	Ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
	1	2	3	4	5
	En ninguna ocasión	Ocasionalm ente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
	1	2	3	4	5
1.- En general estoy más bien harta (o) de mi trabajo.	1	2	3	4	5
2. Me siento identificada (o) con mi trabajo.	1	2	3	4	5
3.- Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.	1	2	3	4	5
4.- Mi jefa (e) me apoya en las decisiones que tomo.	1	2	3	4	5
5.- Desde el punto de vista personal, mi trabajo como enfermera (o), no me motiva lo suficiente en la actualidad.	1	2	3	4	5
6.- Mi trabajo actual carece de interés.	1	2	3	4	5
7.- Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor.	1	2	3	4	5
8.- Las compañeras enfermeras (os) nos apoyamos en el trabajo.	1	2	3	4	5
9.- Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.	1	2	3	4	5
10.- Los pacientes a los que tengo que atender, reconocen muy poco los esfuerzos que hacen por ellos.	1	2	3	4	5
11.- Mi interés por superarme en mi profesión como enfermera (o), es escaso fundamentalmente.	1	2	3	4	5
12. Considero que el trabajo que realizo, repercute en mi salud (dolor de cabeza, insomnio, pérdida o aumento de peso, etc.)	1	2	3	4	5

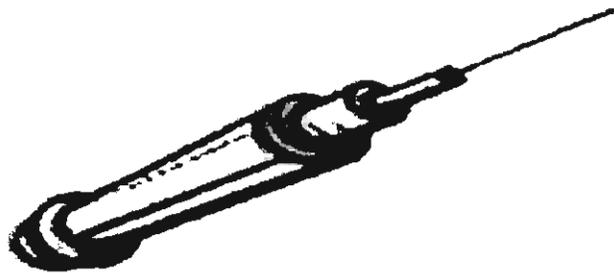
¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

Ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
13.- Mi trabajo es muy repetitivo.	1	2	3	4	5
14.- Me siento estresada (o) por mi trabajo.	1	2	3	4	5
15.- Me gusta el ambiente y las condiciones físicas de mi trabajo.	1	2	3	4	5
16.- El trabajo está afectando mis relaciones familiares y de trabajo.	1	2	3	4	5
17.- Procuro no involucrarme emocionalmente con los pacientes en el trabajo.	1	2	3	4	5
18.- El trabajo que realizo se aleja de todo lo que yo hubiera deseado.	1	2	3	4	5
19.- Mi trabajo me resulta muy aburrido.	1	2	3	4	5
20.- Los problemas en mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.	1	2	3	4	5
21.- Me parece que los pacientes y sus familiares me culpan de algunos de sus problemas.	1	2	3	4	5

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.

Anexo 4.

Questionario Insatisfacción
Satisfacción Laboral



En el siguiente apartado, encontrará una serie de afirmaciones que describen situaciones y experiencias de la vida cotidiana en el trabajo de la mayoría de las enfermeras.

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

EJEMPLO:

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

¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?

1.-Me parece que hace falta mejorar las condiciones físicas de mi trabajo.

Siempre () Casi Siempre (X) En pocas Ocasiones () Nunca ()

2.-Mi trabajo exige desplazarme continuamente de un lugar a otro.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones (X) Nunca ()

1.- Me parece que son inadecuadas las condiciones del lugar de mi trabajo (falta de espacio, ruido, iluminación, etc.).

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

2.- Siento que en mi trabajo prevalece la incertidumbre, falta de continuidad en las acciones, falta de reconocimiento en el mismo, etc.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

3.- Me parece que es escasa la posibilidad de promoción y ascenso en mi trabajo.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

4.- El salario es inadecuado.

Siempre () Casi Siempre () En pocas ocasiones () Nunca ()

5.- Existen malas relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

6.- Existen malas relaciones interpersonales entre las compañeras (os) del servicio.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

7.- Las jefes tienen malas relaciones con las enfermeras operativas de los servicios.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

8.- Me parece que el horario y el tiempo de trabajo que permanezco es inadecuado.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

9.- Me parece que los desplazamientos a ciertos lugares de los servicios es inadecuado.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

10.- Mi trabajo me exige desplazarme frecuentemente de un cubículo a otro.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

11.- Me parece que tengo sobrecarga de trabajo.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

12.- Siento que me exigen demasiada responsabilidad en el trabajo.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones ()

13.- Me parece que tengo algunas dificultades en las tareas a realizar en mi trabajo.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

14.- Creo que existe monotonía y repetitividad en las tareas del trabajo a realizar.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

15.- Me parece que tengo algunas dificultades para atender adecuadamente las demandas familiares.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

16.- Me parece que me falta apoyo y reconocimiento en mi trabajo por parte de mi esposo (a) ó de mis familiares.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

17.- Me parece que he tenido problemas familiares debido a mi trabajo.

Siempre () Casi Siempre () En pocas Ocasiones () Nunca ()

De las 17 situaciones anteriores, ponga Usted el número de cinco aspectos que crea que influyan más en su **insatisfacción laboral** (Señalar solo 5 y por orden de prioridad, 1°, 2°, 3°, 4° y 5°).

1° _____, 2° _____, 3° _____, 4° _____ 5° _____