



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT
EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE
ENFERMERÍA, EN UN HOSPITAL PÚBLICO
METROPOLITANO DE BUENOS AIRES,
ARGENTINA”

Tesista: Salomé Serial

Legajo: 36039

Tutor: Magister: Valeria Torre

Campus y turno: Centro. Turno mañana

Período: Febrero, 2013.

DEDICATORIA

A mi padre y a mi madre que han sido quienes me han enseñado desde siempre la importancia del Hospital Público y la pasión por su profesión.

AGRADECIMIENTO

Antes de adentrarme en la investigación realizada, quisiera agradecerle a personas e instituciones sin las cuales no habría podido llegar a esta instancia.

En principio agradecerles a mis profesores de la Universidad Abierta Interamericana, por transmitirme en estos 5 años, todos sus conocimientos y la pasión por la psicología. Cada uno de ellos, en mayor o menos medida han marcado mi andar en este recorrido.

Al Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a cada uno de los enfermeros y enfermeras que accedieron con gusto a formar parte de este trabajo.

A mis compañeros de la carrera por el apoyo mutuo que nos brindamos en esta última etapa.

A amigos íntimos, familiares y a mi novio que estuvieron siempre apoyándome en esta etapa de mi vida. Que han sabido comprender esos momentos donde solo me dedicaba al estudio.

A mi mamá Sonia y mi papá Alejandro, por transmitirme de chica el interés por el Hospital Público, sus problemáticas y la labor de los enfermeros en el mismo.

A la tutora de la presente tesis, la Magister Valeria Torre, por haber aceptado guiarme en este proceso. Sin su apoyo, respaldo y guía esto no hubiese sido posible. Como así también al profesor, Licenciado Sergio Remesar, por brindarme su ayuda en este tramo final.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
INDICE	4
RESUMEN	8
CAPITULO 1	10
INTRODUCCIÓN	11
1.1 INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA	15
1.3 ANTECEDENTES	16
Investigaciones Internacionales:	16
Investigaciones Nacionales:	22
CAPITULO 2	27
MARCO TEÓRICO	28
2.1 SÍNDROME DE BURNOUT	28
2.2 ENFERMERÍA	39
2.2.1 ENFERMERÍA EN ARGENTINA	40
2.3 EL HOSPITAL PÚBLICO	47
2.3.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTO DEL HOSPITAL EN GENERAL:	48
2.3.1.1. CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL:	48
CAPITULO 3	53
CAPITULO 3	54
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	54
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	54
3.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	54
3.2.1 Objetivos Generales	54
3.2.2 Objetivos Específicos	54
3.3 ESTRATEGIA TEÓRICO METODOLÓGICA	55
3.4 ALCANCE DE LOS OBJETIVOS	55
3.5 CONTROL EN EL DISEÑO DE PRUEBAS	55
3.6 SECUENCIA TEMPORAL	56

3.7 TIPO DE FUENTES.....	56
3.8 UNIVERSO.....	56
3.9 MUESTRA	57
- Criterio de inclusión:	57
- Criterios de exclusión:	57
3.10 HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
A. La encuesta	58
B. MBI –Inventario de Burnout de Maslach.....	59
3.11 PROCEDIMIENTOS	62
3.12 HERRAMIENTA PARA EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	62
3.13 PRESENTACIÓN DE DATOS	63
3.14 VALIDEZ Y FIABILIDAD.....	63
CAPÍTULO 4	65
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	66
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	66
4.2 FRECUENCIA DEL SÍNDROME SEGÚN VARIABLES SOCIDEMOGRÁFICAS.....	72
4.3 RESULTADOS	78
4.3.1 PREVALENCIA DE BURNOUT	79
4.3.2 PUNTUACIONES DE LAS SUBESCALAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	80
4.3.3 BURNOUT Y EDAD	83
4.3.4 BURNOUT Y SEXO.....	84
4.3.5 BURNOUT Y LUGAR DE RESIDENCIA	85
4.3.6 BURNOUT Y ESTADO CIVIL	86
4.3.7 BURNOUT Y JEFE DE HOGAR	88
4.3.8 BURNOUT Y NIVEL DE FORMACIÓN	89
4.3.9 BURNOUT Y ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN	91
4.3.10 BURNOUT Y ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN	93
4.3.11 BURNOUT Y TURNO DE TRABAJO.....	94
4.3.12 BURNOUT Y EXISTENCIA DE OTRO TRABAJO	96
4.3.13 RESULTADOS DE BURNOUT Y EXISTENCIA DE HIJOS.....	97
CAPÍTULO 5	100
CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.....	101

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
ANEXOS.....	118

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.....	47
TABLA 2.....	47
TABLA 3.....	51
TABLA 4.....	52
TABLA 5.....	79
TABLA 6.....	80
TABLA 7.....	81
TABLA 8.....	82
TABLA 9.....	83
TABLA 10.....	83
TABLA 11.....	84
TABLA 12.....	84
TABLA 13.....	85
TABLA 14.....	85
TABLA 15.....	86
TABLA 16.....	86
TABLA 17.....	87
TABLA 18.....	88
TABLA 19.....	88
TABLA 20.....	89
TABLA 21.....	89
TABLA 22.....	90
TABLA 23.....	91
TABLA 24.....	92
TABLA 25.....	92
TABLA 26.....	93
TABLA 27.....	94
TABLA 28.....	94
TABLA 29.....	95

TABLA 30.....	96
TABLA 31.....	96
TABLA 32.....	97
TABLA 33.....	97
TABLA 34.....	98
TABLA 35.....	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	66
GRÁFICO 2.....	67
GRÁFICO 3.....	67
GRÁFICO 4.....	68
GRÁFICO 5.....	68
GRÁFICO 6.....	69
GRÁFICO 7.....	69
GRÁFICO 8.....	70
GRÁFICO 9.....	70
GRÁFICO 10.....	71
GRÁFICO 11.....	71
GRÁFICO 12.....	72
GRÁFICO 13.....	73
GRÁFICO 14.....	73
GRÁFICO 15.....	74
GRÁFICO 16.....	74
GRÁFICO 17.....	75
GRÁFICO 18.....	76
GRÁFICO 19.....	76
GRÁFICO 20.....	77
GRÁFICO 21.....	78
GRÁFICO 22.....	78
GRÁFICO 23.....	79
GRÁFICO 24.....	80
GRÁFICO 25.....	81
GRÁFICO 26.....	82

RESUMEN

El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte, su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El Síndrome de Burnout se define como respuesta al stress laboral crónico, que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales.

En la actualidad esta problemática es importante debido a que daña la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, la calidad y tratamiento que se brinda a los pacientes.

Esta investigación es cuantitativa, descriptiva, no experimental y transversal, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de enfermería en un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires (Argentina). Además, se buscó identificar las dimensiones más afectada, indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de Burnout, según variables sociodemográficas como ser: edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, si es jefe/a de hogar, nivel de formación, antigüedad en la profesión y en la Institución, turno de trabajo, existencia de otro trabajos y de hijos.

Se trabajó con el universo conformado por 240 enfermeras(os) perteneciente a los diferentes sectores del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires, a quienes se les suministraron dos instrumentos: una encuesta sociodemográfica y laboral, y el «Maslach Burnout Inventory».

De los 240 sujetos de la población, el 100% ($n=240$) respondieron al cuestionario. El 46,7% de los entrevistados presentaron un bajo grado de Agotamiento Emocional, de Despersonalización el 44,2% y un alto grado de Realización Personal el 50,8%. Con respecto al Síndrome de Bournout, se observó un grado bajo a pesar de que solo un 15,8% presentaba puntuaciones normales en las 3 subescalas. El cansancio emocional fue más frecuente en enfermeros auxiliares, profesionales con una antigüedad en la profesión y en la institución de más de 26 años, que trabajan en el turno de 06 a 12 horas y,

aquellos sujetos que tienen hijos. En tanto, los niveles más altos de Despersonalización correspondieron a los trabajadores que son jefes de hogar, del sexo masculino y sin hijos. Por su parte, la dimensión más afectada en nuestra población fue la Realización Personal, donde los viudos presentaron el menor índice. En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que el sexo, el estado civil, jefe de hogar, el nivel de formación, la antigüedad en la profesión e institución, el turno de trabajo y la existencia de hijos, son variables que se correlacionan de forma estadísticamente significativa con alguna de las tres subescalas del inventario del Burnout de Maslach. Los resultados de la investigación demostraron la falta de significación encontrada en las escalas de Burnout con relación a la edad, el lugar de residencia y la existencia de otro trabajo. Una vez realizado el análisis de los datos, se observó que el personal de enfermería que trabaja en el Hospital no presentó niveles elevados de Burnout, como el que se pensó al principio de este estudio.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de Burnout, Hospital Público Metropolitano, Enfermería.

CAPITULO 1

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermería es una de las profesiones dentro del campo de la salud que incluye las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, como así también la prevención de las enfermedades, de forma libre o en relación de dependencia bajo indicación y control médico (Manrique Maigua, 2007).

El enfermero se encarga del cuidado del paciente, al que intentará ayudar con recursos que la formación académica le han brindado, pero también al entablar una cordial relación con el paciente y el entorno, propiciando en todo momento su bienestar.

Se plantea así al profesional de enfermería como aquel capaz de entender a otras personas y ayudarlas a identificar sus necesidades y dificultades.

Poder asumir este rol profesional implica, por un lado una actitud de entrega, por el otro estar diariamente frente al sufrimiento, el dolor y hasta la muerte.

Siguiendo esta misma idea Beare (1996 citado en Manrique Maigua, 2007), sostiene que el profesional de enfermería no sólo se ocupa de las necesidades de higiene y de mantenimiento vital sino que también se encarga de las necesidades emocionales y psicológicas que emergen como consecuencia de haber perdido la salud.

Frente a tantos requerimientos y exigencias ¿Qué pasa cuando el que tiene que cuidar no puede hacerlo? ¿Puede siempre responder satisfactoriamente? ¿Qué pasa si se agota, se enferma? ¿Se da cuenta? ¿Algo de su propio ejercicio profesional lo enferma? ¿Qué relación existe entre las condiciones de trabajo y el bienestar o no que él experimenta en su trabajo? ¿Hace modificaciones o las exigencias de su rol no le permiten conductas más saludables?

Según la Organización Mundial de la Salud (2000 citado en Bertolote & Fleischmann 2001-2002), la tarea de la enfermería, tiene como finalidad en la sociedad la de ayudar tanto a los individuos como familias y grupos a

establecer, alcanzar su potencial físico, mental y social, y ejecutarlo dentro del contexto en que viven y trabajan. En base a lo dicho se desprende que el principal objetivo de la enfermería es tanto la promoción como el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, como así también la de brindar la asistencia y los cuidados correspondientes durante la misma y su rehabilitación.

Entonces, ante esta situación compleja de su ejercicio profesional, se empezó a detectar que estos enfermeros que debían atender el sufrimiento de paciente también sufrían, muchas veces sin saber, o sólo sintiendo: fatigas crónicas, cefaleas, dolores musculares.

Así mismo aumentaban el consumo de drogas, fármacos, tabaquismo y/o alcohol, ausentismo laboral. Irritabilidad, distanciamiento afectivo de las personas a las que atiende.

En el año 1982, las autoras Maslach y Jackson (citado en Zaldúa, Lodieu & Koloditzky, 2005), propusieron el denominado Síndrome de Burnout, para nombrar al estrés crónico que padecían los profesionales de los servicios de salud, cuya tarea requiere de un cuidado profundo y continuo con sujetos que se encuentran en una situación de necesidad o dependencia.

A lo largo de los años fueron surgiendo diferentes conceptualizaciones acerca del Síndrome de Burnout. Martínez (1997), propone una definición que abarca diferentes aspectos, logrando de este modo hacerla más compleja:

Síndrome resultante de un prolongado estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con los otros, en el cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Este síndrome abarca principalmente síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización, Sensación de Reducido Logro Personal, y problema de relaciones interpersonales. Además de estos aspectos individuales este Síndrome se asocia a elementos laborales y organizaciones tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción personal (en Zaldúa, Lodieu & Koloditzky, 2005, p. 57).

La OMS (1994 citado en Albanesi de Nasetta, 2004), reconoce que el "Burnout es un síndrome que se ha transformado en un grave problema

enfrentado por los que cuidan la salud de las personas afectadas por enfermedades crónicas, que inciden tanto en el staff como en los miembros de una familia” (p. 2).

En nuestro país también el Síndrome de Burnout afecta al personal de enfermería y lamentablemente en los últimos tiempos, según las estadísticas, hubo un claro incremento de la enfermedad.

Gil-Monte y Marruco (2006), durante la última década, en diferentes investigaciones realizadas en Argentina al personal sanitario, obtuvieron como resultados altos porcentajes de prevalencia del Síndrome de Burnout en dichos trabajadores:

- Zaldúa, Lodieu y Koloditzky (2000), el 16,8% de los médicos padecían dicho Síndrome y solo el 4,9% de enfermeros.
- Morin Imbert (2002) el 58,8% de los enfermeros obtuvieron altas puntuaciones en despersonalización.
- Reyes, Soloaga & Perez Quintana (2005), obtuvieron que el 73,3% de médicos y enfermeros se encontraban cursando dicho cuadro.

Según Gil-Monte y Moreno Jiménez (2007) diferentes organizaciones internacionales (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo) y nacionales (Superintendencia de Riesgos Laborales, Ministerio de Salud de la Nación), ubican al síndrome entre las patologías laborales, que deben ser prevenidas y que demandan programas de intervención dirigidas a la prevención y tratamiento.

En la actualidad en una investigación llevada a cabo por Wolfberg (citado en Sousa Dias, 2012, abril 18), se arribó al resultado de que el Burnout o el “*síndrome del quemado*” ya afecta a 1 de cada 3 profesionales que trabajan con personas.

Estas cifras, indican que el Síndrome de Burnout es un problema de gran dimensión, que trae aparejado consecuencias personales como así también laborales negativas. Esta situación fue uno de los motores de esta tesis para poder indagar si los antecedentes se repetían.

Así mismo, nuestro país ha atravesado en los últimos tiempos situaciones de privatización, mercantilización y ajuste que conducen al

deterioro de las condiciones de trabajo y a la precarización del sector de salud. Por otro lado, los efectos del desempleo y la marginación provocan en la población problemáticas de salud y carencias en las condiciones de vida que dificultan el trabajo y el logro de los objetivos terapéuticos.

En Argentina, el crecimiento de la desigualdad y pobreza, las políticas económicas –y por consiguiente de las políticas de salud- causaron desplazamientos que tendieron a la desprotección social. Por un lado la concentración por grupos económicos internacionales de efectos de salud (clínicas, seguros y servicios), sumado a la tendencia de atender desde lo público a los carenciados, desempleados y sin cobertura, hicieron aumentar las urgencias y la falta de recursos, provocando que la población fragilizada y dañada dirija sus demandas al Hospital.

De esta manera, la tarea de los profesionales de la salud se hace muy estresante y la desprotección social impacta al profesional, limitando sus posibilidades.

Por último y no menos importante, la falta de reconocimiento a su labor profesional generan un quiebre en la manera en que afrontan la realidad los trabajadores de la salud (Bottinelli, 2006, marzo 21; Zaldúa, Lodieu, Bottinelli, Gaillard & Pawlowicz, 2003).

Esta investigación se centrará en los avatares que transitan y sortean los enfermeros y enfermeras asistenciales de un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires, Argentina.

La salud es un tema de gran importancia en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, la atención mayormente está dirigida a los pacientes, pero ¿Quién se ocupa de la salud y el bienestar de los profesionales que nos cuidan?

El personal asistencial de enfermería del Hospital se enfrenta frecuentemente a situaciones que lo expone a grandes cargas traumáticas como ser: la muerte, el trato con pacientes problemáticos y con los familiares de los mismos, a la posibilidad de sufrir accidentes laborales que pongan en riesgo su salud, entre otras cosas.

Todo esto expone, constantemente, a los profesionales a reposicionarse en su rol de enfermeros y afrontar dichas situaciones. Así mismo las condiciones de trabajo muchas veces no superan las expectativas de los

trabajadores y estos en pos de realizar con éxito su labor, se exigen más de lo que pueden (Gatto, 1999; Tonon, 2003).

Día a día estos enfermeros arriesgan de diversos modos sus vidas por las de otros, es justo que alguien se ocupe de ellos.

Ante el panorama descrito se hace necesario estudiar el síndrome de Burnout y elaborar estrategias de prevención como un derecho básico de protección de la salud de los enfermeros.

Por esto es que se planteó desde esta investigación la siguiente pregunta: *¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus principales áreas de afectación, en el Personal Asistencial de Enfermería en un Hospital Público Metropolitano¹ de Buenos Aires, Argentina, durante el período noviembre del 2012?*

1.2 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

Ocuparse de la salud de los profesionales de enfermería es ocuparse de la salud de los pacientes y sus familias, es ocuparse de la salud pública y por ende es ocuparse de uno de los derechos humanos más importantes: el derecho y el acceso a la salud pública de calidad para todos.

Los datos obtenidos por medio de este trabajo permitirán en primer lugar acceder a un conocimiento actualizado acerca del síndrome de Burnout y su relación con el personal asistencial de enfermería en un Hospital Público.

Por otro lado le aportarán al profesional psicólogo/a que hace su inserción laboral en el hospital, no sólo preocuparse por la salud mental de los pacientes que allí acuden sino ocuparse de la salud de los trabajadores de enfermería, planteando estrategias tendientes a mejorar la calidad de su trabajo y su bienestar.

Recordemos el sufrimiento propio y ajeno con el cual estos trabajadores conviven diariamente y pocas veces tienen conciencia de lo que ello implica para su bienestar psicológico. Comenzar a explicitar estas situaciones tanto a nivel individual como a nivel institucional (gestión), permite detectar

¹ Por resguardo ético de la Institución donde se desarrolló el proyecto de investigación, no se va a hacer mención el nombre del Hospital. Código de Núremberg (1947). Resolución 1154/2003 del Ministerio de Salud de la Nación, Comisión de Salud Investiga.

tempranamente situaciones que enferman y también realizar acciones preventivas que permitan cambios que beneficien la salud de los trabajadores.

Entonces tomar conocimiento del fenómeno permite generar políticas laborales y de salud, que tiendan a reflexionar sobre las condiciones y exigencias de los trabajadores y propiciar acciones preventivas.

1.3 ANTECEDENTES

Investigaciones Internacionales:

En España, Deschamps Perdomo, Olivares Román, Luis De la Rosa Zabala y, Asunsolo del Barco (2001), realizaron un estudio con el objetivo de analizar la evidencia científica que existe sobre la influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería. Para llevarlo a cabo, revisaron varias bases de datos descriptores específicos y según criterios de inclusión se ha obtenido la bibliografía.

Se localizaron 40 artículos, de los cuales, 16 corresponden a estudios en enfermeras y 24 sobre médicos, principalmente médicos en formación. A raíz del análisis exhaustivo de las mismas arribaron a la conclusión de que parece existir una relación entre la influencia de los turnos de trabajo y de las guardias nocturnas, con la aparición del síndrome de Burnout, en médicos y enfermeras.

En el mismo país (España), en el año 2002, Moreno, González y Garrosa realizaron una investigación en Madrid sobre el “Desgaste profesional en Hospitales”, poniendo especial atención a la influencia de las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, etc.) en la incidencia de Síndrome de Burnout, específicamente en el personal de enfermería. Además de dichas variables se le agregaron otras de carácter personal como ser las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos y los modelos de personalidad resistente.

Para llevar a cabo la investigación empleó el cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (DCPE). Los resultados de la investigación demostraron la falta de significación encontrada en las escalas de Burnout con relación al sexo, relación personal, edad, años de experiencia en el puesto de

trabaja, turno de trabajo, número de pacientes que atiende, etc, sumado también, a la escasa o nula relación existente entre las variables sociodemográficas y el síndrome de desgaste profesional. Sin embargo, han aparecido efectos significativos en la variable de agotamiento emocional en base al número de hijos; despersonalización en cuanto al número de interacciones; y falta de realización personal en cuanto a la situación laboral, es decir si son contratados o no.

Otra investigación en el mismo país, ahora en un Hospital Clínico Universitario realizada por Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Dominguez (2004), estudiaron el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

El objetivo de la investigación era determinar la prevalencia de dicho síndrome en los profesionales de la salud, en este caso, los enfermeros del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y su relación con factores sociodemográficos, laborales e institucionales.

El método utilizado fue el Maslach Burnout Inventory, en su versión válida en español. La población a la cual se estudió, estaba constituida por 622 profesionales divididos en dos grupos: a) enfermeros/as y b) auxiliares/técnicos.

A su vez la muestra se dividió en cuatro grupos: 1) oncología-hematología oncológica, 2) urgencias, 3) UCI (Unidad Cuidados Intensivos) y 4) grupo general. Los resultados obtenidos demostraron que el personal de enfermería estaba más despersonalizado y menos realizado que el grupo de auxiliares técnicos. Así mismo, al analizar las cuatro escalas en cada uno de los servicios, obtuvieron que el agotamiento era más elevado en el personal de oncología y urgencias, la despersonalización fue superior en el grupo de urgencias, y finalmente, el Burnout propiamente dicho fue mucho más elevado en el área de oncología y urgencias. Aquellos profesionales que indicaban que su trabajo era poco reconocido, tenían peores puntuaciones en el Burnout y en sus tres dimensiones.

Díaz-Muñoz Crespo (2005), realizó un estudio descriptivo para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en un hospital cardiológico monográfico de la Comunidad de Madrid, incluyendo enfermeras y auxiliares de Enfermería de la unidad de hospitalización y la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC). Para la obtención de datos se recogieron variables

sociolaborales de los sujetos de estudio y se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI). De los 52 sujetos de la población, 26 (50%) respondieron al cuestionario: 22 mujeres, edad media 41 años, la mayoría con pareja (58%) e hijos (61%); antigüedad laboral media de 15 años. El 8% de los entrevistados presentaron un alto grado de Agotamiento Emocional, de Despersonalización el 31% y un bajo grado de Realización Personal el 38,5%.

Ninguno de los entrevistados cumplía criterios de quemado. El cansancio emocional fue más frecuente en mujeres, solteros, sin hijos, auxiliares y mayores. Trabajadores sin hijos y auxiliares de enfermería tenían niveles más altos de Despersonalización. La Realización Personal fue más alta en casados y personal de la UCIC.

El grado de burnout observado fue relativamente bajo, aunque sólo el 8% presentaba puntuaciones normales en las 3 subescalas. La dimensión más afectada en nuestra población era la de Realización Personal. En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que el sexo, el estado civil, el apoyo emocional, la categoría profesional, la edad, la antigüedad en el puesto y el lugar de trabajo son variables que se correlacionan de forma estadísticamente significativa con alguna de las tres subescalas del inventario del Burnout de Maslach.

Concretamente se observó mayor puntuación en cansancio emocional en las mujeres, los trabajadores solteros, los que no tenían hijos, las auxiliares y los de mayor edad. En la escala de Despersonalización obtuvieron mayor puntuación los trabajadores que no tienen hijos y las auxiliares de enfermería. En cuanto a la Realización Personal alcanzaron mayor puntuación los casados y el personal de la UCIC.

Por otro lado, Ortega Herrera, Ortiz Vivero y Coronel (2007) realizaron un estudio descriptivo, transversal y correlacional con una población de 119 profesionales de salud (61 enfermeros y 58 médicos), de los diferentes servicios y turnos de un Centro Estatal de Cancerología de México.

Para llevarlo a cabo utilizaron un Cuestionario de Información General y el Maslach Burnout Inventory (MBI) y un Inventario de Puntos de Vista Personales. Sus resultados demostraron que el 36% padecían Burnout (nivel medio-alto), siendo los enfermeros los más afectados, en comparación con los médicos. Los sujetos de sexo femenino mostraron mayor nivel de Burnout que el sexo masculino.

En el mismo año, Jenaro-Río, Flores-Robaina y González-Gil (2007), realizaron un estudio ex post facto, en donde evaluaron la presencia del síndrome de burnout y, las estrategias de afrontamiento de 64 profesionales de acogimiento residencial de menores que trabajaban en diversas provincias españolas, así como determinar las principales variables individuales, contextuales, organizacionales asociadas al síndrome en esta profesión.

Los participantes de la investigación fueron una muestra de conveniencia compuesta por 64 profesionales de acogimiento residencial de menores pertenecientes a centros de cinco provincias españolas: Córdoba, Jaén, Las Palmas de Gran Canaria, Santa Cruz de Tenerife y Salamanca. Para medir el burnout se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), la versión española de Seisdedos y, Cuestionario de Afrontamiento COPE.

Los resultados confirman la existencia de una elevada tasa del síndrome en la muestra estudiada. Respecto a la relación entre variables sociodemográficas y el Síndrome de Burnout, se evidencio que el género no se relaciona significativamente con Agotamiento Emocional ni con Despersonalización, pero sí se relaciona con Realización Personal, siendo las mujeres quienes obtienen puntuaciones más elevadas en esta última.

En cuanto a la edad, encontraron que dicha variable se correlaciona positiva y significativamente con Agotamiento Emocional y Realización Personal, pero no con Despersonalización. En el estado civil, no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las tres subescalas. Por otro lado, el análisis de la asociación entre variables continuas como la antigüedad en el trabajo o en la profesión y el burnout pusieron de manifiesto la existencia de correlaciones significativas únicamente entre la Despersonalización y la antigüedad en el puesto.

En Perú en el año 2008, Garmonal Mosaurieta, García Vargas y Silva Mathews, llevaron adelante una investigación acerca del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en unidades críticas de una institución de salud infantil.

Realizaron un estudio cuantitativo/descriptivo de corte transversal. Se llevo a cabo en 5 servicios de áreas críticas; la población estuvo constituida por 132 profesionales de enfermería. Utilizaron como instrumento el MBI versión traducida y valida en Perú, mediante entrevistas personales y la entrega del instrumento. Con dicha investigación dichas autoras arribaron a que el 78,1%

de la población encuestada presentaba tendencias al Síndrome de Burnout, predominando: despersonalización 80,0%, cansancio emocional 66,7% y realización personal 65,7%. Todas las enfermeras presentaron baja realización personal, sin embargo la sala de operación y emergencias presentaron también cansancio emocional en nivel medio (30,4% y 33,9%).

En el año 2009, en México, Rodríguez García, Oviedo, Vargas Santillan, Hernández Velázquez y Pérez Fiesco, realizaron una investigación para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de dos Hospitales del Estado de México y, realizar una comparación entre ambos como así también describir los factores que lo ocasionan.

El estudio se llevó a cabo en el personal de enfermería de los Hospitales Ecatepec y del Hospital Cuautitlán, con una población de 407 enfermeros, mediante un muestreo no probabilístico e intencional se obtuvo una muestra de 122 enfermeras, se utilizó el instrumento de Maslach Burnout Inventory (MBI). La prevalencia de Síndrome de Burnout en el Hospital Ecatepec es de 27% y en el Hospital de Cuautitlán de 24%.

El Síndrome de Burnout de nivel alto en la muestra del estudio se obtuvo el 88% en Ecatepec en comparación el 82% el hospital de Cuautitlán. Entre los principales factores de este síndrome, es el turno, el servicio, el enlace de turno, ausentismo, la gravedad del paciente, y supervisión por jefes de servicio

En el año 2010, Nuñez Beloy, Castro Muñoz, Lema Ferro, Alvaredo López, Valcarcel Torre, Alvarez López y Antas Noche, realizaron un estudio en España para determinar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un Hospital y, analizar la asociación con las variables sociodemográficas. El instrumento utilizado fue una encuesta sociodemográfica y el Maslach Burnout Inventory (MBI), que se entregaron a las enfermeras del C. H Xeral-Calde de Lugo que trabajan en los 3 turnos: mañana, tarde y noche.

La muestra estuvo compuesta por 233 enfermeros (24 hombres y 209 mujeres). En los resultados obtenidos el 60,5% de los profesionales refieren alto nivel de cansancio emocional, el 30,9% un alto grado de despersonalización, y el 29,6% un bajo grado de realización personal. La prevalencia del Burnout en el personal de enfermería fue de 9,4%.

Los autores, a raíz de los resultados conseguidos, obtuvieron con dicho estudio que el perfil del profesional “quemado” se corresponde con mujeres, de

40 a 50 años de edad, casadas con hijos, más de 25 años de antigüedad y más de 10 en el mismo puesto de trabajo que realiza en turnos rotatorios.

Otra investigación más, sobre el Síndrome de Burnout, fue llevada a cabo por Ochomongo Guitierrez y Barrera See King (2011) cuyo objetivo era determinar la prevalencia de dicho Síndrome en el Hospital Nacional de Salud Mental en Guatemala, e identificar posibles relaciones entre el tipo de trabajo desempeñado y la prevalencia del Burnout.

La muestra la conformaron 94 trabajadores a los cuales se dividió en dos grupos en función de las responsabilidades y asistencia oorgada a los pacienes. El grupo A, estaba integrado por médicos, enfermeros y enfermeros auxiliares; el grupo B (sin responsabilidades) lo componían personal de seguridad, intendencia y administrativos.

El instrumento que decidieron utilizar fue el Maslach Burnout Inventory versión servicios asistenciales y el Maslach Burnout Inventory para personal en general. Como resultados obtuvieron que el 12,24% de la población del Hospital padece Síndrome de Burnout.

La mayor prevalencia fue en el grupo B, dentro del mismo el personal más afectado fue el de intendencia con el 30%. A raíz de la investigación Ochomongo Gutierrez y Barrera See King, arribaron a la conclusión de que el personal con menos años y tiempo de trabaja tiene mayor prevalencia al síndrome.

En ese mismo año, Basset Machado, Estevéz Ramos, Leal García, Guerrero Lara y Trinidad López Vázquez (2011), llevaron a cabo un estudio para identificar la existencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabaja en instituciones de psiquiatría en la ciudad de México.

El instrumento utilizado fue el Maslach Burnout Inventory, el cual estuvo acompañado con un cuestionario de datos laborales.

La muestra estuvo compuesta por 223 enfermeras. El 85% refirió niveles bajos de Agotamiento Emocional, el 11,7% niveles medios y solo el 3,3% niveles altos en dicha subescala. Lo que indica que el rango mayor se encuentra en un nivel bajo, demostrando que no existe Agotamiento Emocional. En la subescala de Despersonalización refirió niveles bajos un 56,7%; medio un 18,3% y, alto un 25,9%.

Por consiguiente está indica que no hay Despersonalización. Por último, en Realización Personal el 76,7% refirió tener niveles bajos; medio el 16,7% y

alto, 6,7%. Es decir, hay un alto índice de insatisfacción. Si bien en esta investigación los autores no encontraron Síndrome de Burnout clásico como tal (3,3% tiene Agotamiento Emocional, 25% padece un alto nivel de Despersonalización y, un 76,7% baja Realización Personal) y, aunque el 85% de la muestra se “halla sana”, el 15% restante se encuentra en riesgo.

En una investigación en México, Hernández García, Campos Rangel, y González Cano (2011), estudiaron la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y trabajo social del Hospital General Pachuca, así como determinar la prevalencia de algunos factores predictores.

Se utilizó el MBI y se aplicó a 227 enfermeras y 25 trabajadoras sociales. Los principales resultados indican una correlación positiva y significativa con el sexo, horario de labores, antigüedad en el puesto y con el número de pacientes que atienden. Así mismo, se identificaron asociaciones significativas con variables como la edad, estado civil de los trabajadores los cuales mostraron tener una correlación negativa respecto del Síndrome de Burnout.

Recientemente, en el 2012, Añón Fajardo, Gúzman Baez, Barale, Bogliacino, Escudero, Estévez, González y Pereyra estudiaron la incidencia del Síndrome de burnout en un Hospital Público de Montevideo” y la relación que existe con diferentes variables sociodemográficas. Como instrumento se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI) y una serie de preguntas sobre datos sociodemográficos.

La muestra estaba compuesta de 174 funcionarios que pertenecían a diferentes sectores del Hospital. La muestra se distribuyó en: a) Personal Sanitario, que son aquellos que están vinculados directamente con el proceso salud enfermedad, (médicos generales, enfermeros, farmacéuticos, odontólogos, psicólogos, nutricionistas y radiólogos) y, b) Personal No Sanitario, quienes no están involucrados en dicho proceso (gestión, administración y servicios de limpieza). Los resultados obtenidos arrojaron que el personal tenía baja Realización Personal (37%), alta Despersonalización (23%) y alto Agotamiento Emocional (19%). Se encontró que el grupo con más riesgo a desarrollar Burnout era la población femenina mayor a 45 años de edad y con más de 15 años de trabajo.

Investigaciones Nacionales:

En el plano local, Zaldúa y Lodieu (2000) realizaron un trabajo de investigación exploratoria sobre el Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud de Hospitales Públicos. Para ello utilizaron el CBB, Cuestionario Breve de Burnout. Obtuvieron que el 10,7% de los profesionales padecían el síndrome, 76,5% eran médicos y 23,5% enfermeros.

En otra investigación Zaldúa, Lodieu y Koloditzky, en el 2005, realizaron una investigación exploratoria para conocer la incidencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial de Hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

Se indagaron 168 profesionales entre médicos/as y enfermeros/as. Los servicios que fueron evaluados los dividieron en seis grupos: 1) guardia, 2) infectología, 3) obstetricia, 4) pediatría y por último 5) terapia intensiva. Para llevarlo a cabo utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la indagación y análisis de datos.

Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario Sociodemográfico, el Inventario de Burnout de Maslach, adaptado a países hispanoparlantes por Bernardo Moreno y; por último grupos focales. Los resultados finales a los que estos autores arribaron es que el porcentaje de enfermeros afectados fue del 4,9%; mientras que el número de médicos afectado fue el 16,8%.

También, en el año 2007, Reyes, Soloaga y Quintana, realizaron un estudio para conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del Hospital "Juan Ramón Gómez" de la localidad de Santa Lucía, Corrientes. Realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Bernardo Moreno Jiménez. Para llevar adelante la investigación formaron una muestra compuesta por 4 médicos y 11 enfermeros. Los datos relevados de la investigación, mostraron que el 73% de los encuestados padecían de Burnout.

El grupo más afectado fue el de los médicos en un 100%, mientras que del personal de enfermería solo el 63,6% se encontraba afectado.

Otra investigación a nivel local en la Provincia de Corrientes, llevada a cabo por Encina, Reyes, Gómez y Dos Santos Antola (2007), investigaron la prevalencia del síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del

hospital de San Luis del Palmar, ubicado en la provincia de Corrientes, durante el mes de noviembre.

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue el Cuestionario Breve de Burnout. Se conformó una muestra de 50 profesionales del campo de la salud, 25 médicos (9 varones y 16 mujeres) y 25 enfermeros (3 hombres y 13 mujeres).

Arribaron a la conclusión de que el 72% de la muestra global estaba afectada por el Burnout, en el personal médico la prevalencia fue de 55%, mientras que el personal de enfermería estaba perjudicado en un 81%. Ambos grupos obtuvieron puntuaciones elevadas en despersonalización.

En el año 2009, Benítez, Céspedes y Daveau, realizaron un estudio en Reconquista, provincia de Santa Fe, para conocer la prevalencia de Burnout en 14 Centros de salud de esa localidad. La muestra estuvo compuesta por 71 personas a las que dividieron en dos grupos: a) Grupo 1: médicos, odontólogos, asistentes sociales y psicólogos, lo cual hacía un total de 33 personas y, b) Grupo 2: enfermeros, administrativos y agentes sanitarios, dando un total de 28 personas.

Como instrumento utilizaron una encuesta con datos demográficos/laborales y el Maslach Burnout Inventory (MBI). Se concluyó que la prevalencia del Síndrome de Burnout, en los profesionales de salud de los Centros es del 6,1%. En el Grupo 1 solo el 3% padecía de Burnout y un 40,9% no lo tenía. En el Grupo 2, el 53% no padecía dicho Síndrome y sólo el 3% se encontraba afectado por el mismo.

Cabana Salazar, García Ceballos, García García, Suárez y Dávila Ramírez (2009), realizaron un estudio para determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica.

La muestra quedó conformada por 22 profesionales, los cuales eran médicos y enfermeros.

El instrumento elegido para llevar a cabo la investigación fue el MBI (Maslach Burnout Inventory), al cual luego se lo relacionó con variables como la edad, sexo, años de trabajo y estado civil.

Si bien en dicho estudio no se pudo evidenciar la presencia del Síndrome de Burnout, se encontró una tendencia a desarrollarlo en un alto número de profesionales. La mayor tendencia a presentar el Síndrome fue en:

mujeres casadas, de una edad entre 35 y 44 años, con una antigüedad en la profesión mayor a los 10 años.

Otra investigación realizada en el 2010 por Álvarez Escobar, Lima Gutierrez, Alfonso de León, Torres Álvarez y Torres Álvarez, el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de cuidados intensivos.

Dichos autores llevaron a cabo un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con la finalidad de establecer el comportamiento del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Universitario Faustino Pérez Hernández de Matanza durante el mes de Marzo del 2007.

El universo estuvo compuesto por un total de 49 enfermeros que trabajan en el Hospital en el área de Cuidados Intensivos. Se utilizó para la obtención de los datos el MBI y, una encuesta con parámetros sociodemográficos.

Como resultados obtuvieron que la dimensión más afectada fue la de Agotamiento Emocional y, la mayoría se encontraba en riesgo de sufrir Síndrome de Burnout.

En el año 2010, Diaz Echenique, Stimolo y Caro, llevaron adelante una investigación para conocer la satisfacción Laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de Hospitales Públicos en la provincia de Córdoba, Argentina. El objetivo de la misma era determinar el nivel de satisfacción laboral, la prevalencia del Burnout y su relación con variables sociodemográficas, en profesionales de enfermería de Hospitales Públicos de Córdoba, partiendo de la hipótesis de que existe relación directa entre la falta de satisfacción laboral y el Burnout.

Para poder llevar a cabo el estudio se seleccionó una muestra de enfermeros profesionales a quienes se les suministró una entrevista socio demográfica, un cuestionario de satisfacción y el Maslach Burnout Inventory.

En los resultados se pudo ver que la población estudiada se clasificó como satisfecha y muy satisfecha, sin embargo, casi un cuarto de la misma padece algún grado de Síndrome de Burnout.

Los autores de la investigación establecieron un perfil de riesgo para padecer Burnout o alguno de sus 3 componentes: aquellos que tienen más de 40 años, no tienen hijos ni pareja, viven en el interior de la provincia, no están satisfechos laboralmente y trabajan prioritariamente en Hospitales Provinciales.

En el año 2011, Zazzetti, Carricaburu, Ceballos y Miloc, realizaron un estudio acerca de la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas de Villa María, provincia de Córdoba Argentina.

El mismo era una investigación descriptiva, transversal que incluyó 62 médicos y 40 enfermeros.

Se utilizó el Cuestionario autoadministrado de Maslach Burnout Inventory.

De un total de 102 profesionales analizados, 66% eran mujeres, el 76,47% tenían entre 20 y 39 años y el 23,53% entre 40 y 59 años. El 54,90% presentó valores altos de Agotamiento Emocional, el 65,69% presentó valores altos en Despersonalización y el 58,82% presentó índices bajos en Realización Personal en el trabajo. El 17,64% padecía la forma más severa del Síndrome.

CAPITULO 2

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout ha sido conceptualizado como una respuesta a la estresante situación laboral crónica, que se origina principalmente según Gatto (1999), en los profesionales del cuidado de la salud porque es en dónde la atención se centra en la prestación de servicios.

Del Río Moro, Perezagua García y Vidal Gómez (2003), mencionan que el trabajo puede ser causa de enfermedades tanto físicas como mentales.

El término “burnout” se considera parecido al de desgaste profesional o profesional quemado, y hace alusión a un tipo de estrés laboral institucional que se presenta, generalmente, en profesiones con una relación constante y directa con personas.

Tonon (2003) señala que la finalidad de estas profesiones (médicos, enfermeros, psicólogos, etc.) es la de velar por los intereses o satisfacer las necesidades del paciente. Lo que caracteriza a cada una de estas áreas de trabajo es el contacto directo con las personas a las que se destina su labor; lo cual, como dice Gatto (1999), supone relaciones intensas y continuas.

Asimismo Martínez (1997 citado en Zaldúa & Lodieu, 2000), menciona que la ayuda y el sostén frente a los problemas del otro es la característica principal del trabajo y “se espera que los profesionales no asuman los problemas de las personas que atienden, sí se espera que muestren interés y cierta implicación emocional al respecto” (Tonon, 2003, p. 37).

Por lo tanto, a raíz de lo dicho anteriormente, se deduce que uno de los problemas que daña la calidad de vida del profesional del campo de la salud es el Síndrome del Burnout.

Este concepto fue identificado en la década del 70 por un psicoanalista alemán llamado Herbert J. Freudenberger como:

Un estado caracterizado por un conjunto de síntomas medicobiológicos y psicosociales inespecíficos, el agotamiento, decepción y pérdida de interés, como consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados al servicio y a

la ayuda, que no logran alcanzar las expectativas depositadas en su trabajo (citado en Tonon, 2003, p. 94).

Freudenberger (citado en Zaldúa & Lodieu, 2000), toma este concepto de la palabra “burn out”, que correspondía al modo en que quedaba una persona (fundida, quemada) por las drogas.

Este psicoanalista basó su definición de dicho síndrome a partir de sus observaciones en una clínica neoyorquina de adicciones tóxicas. Aquí pudo observar el estado en el que quedaban los trabajadores voluntarios, luego de pasado un tiempo en su puesto de trabajo (más o menos de un año).

Pudo vislumbrar, como muchos de los voluntarios sufrían una disminución progresiva de energía, que sobrellevaba luego a un período de agotamiento y desmotivación por su actividad laboral.

El alemán, describió a estos sujetos “como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico” (citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004, p. 138).

Dos años después de la conceptualización del Freudenberguer, en el año 1976, el síndrome se sitúa definitivamente en los círculos académicos debido al fuerte impacto de las investigaciones de una Psicóloga Social llamada Cristina Maslach.

Esta autora comienza a explorar la problemática de dicho síndrome en el medio asistencial, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de la salud, haciendo hincapié en que este síndrome solo podía producirse tanto en las profesiones vinculadas al área de la salud como en aquellas referidas al ámbito educativo.

Maslach y Jackson son las primeras investigadoras que definieron el Síndrome de Burnout “como un estrés crónico, propio de los profesionales de servicios humanos, cuya tarea implica una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia” (Zaldúa & Lodieu, 2000, p.57).

En los inicios de sus investigaciones Maslach y Jackson, estudiaban al Burnout como “estado” en el cual se encontraba el trabajador. Sin embargo, a lo largo de sus indagaciones fueron evidenciando la necesidad de pensarlo en tanto “proceso”, en el sentido de que el sujeto debe pasar por una serie de etapas, para luego culminar en el Burnout propiamente dicho.

A partir de esto, lo conceptualizaron como un “síndrome que se desarrolla en personas cuyo objeto de trabajo son otras personas y que se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo“(Tonon, 2003, p.38).

A raíz de esta definición se pueden distinguir tres grandes dimensiones que se engloban dentro del Burnout.

Según Mira Franco, Salazar Rendón y Urán Cadavid (2005) y Tonon (2003):

- Agotamiento emocional: se refiere a la reducción y progresiva pérdida de los recursos emocionales. El trabajador piensa que ya no dispone de nada para brindarle a los demás y ese pensamiento lo abruma. En algunas ocasiones, el agotamiento emocional suele estar asociada con manifestaciones somáticas y psicológicas como pueden ser el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad.

- Despersonalización: es el eje central del Síndrome de Burnout. “Este concepto tipifica al vínculo profesional deshumanizado” (Zaldúa & Lodieu, 2000, p.58). Este constructor hace referencia a la presencia de actitudes negativas como ser la insensibilidad y cinismo hacia los clientes o destinatarios de dichos servicios, así como también hacia colegas. Suele etiquetar a las demás personas de manera despectiva e intenta culparlos de sus propias frustraciones laborales.

- Falta de realización personal: el sujeto percibe que sus posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, esto se acompaña paralelamente junto con vivencias de fracaso, baja autoestima y con el reproche de no haber alcanzado sus objetivos propuestos.

El Síndrome de Burnout en tanto “proceso” (Martínez-López & López-Solache, 2005) puede seguir la siguiente secuencia:

- Primera etapa: el sujeto nota una diferencia entre las demandas laborales, los recursos materiales y los humanos. En tanto que las demandas laborales superan los recursos materiales provocando una situación de estrés agudo.

- Segunda etapa: el individuo se preocupa exageradamente por adaptarse a las demandas laborales, pero le resulta eficaz de manera transitoria. Hasta esta etapa se puede decir que el cuadro es reversible.

- Tercera etapa: se produce el Síndrome de Burnout propiamente dicho. El sujeto sufre de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.
- Cuarta etapa: el trabajador, ya afectado por el Burnout, se encuentra deteriorado psicológica y físicamente. El individuo es visto como un peligro, más que en una ayuda para los receptores de sus servicios.

Hoy en día, si bien el Síndrome de Burnout ha sido conceptualizado por diferentes autores desde diferentes puntos de vista, la definición que se reconoce como más adecuada es la que proporcionó Maslach:

Síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro profesional reducido que puede ocurrir entre los individuos que trabajan directamente con pacientes (...) La quemazón es una respuesta a una tensión emocional de índole crónico, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas...la tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y el que ayuda (citado en Gatto, 1999, p.4).

A lo largo de las diversas definiciones que se dieron sobre el Síndrome de Burnout, en 1998, Mingote (citado en Ortega Ruiz & López Rio, 2004), identifica una serie de características comunes:

Predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional, destacan las alteraciones de la conducta, se relaciona con síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general (...) Se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente como "normales" y, por esto último, se manifiesta por un menor rendimiento laboral y vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional (p. 139).

Nereyda Piñeiro Suárez (2006) dice que pese a que todavía no existe una concepción ratificada sobre la explicación del Burnout, sí parece haber

aprobación en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que comprende sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización.

El cuadro clínico del Síndrome de Burnout “es polifacético y plurisintomático y aparece progresivamente como reflejo de un esfuerzo de adaptación inadecuado. Se trata de un proceso crónico, con sintomatología intermitente o continua” (Gatto, 1999, p.5).

Es un proceso clínico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los 3 componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Según Rosas Meneses (2006), el estrés en enfermería está constituido por un conjunto de variables:

- Del entorno social: ritmo y frecuencia con que se producen los cambios en los planes de estudio y formación de los profesionales, cambio en los perfiles demográficos de la población, en los roles, aumento del número de demandantes de los servicios. Este tipo de variables aumenta el estrés laboral.

- De nivel organizacional: los profesionales que con mayor frecuencia padecen del síndrome de quemarse, son aquellos que generalmente realizan su trabajo en organizaciones que responden al esquema de una “burocracia profesionalizada”. Allí, los problemas más frecuentes son de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, la baja autoestima y rápidos cambios tecnológicos.

- De las relaciones interpersonales: relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos. Así mismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros, supervisores, superiores y/o personal administrativo, la identificación del profesional con los usuarios y los conflictos interpersonales con las personas a las que se atiende o sus familiares, son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo.

- Del individuo: las características de personalidad son una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, acentuado

por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan su profesión, podría facilitar el proceso de quemarse.

Es una profesión en la que según Gil-Monte (2002) influyen notoriamente estresores como:

La escasez de personal, que supone la sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflictos y ambigüedad de rol (p. 26).

Las alteraciones que son fruto de este síndrome según, Ortega Ruiz y López Ríos (2004), son:

- Consecuencias que influyen en la salud física: alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefalea, alteraciones respiratorias, alteraciones del sueño, disfunciones sexuales, etc.
- Consecuencias que influyen en la salud psicológica: ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral.
- Consecuencias que se relacionan con el ámbito laboral: absentismo, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo, disminución de la productividad.

López Soriano (2002 citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004), menciona los factores de riesgos a los que el trabajador está expuesto cotidianamente en su puesto de trabajo. Son muy variadas las investigaciones que reúnen diferentes variables demográficas y organizacionales para poder brindar un perfil de aquellas personas que sean susceptibles de padecer Síndrome de "Burnout". Si bien no se puede establecer un "perfil único", existen ciertos factores de riesgos comunes:

- Edad: como ser los primeros años de la carrera profesional, ya que se produce un período de transición de expectativas idealistas hacia la práctica.
- Sexo: las mujeres parecerían ser el grupo más indefenso, por diferentes motivos como ser la doble carga de trabajo (práctica profesional y la práctica

familiar), así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

- Estado civil: las personas que no tienen pareja estable o se encuentran solteras, tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con parejas estables.

Asimismo, la presencia de hijos hace que los individuos sean más resistentes al síndrome. Existiría una tendencia a que los sujetos que son padres sean personas más maduras y estables; esto influye en una mayor capacidad para afrontar problemas personales, debido al compromiso con la familia y los hijos.

En cuanto a las variables que se relacionan con el área laboral, se encontró:

- La turnicidad y el horario laboral: aunque no existen pruebas claras de este criterio.

- Antigüedad: aquellas personas que tienen niveles de Burnout más elevado, acaban por abandonar su profesión. Motivo por el cual los profesionales que más años de antigüedad tienen, son los que menos Burnout presentan.

- Sobrecarga laboral: influye en la disminución de la calidad (tanto cualitativa como cuantitativa) de prestación de los servicios ofrecidos por los trabajadores.

- Salario: se ha comprobado que el nivel de Burnout fluctúa de acuerdo a las especialidades, observándose un nivel más alto en los profesionales especializados en Emergentología, los que atienden pacientes con enfermedades crónicas o incurables y terminales (pacientes con SIDA, oncológicos y psiquiátricos).

Así también, la enfermería como profesión (Ortega Ruiz & López Ríos, 2004), tiene una serie de estresantes específicos:

– Continuamente están expuestos a estímulos aversivos; se enfrentan al sufrimiento y la muerte del paciente.

- Mantienen una relación estrecha con los pacientes que exigen un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- La frustración profesional de no poder curar, objetivo para el cual ellos han sido “entrenados”.
- Falta de experiencia en el control de las propias emociones.
- Horarios de trabajo irregular debido a la realización de turnos.

El Síndrome de Burnout influye sobre el enfermero provocándole:

- Efectos sobre el pensamiento: como ser incapacidad para tomar decisiones, imposibilidad para concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica, bloqueos mentales.
- Efectos sobre el comportamiento: debido a su falta de concentración el profesional está más propenso a sufrir accidentes, consumo de drogas, explosiones emocionales, alteraciones del apetito, beber y fumar en exceso, excitabilidad, conductas impulsivas, alteraciones del sueño.
- Efectos sobre el trabajo: sus relaciones laborales se van empobreciendo, elevadas tasas de cambio de trabajo, falta de satisfacción con desempeño, mala productividad.
- Efectos sobre el organismo: aumento de enfermedades, enfermedades gastrointestinales, depresión y ansiedad, cardiovasculares.

Diagnóstico diferencial:

El síndrome de Burnout según Ortega Ruiz y López Ríos (2004) y, Tonon (2003) ha sido confundido en varias oportunidades con otros tipos de fenómenos que queremos diferenciar:

- Depresión: conjunto de emociones y cogniciones que posee el sujeto y que repercuten sobre las relaciones interpersonales; además el sujeto padece bajo estado de ánimo generalizado. Por el contrario, el Burnout emerge como producto de las relaciones interpersonales y organizacionales. En el 2001, Guerrero y Vicente (citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004) agregan que a

diferencia del primer cuadro, el Burnout es temporal y específico del ámbito laboral.

- Alineación: surge cuando el empleado tiene poca libertad para desarrollar su tarea; en cambio en el Burnout ocurre lo contrario, aquí el trabajador tiene demasiada libertad para desarrollar su tarea, pero ésta le resulta imposible.

- Ansiedad: el sujeto no cuenta con recursos y/o no posee las habilidades para controlar la situación en la cual está inmersa. En el Burnout el sujeto está expuesto a grandes exigencias, más allá de las que él puede manejar.

Sin embargo, con el fenómeno que más suele confundirse dicho síndrome es con el concepto de Estrés. La diferencia se basa en que el Burnout produce efectos negativos en la persona, en tanto que el estrés provoca tanto efectos negativos como positivos; siendo producto del estrés crónico que se vivencia en el ámbito laboral, y varía según las demandas y características de la ocupación.

Lo que hay que tener en cuenta para diferenciar el estrés del Burnout, según Gil-Monte (citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004), es que este último introduce cambios en la calidad de vida, desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo

Modelos explicativos:

Desde que surgió el Síndrome de Burnout como constructor psicológico, han ido emergiendo diferentes modelos explicativos, permitiendo estudiarlo desde distintos aspectos y elaborando otras hipótesis.

Según Ortega Ruiz y López Ríos (2004), diversos investigadores han postulado que el Burnout es un proceso que se desarrolla secuencialmente, a partir de lo cual se han desarrollado diferentes propuestas psicológicas para su interpretación, que varían desde el tipo de componente que postulan, hasta su relevancia a la hora de interpretar el resultado final.

Gil-Monte y Peiró (1997) postulan que el Síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

1. Perspectiva clínica:

Dentro de la perspectiva clínica citan a Feudenberger, quien en el año 1974 fue su principal representante. Él empleó por primera vez el término Burnout para hacer mención a un conjunto de síntomas físicos que sufría el personal sanitario como resultado de sus condiciones de trabajo.

Según dicho autor, este síndrome es característico de las profesiones que prestan servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar.

La perspectiva clínica defiende que el Burnout aparece con mayor frecuencia en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses.

Dentro de esta perspectiva se sitúa Fischer, quien en 1983 (citado en Gil-Monte y Peiró, 1997) consideró el Burnout como un estado consecuencia del trauma narcisista que sobrelleva a la disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que en 1988, Pines y Aronson (citado en Gil-Monte y Peiró, 1997) lo conceptualizan como un estado que se produce de la combinación de fatiga emocional, física y baja autoestima.

2. Perspectiva psicosocial:

Por el otro lado, desde la perspectiva psicosocial, se entiende al mismo como un proceso que se desarrolla secuencialmente a la aparición de sus rasgos y sus síntomas globales.

Ortega Ruiz y López Ríos (2004) toman como referencia los modelos psicosociales de Gil-Monte y Peiró, clasificando en tres grupos los modelos existentes:

- Teoría sociocognitiva del yo: el principal interés para formular una explicación del síndrome, está puesto en las variables del self. Para el referente de este modelo, Harrinson, “la competencia y la eficacia percibida son variables claves en el desarrollo de este proceso” (Ortega Ruiz & López Ríos, 2004, p.144). Gran parte de los profesionales que ingresan por primera vez a trabajar en los servicios de salud, se encuentran motivados para brindarle asistencia y ayuda a los demás, y poseen sentimientos de altruismo.

Sin embargo, con el paso del tiempo y las vivencias laborales, comienzan a surgir factores barreras (como ser las grandes cargas de trabajo, conflictos interpersonales) que entorpecen la concreción de los objetivos.

Como consecuencia de esto, en el trabajador, comienzan a disminuir sus sentimientos de autoeficacia y con el paso del tiempo terminan ocasionando el Síndrome de Burnout.

- Teoría del intercambio social: para este modelo, la etiología del Síndrome de Burnout está en las percepciones que el sujeto tiene acerca de la falta de equidad o de ganancia “que desarrollan los individuos como resultante del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales” (Ortega Ruiz & López Ríos, 2004, p.144).
- Teoría organizacional: Los factores estresores del ámbito laboral y las estrategias empleadas ante el Burnout, son claves para este modelo.

El manejo y la prevención del Burnout pueden ser vistos, según Álvarez y Fernández (1991), desde las siguientes perspectivas:

- Individual: modificar aptitudes y actividades, tratar de adaptar las expectativas iniciales con la realidad que se impone, equilibrar familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
- Grupal: los compañeros tienen un papel vital, en el diagnóstico precoz son los primeros en darse cuenta, importante fuente de apoyo.
- Organización-Empresa: 3 conceptos claves para la prevención:
 - Minimizar imprevistos: organizar las urgencias, organizar prioridades.
 - Minimizar y facilitar la burocracia,
 - Formación y reuniones acorde a las necesidades, poder discutir en grupo las urgencias.

En cuanto a las diferentes medidas preventivas y terapéuticas, podemos mencionar las siguientes:

- Terapias individuales: entrenamiento para la resolución de problemas, entrenamiento en el manejo del tiempo. Dentro de las terapias Cognitivas:

reestructuración cognitiva. Desconexión: no reprimir lo que preocupa, disfrutar lo que nos apasione.

- Terapias interpersonales: mejorar el ambiente de trabajo, apoyo social en el trabajo, apoyo amistoso.
- Prevención del Burnout en organización: mejoras horarias, trabajos por objetivos realistas y claros, promoción interna.
- Tratamiento farmacológico: con depresión (fluoxena o reboxetina), con estrés (ketazolam) y, con insomnio (zoldipem o lorazepam).

2.2 ENFERMERÍA

Según el Consejo Internacional de Enfermeras, la enfermería comprende los cuidados, autónomos y en colaboración, que se ofrecen a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, y engloba la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones principales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (citado en Durante, 2007).

Otra definición aceptada dentro del ámbito de la enfermería, según Durante (2007), es aquella que entiende la enfermería como una "disciplina profesional que se interesa por el estilo y el ejercicio del cuidado profesional de las respuestas humanas de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud" (p. 68).

La enfermería, al igual que muchas profesiones, surge como un oficio para brindar servicios a la humanidad. Generalmente, los cuidados de enfermería eran llevado a cabo por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres.

En Europa, y principalmente tras la Reforma, la enfermería fue juzgada como una ocupación de bajo estatus, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, destinada a aquellas personas que no consiguieran encontrar un trabajo mejor.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. El primer programa oficial de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en

Alemania, a cargo de un pastor protestante. En esa época otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería en Europa, pero la escuela del pastor protestante Fliedner, es digna de mención por haberse formado allí la reformadora de la enfermería británica, Florence Nightingale.

Nightingale fue la pionera de la enfermería profesional moderna. A mediados del siglo XIX, inició la búsqueda de la fundamentación teórica del cuidado de enfermería. En 1854/56 se hizo famosa, organizando un servicio de enfermeras para los soldados británicos de la Guerra de Crimea: en el hospital de campaña de Uskúdar o Escútari (Turquía) consiguió mejoras sanitarias espectaculares, enfrentándose a los prejuicios de los médicos militares y a la pobreza de medios con que el ejército solía tratar a los soldados.

En 1853 llegó a ser supervisora de enfermeras del Hospital Saint Thomas de Londres, en el que introdujo grandes innovaciones técnicas y de organización. Con su trabajo empezó a superarse el modelo asistencial tradicional, basado en los buenos sentimientos y en el sectarismo religioso, y a sustituirse por una asistencia sanitaria científica, la cual precisaba una rigurosa formación del personal de enfermería.

En el año 1859, publicó su primera edición del libro *Notas de Enfermería*, y en 1861 salió a la venta la segunda edición de este libro, que constituyó el primer documento escrito en el mundo sobre las bases teóricas de enfermería. En este evidenció lo que es y lo que no es la enfermería, mostrando la posibilidad y necesidad de una preparación formal y sistemática. La aplicación de teorías y modelos de enfermería tiene como objetivo principal mejorar los cuidados de enfermería, integrando la información con detalle al proceso de atención y demostrando, finalmente, su utilidad en la atención del individuo, la familia y la comunidad. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y la reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida (Donahue, 1985; Hernández, del Gallego Lastra, Alcaraz González & González Ruiz, 1997).

2.2.1 ENFERMERÍA EN ARGENTINA

Para comenzar a hacer mención acerca de la Ley 298 del ejercicio de la Enfermería en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, debemos referirnos

obligatoriamente a la Ley Nacional de Enfermería N.º 24004. Esta ley surge ante la necesidad que manifestaban los enfermeros argentinos de tener una ley propia. Hasta ese momento, la enfermería se encontraba bajo la Ley 17132, la cual regulaba el ejercicio de la medicina, de la odontología y de sus actividades auxiliares. Dicha ley establecía que la enfermería era un trabajo de colaboración del médico y del odontólogo. Adjudicaba al enfermero y al auxiliar de enfermería un rol exclusivamente limitado al campo de lo puramente asistencial.

La Ley 24004 (del Ejercicio de la Enfermería) instauró uno de los hechos más relevantes de la historia de la enfermería de la Argentina. A partir de esta, los enfermeros extienden en gran medida su campo de acción profesional y se transforman en profesionales autónomos. Con la instauración de esta ley, los enfermeros adquieren autonomía de la práctica médica. A partir de esta ley, muchas provincias del país sancionaron las suyas, tomando a esta como modelo.

Otro hecho de merecida relevancia es la sanción de la Resolución 1027, la cual, por un período de cuatro años, permitiría la "profesionalización de auxiliares de enfermería" con un programa especial de dos años de duración. Lamentablemente, los plazos están vencidos y no se conoce, por lo menos públicamente, que se hubieran extendido.

Con la sanción de la ley algunas situaciones cambiaron y otras, no tanto: no cambió el hecho de que muchas instituciones siguieran contratando auxiliares para realizar tareas que le competen a los profesionales. Esto se debe al elevado déficit de personal profesional que aún existe, motivo por el cual, hoy en día, los auxiliares imparten cuidados de tipo profesional, sin responder a la diferenciación de tareas previstas por la Ley de ejercicio profesional (24004).

Leyes que regulan el ejercicio de la enfermería:

- Ley 298 del ejercicio de la enfermería en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley 24004 del ejercicio de la enfermería sobre todo el territorio de la Republica Argentina.

Las leyes que actualmente regulan las tareas de los enfermeros/as determinan e imponen reglas, límites, alcances, derechos, obligaciones y sanciones, encuadrando de esta forma el ejercicio de la profesión y delimitando claramente las diferentes categorías ocupacionales de acuerdo al nivel de formación educativo alcanzado (Espino Muñoz, 1995).

Ejercicio de la enfermería:

Según el Artículo 3.º de la Ley 298, la enfermería comprende:

El cuidado de la salud en todo el ciclo vital de la persona, familia y comunidad y su entorno, en las funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, a través de intervenciones libres, autónomas, independientes, interdependientes en la modalidad de atención existente y de las que se habiliten en el área sectorial e intersectorial relacionada directa e indirectamente con la salud.

La gestión, administración, docencia, investigación, auditoría y asesoramiento en el sistema de salud y en la del sistema formal educativo y en todos los demás sistemas, sobre temas de sus incumbencias.

La dirección y administración de servicios de salud, la presidencia e integración de tribunales o jurados en los concursos para el ingreso y cobertura de cargos en el sistema asistencial y educativo, la realización de actividades jurídico periciales, y la dirección de establecimientos educativos en el área de incumbencia.

La integración y participación en los organismos que regulen y controlen el ejercicio de la enfermería en todos sus niveles.

Títulos que puede alcanzar un enfermero:

Durante (2007) hace mención a los títulos que puede obtener un enfermero y los niveles de estudios necesarios:

- Auxiliar de enfermería: se obtiene con una cursada de 1 año. No necesita título secundario completo.
- Enfermería profesional: con una cursada de 2 años y 6 meses se le otorga dicho título. Para ingresar, es obligatorio contar con secundario completo.
- Enfermería universitaria: en la UBA este rango es considerado un título intermedio en la carrera de Licenciado en Enfermería, a los 2 años y medio de cursada al alumno se le otorga ese diploma. En dicha Universidad debe cursarse el CBC, en cambio, en las universidades privadas se ingresa automáticamente o, en algunos casos, se debe cursar algún curso de ingreso de breve duración. En ambas el estudiante debe haber concluido el secundario.

Cabe señalar que, actualmente, la Universidad de Buenos Aires, como establece la Res. 6716/97, permite el ingreso de algunas personas que no hayan concluido los estudios secundarios, pero deben cumplir ciertos requisitos: ser mayores de 25 años, rendir y aprobar la totalidad de las pruebas de evaluación que las provincias, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires o las universidades establezcan para demostrar que tiene la preparación y experiencia que se necesita para iniciar los estudios que se propone, así como poseer aptitudes y conocimientos suficientes para lograr una cursada satisfactoria.

De acuerdo a lo que pudimos averiguar personalmente, una situación similar ocurre en la Universidad Abierta Interamericana, en la cual, además, el interesado debe realizar los trámites de inscripción que incluyen: firmar la ficha de inscripción; presentar 4 fotos carnet color (4 x 4) y 2 fotocopias del D.N.I., más un certificado de apto psico-físico y el pago de la matrícula. Los mayores de 25 años sin título secundario deberán rendir un examen inicial y eliminatorio del área general y aprobar un test de ingreso. En el momento en el cual se presentan a rendir el examen, deberán entregarle a su examinador, una carta dirigida al Rector, fundamentando la elección de la Universidad y de la carrera.

Esta nota es condición esencial para ser evaluado, en caso de no hacerlo, el aspirante no podrá rendir examen. Junto con esta carta, deberá presentar referencias que muestren preparación o experiencia laboral. El examen se aprueba con seis puntos y es eliminatorio. De aprobarlo, deberá cursar obligatoriamente el curso del área general *Comunicación Oral y Escrita*, y rendir un examen de nivel específico, si corresponde, en las siguientes

materias: lengua, matemática y biología, durante el primer cuatrimestre. Una vez aprobado este curso, con el 70 % de asistencia en cada asignatura y con 6 puntos en los exámenes finales, el alumno revestirá carácter de “regular”, ya que hasta ese momento, su condición era de “condicional”. Durante el período que dura este curso, los alumnos abonarán la cuota correspondiente. En el caso de no aprobar este curso o ausentarse, el alumno no podrá continuar cursando en la Universidad el año lectivo en curso.

- Licenciatura en enfermería: para optar el título de grado es necesario contar con el título de enfermería terciario o universitario. Tiene una duración de 2 años. La carrera puede cursarse tanto en universidades públicas como privadas.
- Luego de la obtención del título de grado, las especialidades reconocidas son: ECI (Enfermería en Control de Infecciones) y la figura de Perito Licenciado en Enfermería, que fue aceptada en el Poder Judicial de la Nación en el año 1991 bajo la ley 298.

En el Artículo 3.º de la Ley 24004 se reconocen dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

1. Profesional (Licenciado/a en Enfermería y Enfermero/a)
2. Auxiliar

La tarea del profesional se basa en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimiento para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia. Además, la actividad del auxiliar en enfermería consiste en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería planificado y dispuesto por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión.

Enfermero auxiliar:

El Artículo 10.º de la Ley 298 permite el ejercicio de la enfermería auxiliar a aquellas personas que tengan:

- Título o certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por instituciones estatales o privadas oficialmente reconocidas por autoridad competente y ajustado a las reglamentaciones vigentes.
- Título, certificado o documentación equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o con los respectivos convenios de reciprocidad.

El artículo 6.º de la Ley 24004 refiere que el ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que posean el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por la autoridad competente. Podrán ejercer en el territorio argentino como Auxiliares de Enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros.

Enfermero Profesional:

El Artículo 9.º de la Ley 298 hace referencia a aquellas personas que pueden ejercer la enfermería en el nivel profesional:

- Título habilitante de grado de Licenciada/o en Enfermería y los que en el futuro se creen a partir de este, otorgado por universidades estatales o privadas reconocidas oficialmente por la autoridad competente y ajustado a las reglamentaciones vigentes.
- Título habilitante de Enfermera/o otorgado por universidades estatales o privadas reconocidas oficialmente por la autoridad competente y ajustado a las reglamentaciones vigentes.
- Título habilitante otorgado por escuelas de enfermería terciarias no universitarias dependientes de organismos estatales o privados reconocidas oficialmente por la autoridad competente y ajustado a las reglamentaciones vigentes.
- Título, certificado o documentación equivalente expedido por países extranjeros, que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o por los respectivos convenios de reciprocidad.

Corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas, de dirección, asesoramiento, docencia e investigación, y la presidencia e integración de tribunales que entiendan en concursos para el ingreso y cobertura de cargos de enfermería (Artículo 3.º de la Ley 24004).

Similitudes y diferencias del perfil del Enfermero Auxiliar y Profesional (Licenciado/a en Enfermería y Enfermero/a), según la Ley 24004:

Es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal; adecuados conocimientos en las áreas profesionales, biológica, psicosocial y humanística, y ha sido entrenado en las técnicas específicas en el curso del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias del país.

Aplica cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los tres niveles de atención en individuos sanos y enfermos. La diferencia radica en que los enfermeros auxiliares “atienden” individuos de complejidad intermedia, y, en cambio, los profesionales (licenciados y enfermeros), además de atender complejidades intermedias, incluyen situaciones de emergencia y de alto riesgo.

Ambos promueven el autocuidado e independencia a través de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano y mediante el análisis de las situaciones y aplicación del juicio crítico, en una relación interpersonal de participación mutua que asegure el respeto por la individualidad y dignidad personal de aquellos bajo su cuidado.

El enfermero auxiliar imparte enseñanza de salud de manera formal o incidental, administra servicios de enfermería hospitalarios y comunitarios de menor complejidad, y colabora en investigaciones en enfermería y otras relacionadas con el área salud.

Reconoce oportunamente sus limitaciones, preocupándose por su continuo crecimiento y desarrollo personal y profesional. Y adhiere a sus deberes y derechos, participando activamente en acciones profesionales, gremiales y de grupos de trabajo para mejorar el nivel de salud de la comunidad.

El profesional (licenciado/a en enfermería y enfermero/a) aplica el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería, en la educación continua de este y en la educación sanitaria del individuo, familia y grupos comunitarios.

Administra servicios de enfermería hospitalarios y comunitarios en los distintos niveles de complejidad, tomando decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño profesional, basadas en su capacidad de observación, análisis reflexivo y juicio crítico.

Promueve y participa en investigaciones, divulgan y aplica sus resultados a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

En el año 2004, los profesionales de enfermería se distribuían de la siguiente forma (Tabla 1):

Tabla 1.

Personal de enfermería según categoría, sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires, año 2004.

Licenciados/as en Enfermería	8%
Enfermeros/as Profesionales	43%
Auxiliares de Enfermería	49%

Fuente: Lusnich, C. (2009, agosto). *Recursos humanos en la salud: la problemática actual de enfermería en el ámbito del sistema de atención público de la Ciudad de Buenos Aires*. Ponencia presentada en VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.

En la tabla 2, se presenta la distribución de enfermeros según el nivel de formación del año 2006:

Tabla 2.

Personal de enfermería según categoría, sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires, año 2006.

Licenciados/as en Enfermería	10%
Enfermeros/as Profesionales	44%
Auxiliares de Enfermería	46%

Fuente: Lusnich, C. (2009, agosto). *Recursos humanos en la salud: la problemática actual de enfermería en el ámbito del sistema de atención público de la Ciudad de Buenos Aires*. Ponencia presentada en VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.

2.3 EL HOSPITAL PÚBLICO

2.3.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTO DEL HOSPITAL EN GENERAL:

Para la OMS, el Hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es un Centro de formación de personal médico - sanitario y de investigación bio-social. (Flores, 2009, parra. 5)

Para Paganini (citado en Flores, 2009) un hospital es todo aquel establecimiento, independientemente de su calificación, que ofrece cuidados médicos, en forma ambulatoria o por medio de la internación, sea estatal o privado, de complejidad alta o baja, que abarca a toda la comunidad.

Urdaneta (citado en Flores, 2009) describe el hospital como una fusión de recursos humanos, materiales y tecnológicos dispuestos para brindar asistencia médica (ya sea preventiva, curativa y rehabilitación) a una población definida.

Durante siglos, los hospitales se crearon para asegurar albergue a grupos sociales carentes de recursos para pagar su asistencia médica, basados en un sentimiento de amor al prójimo y de caridad cristiana. También cumplían un proceso de aislamiento y segregación en determinados pacientes (leprosarios, lazaretos). En las últimas décadas se incorporó el concepto de "Derecho a la Salud" de toda la población, determinando que el Hospital es la respuesta que brinda la sociedad organizada a ese derecho. (Flores, 2009, parra. 9 y 10)

2.3.1.1. CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL:

En sus comienzos, el hospital era meramente una casa grande, ediliciamente sencilla, con salas de gran tamaño. En cambio, en la actualidad, los hospitales demandan de edificios enormemente complejos en su

construcción y mantenimiento. “En lo posible deben estar rodeados por espacios verdes, con estacionamiento para vehículos y buena iluminación, procurando que la construcción tenga la máxima flexibilidad posible” (Flores, 2009, parra. 14).

En cuanto al equipamiento de los hospitales, hasta antes del siglo XX, eran limitados, simples y de bajo costo. El diagnóstico de las patologías era básicamente de tipo clínico, y el tratamiento estaba limitado al consumo de hierbas medicinales.

Hoy en día, los hospitales disponen de múltiples recursos de enorme complejidad para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades (Flores, 2009).

En sus comienzos, los usuarios eran indigentes, desvalidos, niños abandonados y militares. En la actualidad, los hospitales proveen servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales y centros de salud a millones de personas, en especial, a aquellas sin cobertura, con prestaciones de todos los niveles y complejidades.

Se estima que, aproximadamente, el 30 % de la población es la que consume esos servicios y que, en su mayoría, corresponde a grupos sociales de bajos ingresos (Acuña & Chudnovsky, 2002).

2.3.2 HOSPITALES PÚBLICOS METROPOLITANOS DE BUENOS AIRES:

El Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires posee un gran reconocimiento, tanto a nivel nacional como en los países limítrofes.

Los hospitales públicos que dependen de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ofrecen cobertura médica al 21,9 % de la población (Acuña & Chudnovsky, 2002).

Acostumbra atender las demandas por parte de los sectores más carenciados de la ciudad y del conurbano, y se le sumaron, además, aquellos sectores medios empobrecidos que, debido a la falta de empleo carecen de obra social o, a raíz de la imposibilidad de mantener el pago de coberturas privadas, recurren a los servicios asistenciales públicos (Bonazzola, 2010).

Según la Dirección General de Estadística y Censo (2004) de la Ciudad de Buenos Aires, los hospitales públicos atienden la demanda de un 55,6 % de

la población residente en la ciudad, mientras que un 41,2 % corresponde a residentes de la provincia de Buenos Aires y un 3,2 % a residentes de otras localidades.

La mayor demanda de atención médica se presenta en los turnos de la mañana. Según las autoridades de salud del Hospital Fernández, el 80 % de los pacientes van a la mañana, motivo por el cual es donde se encuentra la mayor cantidad de empleados (administrativos, médicos, enfermeros, etc.). Menos del 8 % de la atención en los consultorios de los hospitales de la Ciudad se realizan por la tarde.

En el año 2007, el entonces Jefe de Gobierno, Jorge Telerman, anunció que, a partir del 26 de marzo del respectivo año, la atención en los hospitales sería de 8:00 a 20:00. Esta propuesta tiene como objetivo mejorar los servicios de salud tanto para los consumidores como para los profesionales de dicha instituciones.

Sin embargo, en el mismo año (2007) solo el 9 % de las consultas hospitalarias se realizaron por la tarde y, en el 2008, únicamente el 7,6 %. Esto, según José Lanes, director del Hospital Fernández, se debe a que los consultorios tienen que trabajar conjuntamente con el restos de las prestaciones (como laboratorios o radiología), las cuales, sin embargo, en el turno de la tarde no están disponibles para consultas (Sánchez, 2009, marzo 8).

El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires tiene a su disposición 33 hospitales de diferentes complejidades. En la tabla 3, puede verse cuáles son aquellos hospitales públicos que dependen de la Ciudad.

Tabla 3.**Hospitales públicos pertenecientes al gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.**

Hospitales Generales de Agudos	Teodoro Álvarez, Cosme Argerich, Carlos Durand, Juan A. Fernández, José Penna, Parmenio Piñero, Ignacio Pirovano, José María Ramos Mejía, Bernardino Rivadavia, Francisco Santojanni, Enrique Tornú, Dalmacio Vélez Sársfield, Abel Zubizarreta
Hospitales Generales de Niños	Pedro de Elizalde, Ricardo Gutiérrez
Hospitales Especializados	Materno Infantil Ramón Sardá, Infecciosas Francisco Muñiz, Oftalmológico Pedro Lagleyze, Quemados, Oncología María Curie, Oftalmológico Santa Lucía, Salud Mental José Borda, Salud Mental Braulio Moyano, Salud Mental Infanto Juvenil Carolina Tobar García, Emergencia Psiquiátrica T. de Alvear, Gastroenterología Bonorino Udaondo, Rehabilitación Manuel Rocca, Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Rehabilitación Psicofísica.

Fuente: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Extraído de http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2011/movimiento_pdf/1_listado_hospitales_2011.pdf.

Resulta interesante comparar la distribución de los profesionales de enfermería según los cuatro tipos de hospitales que componen la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires (ver tabla 4).

Tabla 4.

Personal de enfermería según categoría y tipo de hospital, sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires, año 2006.

	Hospitales generales	Hospitales especializados	Hospitales de niños	Hospitales psiquiátricos (*)
Licenciados/as	9%	12%	11%	4%
Profesionales	48%	47%	47%	31%
Auxiliares	43%	41%	42%	65%
(*) Borda, Moyano, Tobar García, Torcuato de Alvear.				

Fuente: Lusnich, C. (2009, agosto). *Recursos humanos en la salud: la problemática actual de enfermería en el ámbito del sistema de atención público de la Ciudad de Buenos Aires*. Ponencia presentada en VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.

En tanto que en los hospitales especializados y en los hospitales de niños es relativamente mayor el peso de los licenciados/as en enfermería, es notoria la disparidad respecto de los hospitales psiquiátricos, en los cuales más de la mitad del personal sigue siendo enfermeros/as auxiliares. Y, por el contrario, el número de enfermeros profesionales es más parejo en todos los hospitales públicos.

El Ministerio de Salud de la Nación manifiesta que cada 10 mil habitantes hay 3,8 enfermeras (incluye enfermeros profesionales y licenciados en enfermería) y que cada 10 mil habitantes hay 32,1 médicos. Esto quiere decir que hay 1 enfermero cada 8 médicos, lo cual se aleja considerablemente de lo recomendado por los Organismos Internacionales:

... debe haber de 2 a 4 enfermeros por cada médico. Eso arroja como resultado que falta entre 40.000 y 90.000 enfermeros en la Argentina.

(...)

Las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe tienen el mayor número de enfermeros pero tienen también el mayor porcentaje de población. (En la Argentina faltan 40 mil enfermeros, 2010, marzo 2)

CAPITULO 3

CAPITULO 3

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus principales áreas de afectación, en el Personal Asistencial de Enfermería en un Hospital Público Metropolitano² de Buenos Aires, Argentina, durante el período noviembre del 2012?

3.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 Objetivos Generales

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de enfermería en un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires, Argentina e identificar las dimensiones más afectadas.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de Agotamiento Emocional a través del MBI, en el personal asistencial de enfermería en un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires, Argentina.
- Identificar el nivel de Despersonalización a través del MBI, en el personal asistencial de enfermería en un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires, Argentina.
- Identificar el nivel de Realización Personal a través del MBI, del personal asistencial de enfermería en un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires, Argentina.
- Indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de Burnout, según variables sociodemográficas como ser:

² Por resguardo ético de la Institución donde se desarrollo el proyecto de investigación, no se va a hacer mención el nombre del Hospital. Código de Núremberg (1947). Resolución 1154/2003 del Ministerio de Salud de la Nación, Comisión de Salud Investiga.

edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, si es jefe/a de hogar, nivel de formación, antigüedad en la profesión y en la Institución, turno de trabajo, existencia de otros trabajos y de hijos.

3.3 ESTRATEGIA TEÓRICO METODOLÓGICA

La orientación metodológica de la investigación es cuantitativa.

Hernández, Fernández y Batista (2006) afirman que un enfoque cuantitativo es el que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

En la presente investigación se busca, a través del análisis estadístico, determinar la incidencia de las siguientes dimensiones del Síndrome de Burnout: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires.

3.4 ALCANCE DE LOS OBJETIVOS

Es una investigación descriptiva en el sentido que busca dar un panorama en lo que refiere a Síndrome de Burnout en enfermeros asistenciales de un Hospital Público (Hernández et.al, 2006).

Vieytes (2004) menciona que dichas investigaciones proponen predicciones, describe cuantitativamente y pueden o no iniciarse con una hipótesis específica como guía, sin embargo, la hipótesis está siempre presente de manera explícita o implícita.

3.5 CONTROL EN EL DISEÑO DE PRUEBAS

El control de la investigación es no experimental. Según Hernández et al. (2006) este tipo de investigación se realiza sin la manipulación de variables. Vieytes (2004) agrega que en este tipo de investigaciones resulta imposible manipular las variables o asignar a los sujetos aleatoriamente a las condiciones. Los datos son recogidos en su ambiente natural.

3.6 SECUENCIA TEMPORAL

Este estudio es de corte transversal (sincrónica). Según Vieytes (2004), en los diseños de investigación transversal la información se recolecta en un único momento de tiempo.

Hernández et al. (2006), hace hincapié en que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

En esta investigación se recopilaban datos en el mes de noviembre de 2012.

3.7 TIPO DE FUENTES

Se trabajó con fuentes primarias, es decir los mismos trabajadores contestaron un cuestionario, que proporcionó datos de primera mano. Además se emplearon fuentes secundarias para la construcción del marco teórico, los antecedentes y las discusiones a partir de la utilización de material bibliográfico, ya sean libros, artículos de revistas científicas, resultados de otras investigaciones, etc.

3.8 UNIVERSO

El Hospital es una de las 33 entidades públicas que depende del Gobierno de la Ciudad Autónoma Buenos Aires.

Así mismo, dicho hospital entra dentro de la clasificación es un hospital especializado.

Las características actuales del hospital son: ediliciamente de tipo pabellonado, en cada uno de ellos se asisten enfermedades específicas, cuenta con diferentes servicios de laboratorios (físico químico, virología, bacteriología, entre otros).

También cuenta con dos unidades de cuidados intensivos, una planta quirúrgica reciclada a nuevo y 20 salas generales de internación.

La cantidad de personal es de 1.020 agentes, de las cuales 300 son médicos, 400 enfermeros y el resto se divide entre administrativos, agentes de seguridad, limpieza y otros profesionales.

3.9 MUESTRA

La muestra fue no probabilística intencional. Hernández et al. (2006) explica que en este tipo de muestra la elección de los elementos, no depende de la probabilidad, sino de características de la investigación o del que hace la muestra.

En este trabajo de investigación la muestra se procuró que fuera representativa de la población de enfermeros asistenciales del Hospital Público, para poder obtener información fehaciente de la prevalencia, o no, del Síndrome de Burnout.

En el Hospital Público Metropolitano, según datos revelados por el Jefe de Departamento de Enfermería, trabajan un total de 400 enfermeros: 47 de ellos son franqueros, 31 realizan su labor en los consultorios externos con los que cuenta el hospital, 209 forman parte del personal que se encuentra distribuido entre las 20 salas (entre ellas Guardia, quirófano y las 2 Unidades de Cuidados Intensivos). El resto de los enfermeros (113), se encuentran “gozando” de diferente tipo de licencias ya sean: médica, por maternidad, no reglamentaria, entre otras.

Se realizó la investigación con 240 enfermeros de ambos sexos que se encontraban trabajando en el Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires, en todos los turnos: de 00 a 06, de 06 a 12, de 12 a 18 y, de 18 a 00, durante el mes de noviembre del 2012.

Esta muestra permite ser indagada representativamente, teniendo en cuenta su heterogeneidad respecto de los niveles socioeconómico de los enfermeros. Y de otros factores como ser: lugar de residencia, estado civil, antigüedad, horario de trabajo y la existencia o no de hijos.

- Criterio de inclusión:

- Enfermeros de ambos sexos que se encuentren trabajando en el Hospital, en los turnos: de 00 a 06, de 06 a 12, de 12 a 18 y, de 18 a 00 horas, durante el mes de noviembre del 2012.
- Que habiliten título de enfermeros auxiliares.
- Enfermeros de ambos sexos que hayan deseado participar.

- Criterios de exclusión:

- Franqueros que desempeñen su labor en dicho Hospital.
- Enfermeros que no realizan tareas asistenciales.
- Toda persona que no desee participar del estudio propuesto.

3.10 HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta investigación se utilizaron dos instrumentos: por un lado un cuestionario autoadministrado compuesto por 5 preguntas cerradas de respuesta múltiple con varias alternativas y, 4 preguntas abiertas. Y por otro lado la adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» (MBI) (Gil-Monte & Peiró, 1997).

A. La encuesta

Para la obtención de los primeros datos de este estudio se utilizó la encuesta estadística ya que, como dice Rubio y Varas (2004), es la herramienta central y más utilizada del método cuantitativo (se adjunta instrumento en anexo de esta tesina).

El tipo de encuesta seleccionada fue la encuesta personal, ya que, según los mismos autores, es el más utilizado en la investigación social, pues consigue un mayor porcentaje de respuestas y permite el control directo de la información por medio del entrevistador.

La autora del trabajo entrevistó personalmente a cada uno de los participantes, con el objetivo de aclarar dudas que pudieran surgir y ayudar a comprenderlas.

Las encuestas fueron contestadas de forma individual, autoadministradas y anónima, para asegurar la veracidad de las respuestas. Así mismo la duración de la misma es de entre 20 y 25 minutos.

La primera parte de la encuesta, fue elaborada en base al marco teórico, para la obtención de datos sociodemográficos.

Para el relevamiento de dicha información se utilizaron tanto preguntas cerradas con respuestas ya prefijadas, como así también preguntas abiertas para enriquecer más el trabajo a la hora de los resultados. Por ejemplo se le solicitó:

1. **Edad:** _____.

2. Sexo:

Masculino Femenino

B. MBI –Inventario de Burnout de Maslach

La segunda parte del protocolo está constituida por un cuestionario para la evaluación del nivel de Burnout del participante.

Existen diversos instrumentos para evaluar el *síndrome de burnout* como el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, el Burnout Measure (BM) de Pines y Aronson, el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles, el cuestionario Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones y la Escala de Efectos Psíquicos de Burnout de García Izquierdo y Velandrino (Gil-Monte & Peiró, 1999).

De entre estos instrumentos de medida, es el MBI el que se ha utilizado con mayor frecuencia para medir el Síndrome de Burnout, independientemente de las características ocupacionales de la muestra.

Según la última edición del manual de Maslach, Jackson y Leiter (1996) (citado en Gil-Monte & Peiró, 1999), en la actualidad existen tres versiones del MBI.

Los datos fueron recogidos mediante la adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» (MBI) (Gil-Monte & Peiró, 1997).

El Maslach Burnout Inventory, está formado por ítems en forma de afirmaciones referente a sentimientos y actitudes del profesional de la salud en su trabajo y hacia los consumidores de sus servicios.

Tienen 7 opciones de respuestas que se presentan en una Escala Likert, donde los valores de las respuestas se hallan ordenados de menor a mayor en términos de frecuencia (0 es igual a “nunca”; 1 equivale a “alguna vez al año o menos”; 2 “una vez al mes, o menos”; 3 a “algunas veces al mes”; 4 a “una vez por semana”; 5 a “algunas veces por semana” y, 6 a “todos los días”). La respuesta se escoge en función de la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem durante el último año.

Por ejemplo:

	Nunca.	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días.
	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							

Los 22 ítems (Mira Franco et al. 2005) valoran las tres dimensiones propuestas por las autoras del constructor:

1. Agotamiento emocional: mide sensaciones de fatiga, que aparecen como consecuencia de la actividad laboral. Se define como falta de energía y destrucción de los recursos emocionales con la vivencia de que no queda nada que dar u ofrecer a los demás, surgiendo ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes suspicaces. Corresponde a los ítems:

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.</p> <p>2. Al final de la jornada me siento agotado.</p> <p>3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.</p> <p>6. Trabajar con pacientes todo el día es una tensión para mí.</p> <p>8. Me siento "quemado" por el trabajo.</p> <p>13. Me siento frustrado por mi trabajo.</p> <p>14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.</p> <p>16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce mucho estrés.</p> <p>20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

En esta subescala la puntuación máxima es de 54. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el Agotamiento Emocional y el nivel de Burnout.

2. Despersonalización: evalúa respuesta de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los usuarios. Se define como el desarrollo de una actitud y concepto de sí mismo negativo, con la pérdida de la autoestima e incapacidad de enfrentar situaciones ya vividas y resueltas con eficacia.

Corresponde a los ítems:

- 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos .
- 10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.
- 11. Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente.
- 15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a alguno de los pacientes a los que tengo que atender.
- 22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

En esta subescala, la puntuación máxima es de 30. Cuanto mayor es la puntuación, más es la Despersonalización y el nivel de Burnout.

3. Reducido logro personal: evalúa sensaciones de satisfacción, éxito y competencia en el desempeño laboral cotidiano. Se define como imposibilidad de satisfacer las expectativas previas de cara a la profesión, lo cual confiere al trabajador una sensación creciente de incompetencia. Corresponde a los ítems:

- 4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.
- 7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.
- 9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.
- 12. Me encuentro con mucha vitalidad.
- 17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.
- 18. Me encuentro animado después de trabajar junto a mis pacientes .
- 19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.
- 21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trab

La mayor puntuación en esta subescala es de 48. Mayor puntuación, mayor Realización Personal. La puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout; a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Según Mansilla Izquierdo (2012), se consideran que los puntos de corte del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 66 y 99.

Pese a que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, se consideró que un profesional padecía síndrome de Burnout con: altas puntuaciones en Agotamiento Emocional y Despersonalización y, bajas puntuaciones en la variable Realización Personal.

Así también dicho autor explica que, el punto de corte también puede establecerse según los siguientes criterios:

- Subescala Agotamiento Emocional: puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 19 las indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajos.
- Subescala de Despersonalización: puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 nivel medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización.
- Subescala de Realización Personal: funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 Sensación de logro.

3.11 PROCEDIMIENTOS

Para realizar el relevamiento de los datos, se utilizó una encuesta sociodemográfica para relevar datos pertinentes a la investigación y la adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» elaborada por Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte, 1994; Gil-Monte & Peiró, 1997).

Como primera medida se realizaron las preguntas que permitían saber si el personal de enfermería cumplía con los criterios de inclusión.

Cuando un sujeto que cumplía la condición contestaba las preguntas, se lo invitaba a responder la totalidad del cuestionario y a responder al inventario de Burnout.

Los cuestionarios son del tipo auto informado por lo que se entregaron con una birome y sólo se contestaron dudas que surgieron a medida que se iban respondiendo las preguntas de los mismos.

La aplicación del instrumento se hizo de manera individual o colectivamente, algunas se llevaron adelante en el departamento de enfermería del hospital y, otras en las respectivas salas del mismo.

3.12 HERRAMIENTA PARA EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los análisis de datos, para verificar o refutar las hipótesis planteadas en el presente estudio, se realizaron con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences, versión 15 (SPSS-15).

En el análisis de datos se realizaron, en un primer momento, aplicaciones de estadística descriptiva para los objetivos de descripción, en un segundo momento, se realizaron pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para asumir o no la distribución normal o no normal de las variables y luego realizar cálculos estadísticos inferenciales para los objetivos de la investigación.

Se calcularon, en función de los objetivos y las características de las variables aludidas, los siguientes estadísticos: *t* de Student, ANOVA de un factor, *Chi-cuadrado* y *U* de Man Whitney.

Para valorar las comparaciones múltiples entre los grupos que conforman cada variable de agrupación y saber que media difiere de otra, se aplicaron los test post hoc de Tukey-b.

3.13 PRESENTACIÓN DE DATOS

La presentación de resultados se organizó en dos apartados que responden al protocolo o prueba tomada a los enfermeros/as y a los objetivos de la investigación:

1. Caracterización de la población: datos sociodemográficos.
2. Síndrome de Burnout y relación con variables sociodemográficas.

Se optó además por incluir presentaciones gráficas como tablas y gráficos circulares a fin de producir un impacto visual sobre el lector en que rápidamente pudiese tomar contacto con la información y ponderar los principales resultados.

3.14 VALIDEZ Y FIABILIDAD

Gil-Monte y Peiró (1999), realizó un estudio para verificar la “*validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional*”. En la misma se explora la estructura factorial del MBI en una adaptación al castellano. La muestra la conformaron 559 profesionales de distintos sectores ocupacionales.

“Realizaron un análisis factorial mediante Componentes Principales y rotación Varimax que presentó 4 factores con eigenvalues mayor que 1” (Gil-

Monte & Peiró, 1999, p.679). En el primer factor se reunieron los ítems de Agotamiento Emocional, en el segundo factor los de Despersonalización, y por último, en el tercero y cuarto los ítems de Realización Personal en el trabajo.

Subsiguientemente se realizó otro análisis adaptando a tres la extracción de factores. “La solución factorial reprodujo la distribución de los ítems del manual, aunque los ítems 6, 12 y 16 se encontraban en más de una subescala” (Gil-Monte & Peiró, 1999, p.679).

Al finalizar dicha investigación, los autores, arribaron a las conclusiones de que la versión adaptada al castellano del MBI, reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del Síndrome de Burnout en el trabajo en nuestro contexto sociocultural.

De todas formas hay que tener en cuenta, que a pesar de que el MBI ha demostrado ser un instrumento válido y fiable (Mansilla Izquierdo, 2012), y con una gran aceptación internacional presenta algunas debilidades psicométricas que obligan a utilizarlo con precaución, y siempre acompañado de datos de filiación (sexo, edad, antigüedad en la empresa y empresas anteriores).

CAPÍTULO 4

CAPÍTULO 4

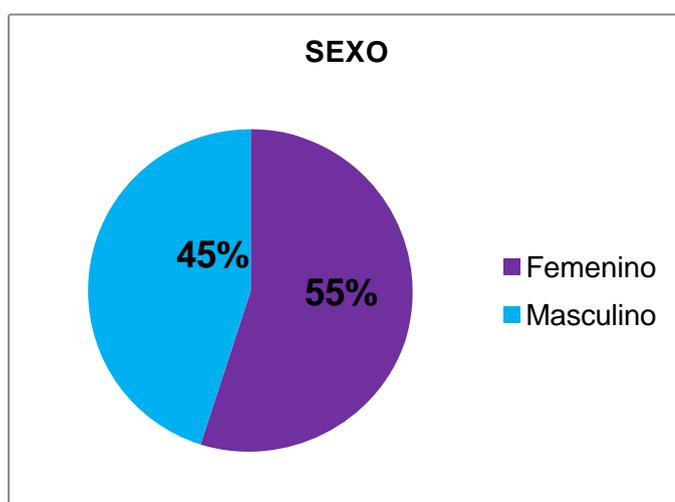
ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra estuvo formada por un total de 240 enfermeros del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires. El 55% ($n=132$) de la muestra eran mujeres y, el 45% ($n=108$) hombres.

Gráfico 1.

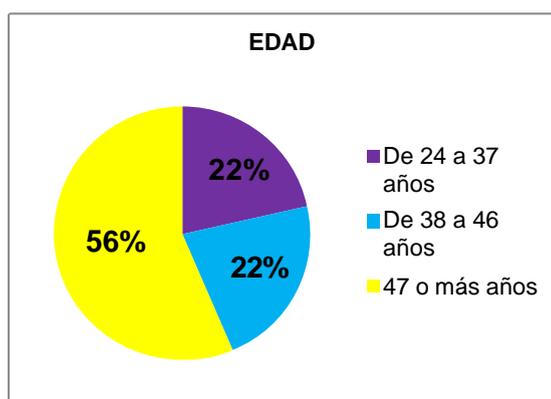
Distribución de la población de enfermeros asistenciales según sexo.



La media de edad es de 42,38 (DE de 9,27; máxima=65 años y mínima=24). La variable edad fue recodificada en tres rangos: El primero formado por los participantes con edades entre 24 a 37 años (32,1%; $n=77$). El segundo en el rango de 38 a 46 años (32,9%; $n=79$) y el último mayores de 47 años (83,8%; $n=81$).

Gráfico 2.

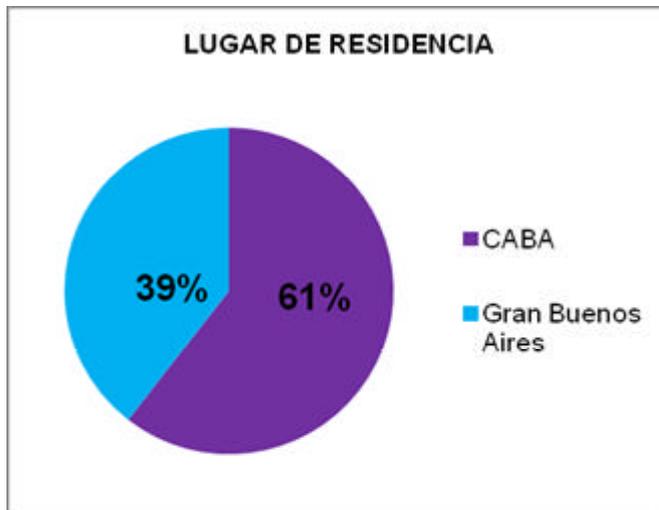
Distribución de la población de enfermeros asistenciales según la edad.



Respecto al lugar de residencia el 50,4% ($n=121$) viven en CABA, mientras que el 49,6% ($n=119$) viven en el Gran Buenos Aires.

Gráfico 3

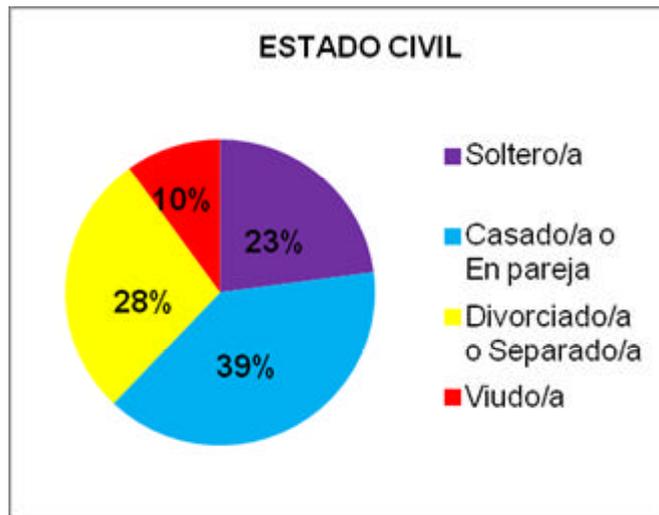
Distribución de la población de enfermeros asistenciales según lugar de residencia.



El estado civil con mayor porcentaje es el de los casados o en pareja con un 39,2% ($n=94$), lo sigue con el 27,9% ($n=65$) aquellas personas que están divorciados o separados. Con un 22,9% ($n=55$) se encuentran los solteros y, el menor sector corresponde a los viudos con un 10% ($n=24$).

Gráfico 4.

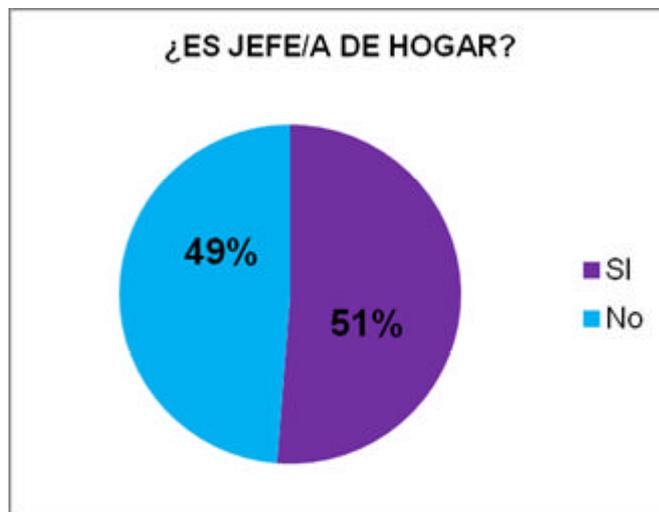
Distribución de la población de enfermeros asistenciales según el estado civil.



Más de la mitad de los profesionales declaró ser jefe de hogar (51,3%; $n=123$) y, un 48,8% ($n=117$) no tiene personas a cargo.

Gráfico 5.

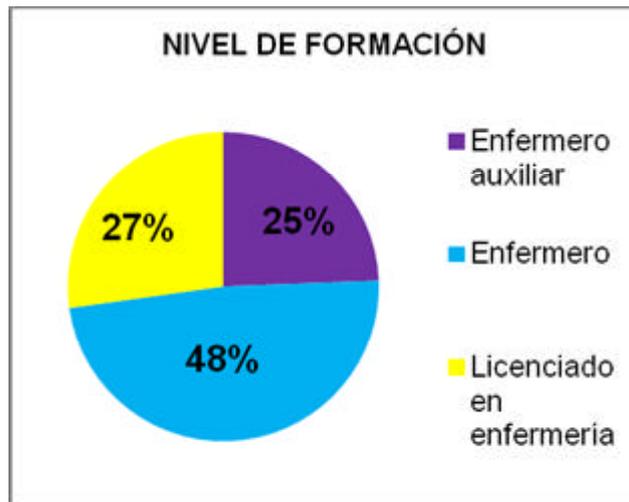
Distribución de la población de enfermeros asistenciales según si es jefe/a de hogar.



Respecto a la formación de los profesionales de la salud, el 49,6% ($n=119$) son enfermeros, 25,4% ($n=61$) son Licenciados en enfermería y, el 25% ($n=60$) son enfermeros auxiliares.

Gráfico 6.

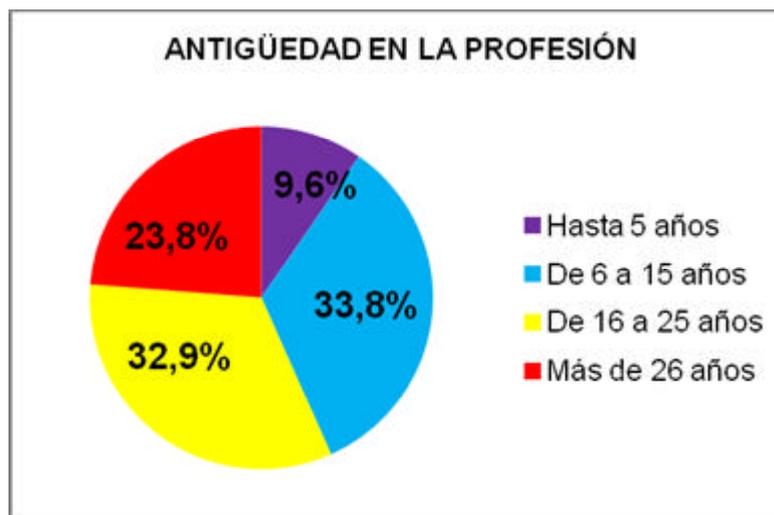
Distribución de la población de enfermeros asistenciales según el nivel de formación.



En cuanto a la antigüedad en la profesión, el 33,8% ($n=81$) tienen una antigüedad de entre 6 a 15 años, el 23,8% ($n=57$) llevan más de 26 años de ejercicio de la profesión, un 32,9% ($n=79$) tiene una antigüedad que oscila entre los 16 y 25 años y, por último sólo un 9,6% ($n=23$) tiene hasta 5 años de actividad en la profesión.

Gráfico 7.

Distribución de la población de enfermeros asistenciales según antigüedad en la profesión.

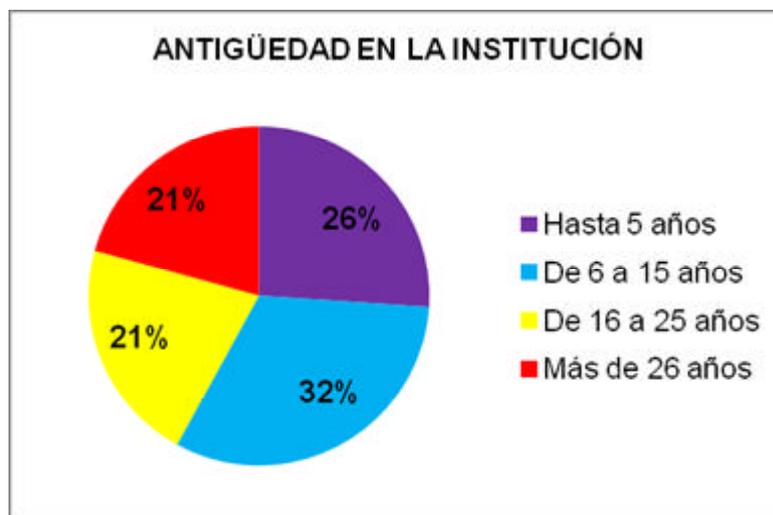


En relación a la antigüedad en dicho Hospital Público, el 36,7% ($n=88$) tiene una antigüedad de entre 6 a 15 años, el 30% ($n=72$) lleva trabajando en la Institución hasta 5 años, solo un 24,6% ($n=59$) de la muestra tiene de 16 a 25

años y, por último el 8,8% ($n=21$) de los enfermeros tiene más de 26 años de trabajo en el mismo hospital.

Gráfico 8

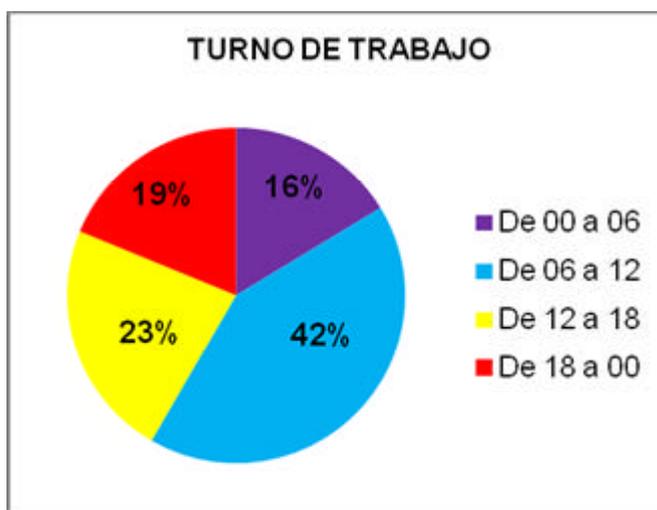
Distribución de la población de enfermeros asistenciales según la antigüedad en la institución.



El turno que dispone de una mayor cantidad de personal de enfermería con un 42,1% ($n=101$) es el de 06 a 12 horas, le sigue con un 22,9% ($n=55$) el horario de 12 a 18 horas, con el 16,3% ($n=39$) el de 00 a 06 horas y, por último con un 18,8% ($n=45$) el de 18 a 00 horas.

Gráfico 9.

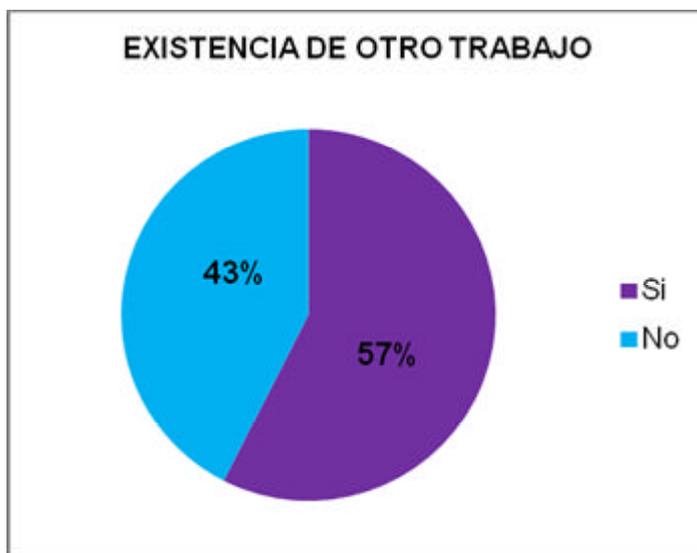
Distribución de la población de enfermeros asistenciales según el turno de trabajo.



El 50% ($n=120$) de la muestra no tiene otro trabajo y solo el 49,6% ($n=119$) si.

Gráfico 10.

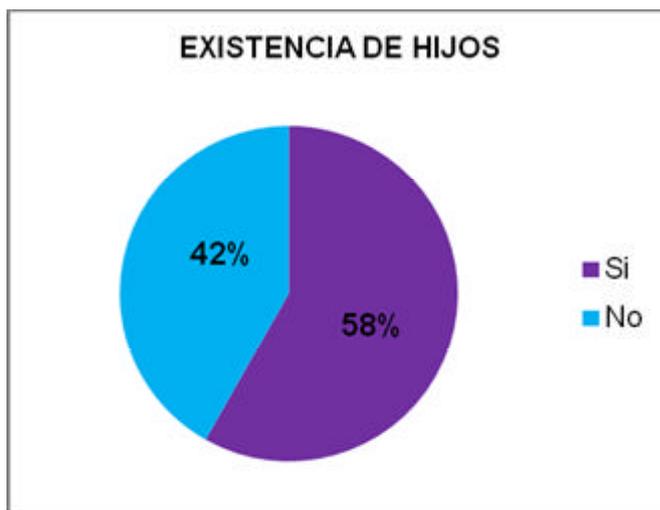
Distribución de la población de enfermeros asistenciales según la existencia de otro trabajo.



De la muestra de 240 enfermeros, el 69,6% ($n=167$) tiene hijos y el 30,4% ($n=73$) restantes no.

Gráfico 11.

Distribución de la población de enfermeros asistenciales según la existencia de hijos.

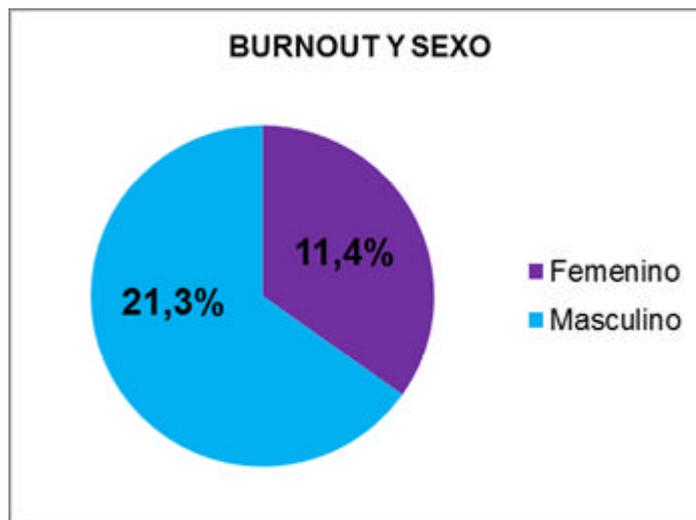


4.2 FRECUENCIA DEL SÍNDROME SEGÚN VARIABLES SOCIDEMOGRÁFICAS

De la población masculina, el 21,3% ($n=23$) se encuentra afectado por el Síndrome de Burnout, mientras que solo un 11,4 % ($n=15$) de las enfermeras del sexo femenino lo padecen.

Gráfico 12.

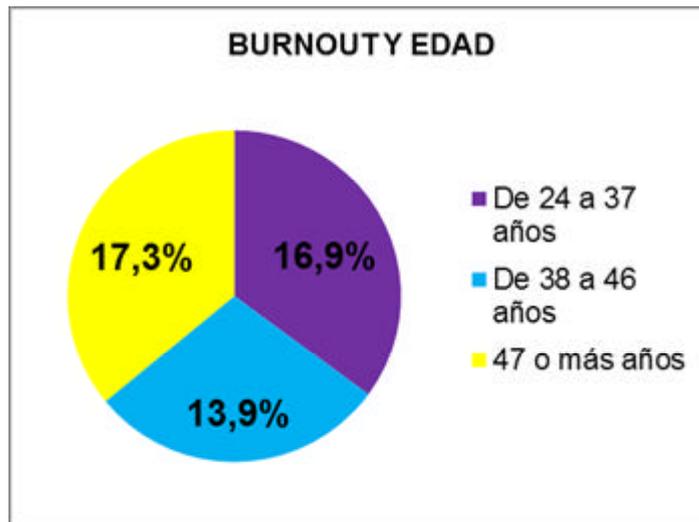
Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según sexo.



En cuanto a los rangos de edad, el personal de enfermería que se encuentra más afectado por el Burnout, con el 17,3% ($n=14$) es el de aquellos mayores a 47 años de edad, lo siguen los enfermeros de 24 a 37 años (16,9%; $n=13$) y, por último los de 38 a 46 años (13,9%; $n=11$).

Gráfico 13.

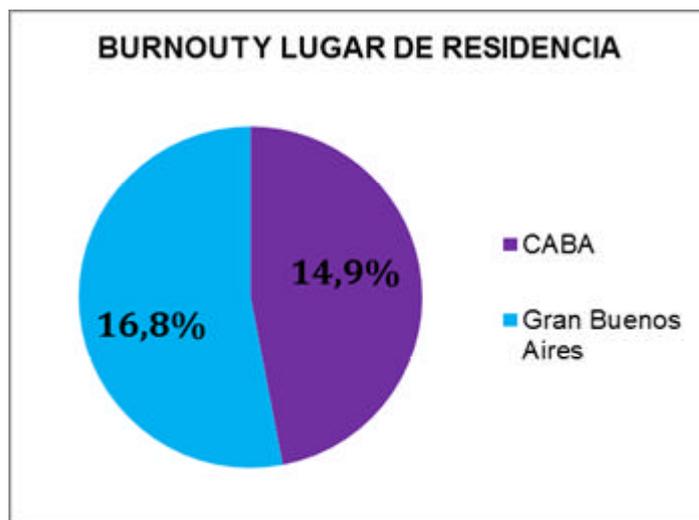
Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según edad.



El 16,8% ($n=20$) del personal asistencial de enfermería del Hospital Público Metropolitano que vive en Gran Buenos Aires, está afectado por el Burnout, mientras que solo un 14,9% ($n=8$) de quienes viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires lo padecen.

Gráfico 14.

Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según lugar de residencia.

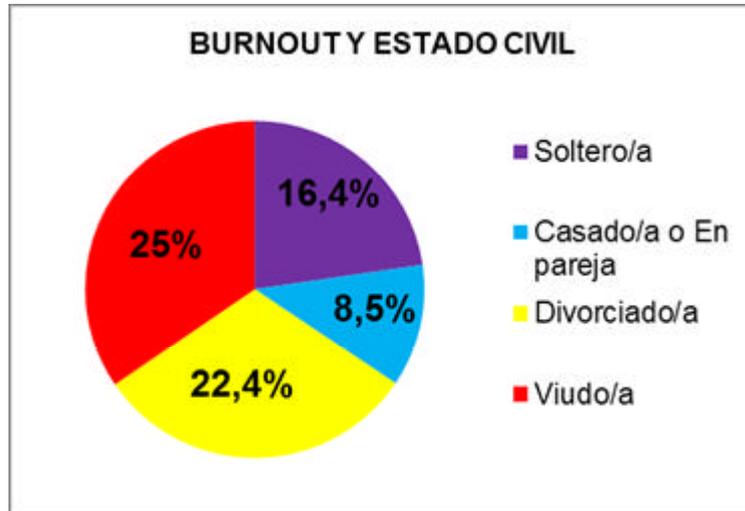


El grupo que tiene mayor presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería es el de viudo/a con el 25 % ($n=6$); le siguen los

divorciado/a o separado/a (22,4%; $n=15$), luego los solteros (16,4%; $n=9$) y por último los casado/a o en pareja (8,5%; $n=8$).

Gráfico 15

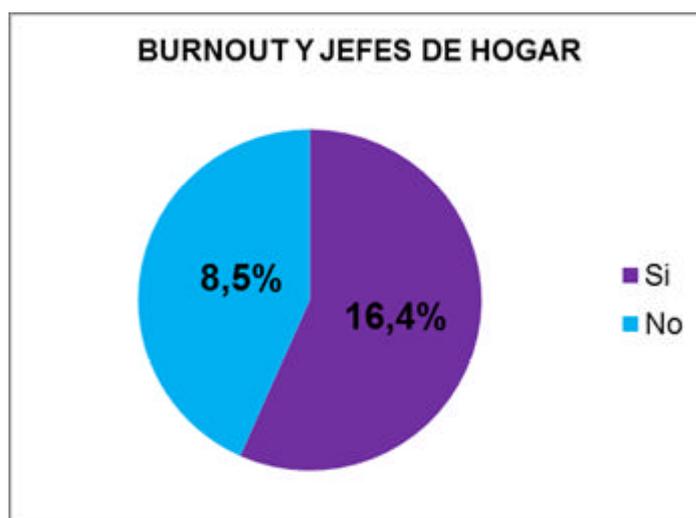
Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según estado civil.



De los profesionales de la salud que declararon ser jefes de hogar, el 17,9% ($n=22$) está afectado por el Burnout. Así mismo, el 13,7% ($n=16$) de aquellos que no declararon ser jefes de hogar, también lo padecen.

Gráfico 16

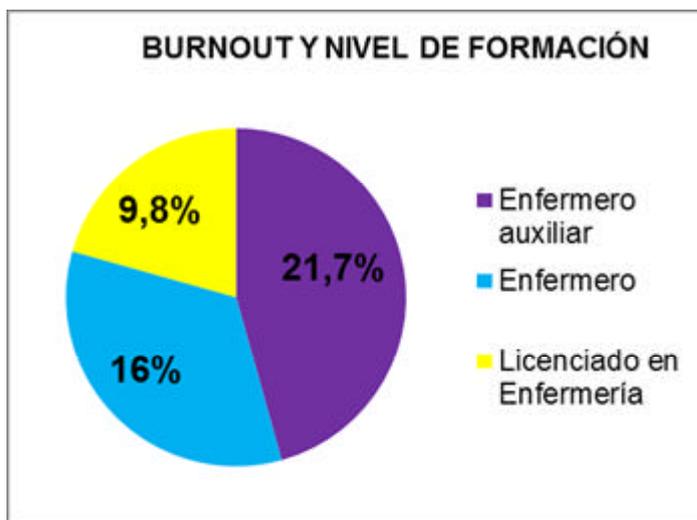
Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según si son jefes de hogar.



El 21,7% ($n=13$) de los enfermeros auxiliares presentan Burnout, el 16% ($n=19$) de los enfermeros y el 9,8% ($n=6$) de los Licenciados también se encuentran afectados por dicho Síndrome.

Gráfico 17.

Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según nivel de formación.



Respecto a la antigüedad en la profesión, padecen de Burnout el 19,3% ($n=11$) de los profesionales que poseen más de 26 años, el 12,7% ($n=10$) de quienes llevan entre 16 y 25 años, el 16% ($n=13$) de los trabajadores que tienen una antigüedad que oscila entre los 6 y 15 años de antigüedad y, el 17,4% ($n=4$) de aquellos que poseen 5 años o menos de antigüedad.

Gráfico 18

Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según antigüedad en la profesión.



En relación a la antigüedad en la institución, podemos apreciar que se encuentran afectados por Síndrome de Bournout, todos los trabajadores en diferentes medidas. El 14,3% ($n=3$) en aquellos que poseen más de 26 años de antigüedad, mientras que en la franja de 16 a 25 años de antigüedad disminuye al 15,3% ($n=9$). A su vez, afecta al 21,6% ($n=19$) de los trabajadores que tienen entre 6 y 15 años de antigüedad, y al 9,7% ($n=7$) de quienes trabajan en la salud hace 5 años o menos.

Gráfico 19.

Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según antigüedad en la profesión.

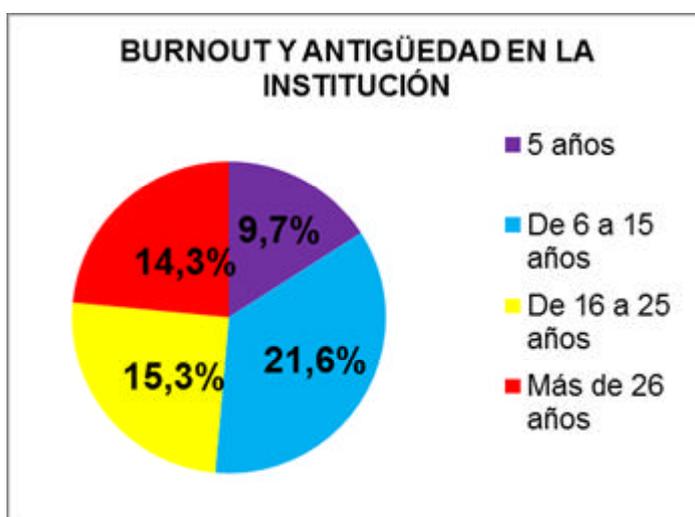
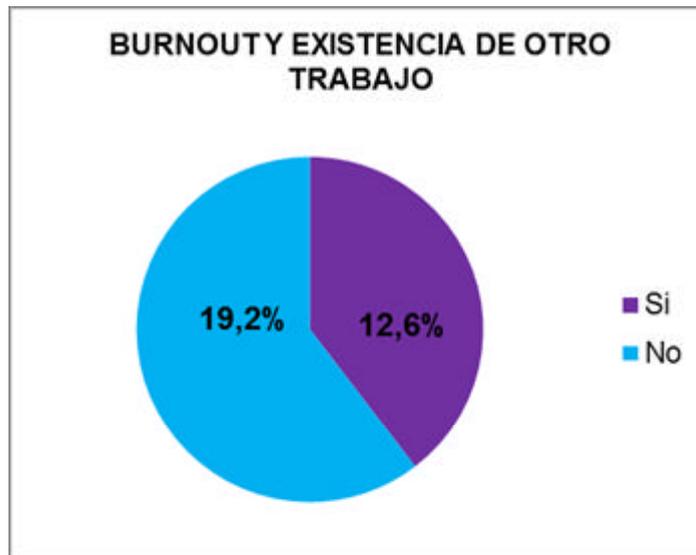


Gráfico 21

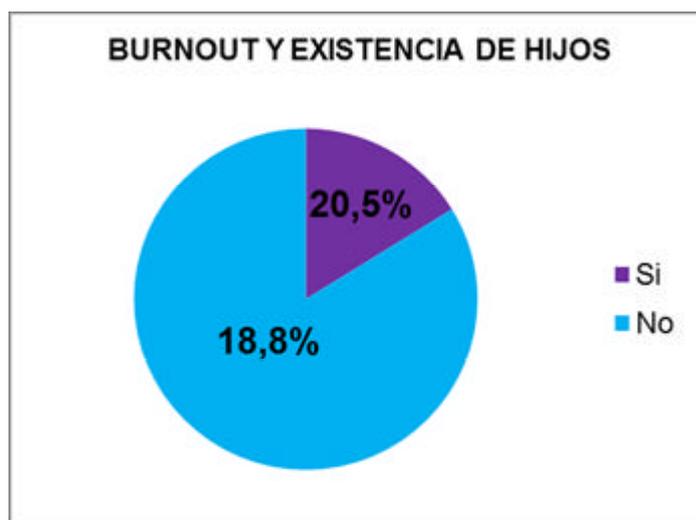
Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según existencia de otro trabajo.



El 16,2% ($n=27$) de los enfermeros que tienen hijos, padecen Burnout. Así mismo, el 83,8% ($n=140$) de los que manifestaron no tener hijos, también lo sufren.

Gráfico 22.

Presencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros asistenciales según existencia de hijos.



4.3 RESULTADOS

4.3.1 PREVALENCIA DE BURNOUT

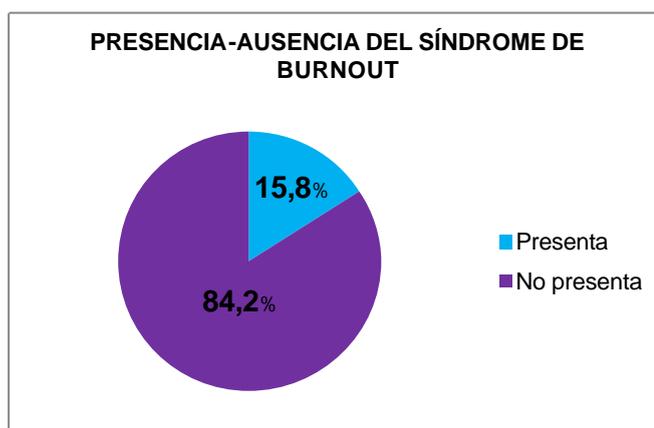
En la Tabla 5, puede verse cual es la prevalencia de Burnout en el personal de enfermería asistencial del Hospital Público Metropolitano:

Tabla 5
Presencia y ausencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de enfermería de un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires.

	Frecuencia	Porcentaje
Presenta	38	15,8
No presenta	202	84,2

Gráfico 23.

Distribución de los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires según presentan o no Síndrome de Burnout.



A raíz de los datos proporcionados, puede decirse que más de la mitad de los profesionales de la salud (84,2%; $n=202$) no presentan Burnout y, que solo el 15,85% ($n=38$) se encuentra afectado por el Síndrome. Es decir de un total de 240 enfermeros asistenciales, solo 38 sujetos han obtenido puntuaciones altas en Agotamiento Emocional y Despersonalización y, bajas en Realización Personal.

Sin embargo, la mayor parte de la población se encuentra “sana”.

4.3.2 PUNTUACIONES DE LAS SUBESCALAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Como puede observarse en la Tabla 6, el 46,7% de los enfermeros asistenciales refirió bajos niveles de Agotamiento Emocional, el 25,8% niveles medios y, el 27,5% niveles altos en dicha subescala. Lo que indica que el rango mayor se encuentra en un nivel bajo, demostrando que no existe Agotamiento Emocional.

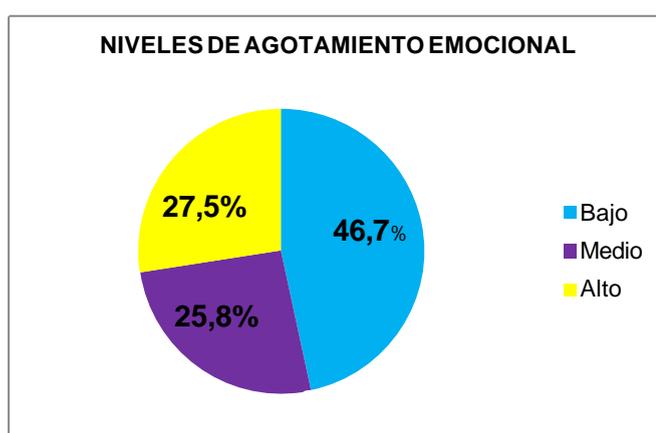
Tabla 6

Frecuencia con que los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires han puntuado en la subescala de Agotamiento Emocional.

		Frecuencia	Porcentaje	Puntuaciones
Válidos	Bajo	112	46,7	Menores a 19
	Medio	62	25,8	Entre 19 y 26
	Alto	66	27,5	Mayores a 27

Gráfico 24

Distribución de los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires según puntuaciones en la subescala Agotamiento Emocional.



A continuación, en la Tabla 7, se muestran los niveles obtenidos por los enfermeros del Hospital Público Metropolitano, en la subescala de Despersonalización:

Tabla 7

Frecuencia con que los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires han puntuado en la subescala de Despersonalización.

		Frecuencia	Porcentaje	Puntuaciones
Válidos	Bajo	106	44,2	Menores a 6
	Medio	53	22,1	Entre 6 y 9
	Alto	81	33,8	Mayores a 10

Gráfico 25.

Distribución de los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires según puntuaciones en la subescala De spersonalización.



En esta subescala, la mayor parte de la población refirió niveles bajos en un 44,2%, medio un 22,1% y, alto un 33,8%. Por consiguiente esto indica que no hay Despersonalización en los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano.

Por último, en la Tabla 8 se presenta la frecuencia con la que los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano, han puntuado en la subescala de Realización Personal:

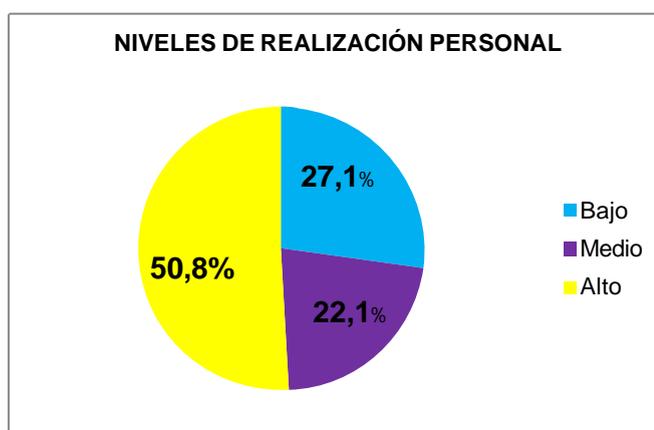
Tabla 8

Frecuencia con que los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires han puntuado en la subescala de Realización Personal.

		Frecuencia	Porcentaje	Puntuaciones
Válidos	Bajo	65	27,1	De 0 a 34
	Medio	53	22,1	De 34 a 39
	Alto	122	50,8	Mayores a 40.

Gráfico 26.

Distribución de los enfermeros asistenciales del Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires según puntuaciones en la subescala Realización Personal.



En esta subescala puede verse que la mayoría de los enfermeros han obtenido altas puntuaciones (50,8%), medias un 22,1% y, bajas un 27,1%. Es decir, hay un alto índice de realización personal en el trabajo.

En la Tabla 9, se presentan las medias obtenidas por el personal asistencial de enfermería del Hospital Público Metropolitano, en cada una de las tres subescalas que componen el Síndrome de Burnout:

Tabla 9.**Puntuaciones medias de las subescalas de Síndrome de Burnout.**

	M	DE	Punto de corte
Agotamiento Emocional	19,69	9,87	Alto: 27 o mas. Medio: entre 19 y 26. Bajo: menor a 19.
Despersonalización	7,30	5,78	Alto: más de 10. Medio: entre 6 y 9. Bajo: menor a 6.
Realización Personal	38,45	6,55	Alto: más de 40. Medio: de 34 a 39. Bajo: de 0 a 34.

Puntuaciones medias en las subescalas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, sitúan a los participantes en un nivel medio de «desgaste».

4.3.3 BURNOUT Y EDAD

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente.

Tabla 10.**Prueba de normalidad de las subescalas de Burnout según edad.**

	Edad recodificada	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	Gl	Sig.
Agotamiento Emocional	De 24 a 37	,103	75	,046
	De 38 a 46	,097	78	,047
	47 o más	,079	81	,048
Despersonalización	De 24 a 37	,140	75	,001
	De 38 a 46	,099	78	,048
	47 o más	,108	81	,020
Realización Personal	De 24 a 37	,125	75	,005
	De 38 a 46	,114	78	,014
	47 o más	,102	81	,036

A partir de los resultados obtenidos, se asume la *no normalidad* de la variable dependiente, por lo que se utilizara *pruebas no paramétricas* (Chi-cuadrado) para su análisis (ver Tabla 11).

Tabla 11.
Diferencias en las dimensiones del Burnout según edad.

	Edad recodificada	Rango promedio	χ^2	G/	p=
Agotamiento	De 24 a 37	107,88	4,182	2	.124
	De 38 a 46	115,71			
	47 o más	129,71			
Despersonalización	De 24 a 37	108,84	2,345	2	.310
	De 38 a 46	124,72			
	47 o más	121,51			
Realización Personal	De 24 a 37	120,58	1,272	2	.529
	De 38 a 46	124,27			
	47 o más	112,36			

En función del análisis realizado como se observa en la Tabla 11, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el Síndrome de Burnout y la edad.

4.3.4 BURNOUT Y SEXO

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente. Los resultados obtenidos se pueden observar en la Tabla 12.

Tabla 12.
Prueba de normalidad de las subescalas de Burnout según sexo.

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	G/	Sig.
Agotamiento Emocional	Masculino	,076	108	,200(*)
	Femenino	,054	129	,200(*)
Despersonalización	Masculino	,104	108	,006
	Femenino	,122	129	,000
Realización Personal	Masculino	,135	108	,000
	Femenino	,102	129	,002

Se asume la distribución *normal* en la dimensión de Agotamiento Emocional y, la *no la normalidad* de las variable dependiente en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal.

Por lo tanto se utilizará *pruebas paramétricas* (T. de Student) en la dimensión de Agotamiento Emocional y, *pruebas no paramétricas* (U. de Man Whitney) para el análisis de las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal.

En la Tabla 13 se presentan los resultados del Agotamiento Emocional según el sexo y, en la Tabla 14 los de las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal según el sexo de los participantes.

Tabla 13.

Diferencias en el Burnout en la dimensión de Agotamiento Emocional según sexo.

	Sexo	M	DE	T	Gl	p=
Agotamiento Emocional	Masculino	20,02	10,46	.476	236	.635
	Femenino	19,41	9,38			

Tabla 14.

Diferencias en el Burnout en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal según sexo.

	Género	Rango promedio	Z	Sig.	U de Mann-Whitney
Despersonalización	Masculino	130,91	-2,220	,026	5895,500
	Femenino	111,00			
Realización Personal	Masculino	114,35	-1,243	,214	6464,000
	Femenino	125,53			

En las dimensiones Agotamiento Emocional y Realización Personal no se encuentran diferencias significativas en cuanto al sexo.

Sin embargo, hay una diferencia significativa en la dimensión de Despersonalización, los enfermeros de sexo masculino presentan mayor Despersonalización que las mujeres.

4.3.5 BURNOUT Y LUGAR DE RESIDENCIA

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente. Los resultados se presentan en la Tabla 15.

Tabla 15.
Pruebas de normalidad en las subescalas de Burnout según lugar de residencia.

	Lugar de residencia	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	Gl	Sig.
Agotamiento Emocional	CABA	,062	120	,041
	Gran Buenos Aires	,080	117	,031
Despersonalización	CABA	,129	120	,000
	Gran Buenos Aires	,115	117	,001
Realización Personal	CABA	,100	120	,005
	Gran Buenos Aires	,121	117	,000

* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

A raíz de los resultados obtenidos en la prueba, se asume la *no normalidad* de la variable dependiente, por lo que se utilizara *pruebas no paramétricas* (U de Mann-Whitney) para su análisis. En la Tabla 16 se muestran los resultados.

Tabla 16.
Diferencia en las dimensiones de Burnout según lugar de residencia .

	Lugar de residencia	Rango promedio	Z	Sig.	U de Mann-Whitney
Agotamiento Emocional	CABA	125,66	-1,392	,164	6341,000
	Gran Buenos Aires	113,24			
Despersonalización	CABA	126,62	-1,502	,133	6338,000
	Gran Buenos Aires	113,21			
Realización Personal	CABA	112,33	-1,841	,066	6211,500
	Gran Buenos Aires	128,80			

Respecto al lugar de residencia de los participantes, no se encuentran diferencias significativas en las dimensiones del Burnout, entre los que viven en Gran Buenos Aires y quienes viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

4.3.6 BURNOUT Y ESTADO CIVIL

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente. En la Tabla 17, se muestra el resultado obtenido:

Tabla 17.
Prueba de normalidad de las subescalas de Burnout según estado civil.

	Estado civil	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	GI	Sig.
Agotamiento Emocional	Soltero/a	,103	55	,200(*)
	Casado/a o En pareja	,067	93	,200(*)
	Divorciado/a	,102	65	,200(*)
	Viudo/a	,138	24	,200(*)
Despersonalización	Soltero/a	,143	55	,007
	Casado/a o En pareja	,109	93	,009
	Divorciado/a	,101	65	,007
	Viudo/a	,159	24	,009
Realización Personal	Soltero/a	,110	55	,044
	Casado/a o En pareja	,117	93	,003
	Divorciado/a	,128	65	,010
	Viudo/a	,142	24	,010

* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

Como consecuencia de lo obtenido en la Tabla 17, se asume la distribución *normal* en la dimensión de Agotamiento Emocional y, se admite la *no normalidad* de la distribución de la variable dependiente en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal.

Por lo tanto se utilizará *pruebas paramétricas* (Anova) en la dimensión de Agotamiento Emocional y, *pruebas no paramétricas* (Chi-Cuadrado) para el análisis de las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal.

Los resultados obtenidos pueden verse en la Tabla 18 y 19.

Tabla 18.
Diferencias en el Burnout en la dimensión de agotamiento emocional según estado civil.

		M	DE	GI	F	Sig.
Agotamiento Emocional	Soltero/a	18,2000	10,28735	3	1,530	,208
	Casado/a o En pareja	19,0645	9,71530			
	Divorciado/a	20,7424	9,73386			
	Viudo/a	22,6667	9,54926			

Tabla 19

Diferencias en el Burnout en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal según el estado civil.

	Estado civil	Rango promedio	χ^2	Gl	$p=$
Despersonalización	Soltero/a	104,76			
	Casado/a o En pareja	116,61	6,221	3	,101
	Divorciado/a	134,76			
	Viudo/a	127,60			
Realización Personal	Soltero/a	130,78			
	Casado/a o En pareja	130,64	10,702	3	,013
	Divorciado/a	110,27			
	Viudo/a	85,79			

En la dimensión de Agotamiento Emocional y Despersonalización, no se encuentran diferencias significativas. Sin embargo, como se observa en la Tabla 19, la dimensión Realización Personal muestra diferencias significativas, son los participantes “viudos/as” los que muestran menores niveles de realización personal.

4.3.7 BURNOUT Y JEFE DE HOGAR

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente. Dicha prueba puede verse en la Tabla 20.

Tabla 20.

Pruebas de normalidad en la subescala de Burnout según jefe de hogar.

	¿Es jefe/a de hogar?	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	Gl	Sig.
Agotamiento Emocional	Si	,071	121	,200(*)
	No	,072	116	,200(*)
Despersonalización	Si	,079	121	,064
	No	,144	116	,000
Realización Personal	Si	,104	121	,003
	No	,109	116	,002

* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

A raíz de los resultados obtenidos con la prueba de normalidad (Kolomogorov-Smirnov), se asume la *no la normalidad* de la distribución de la variable dependiente en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal y, se asume la distribución *normal* en la dimensión de Agotamiento Emocional.

Por lo tanto se utilizará *pruebas paramétricas* (T. de Student) en la dimensión de Agotamiento Emocional y, *pruebas no paramétricas* (U. de Man Whitney) para el análisis de las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal.

Tabla 21.

Diferencias en el Burnout en la dimensión de Agotamiento Emocional según jefe de hogar.

	¿Es jefe/a de hogar?	M	DE	T	Gl	p=
Agotamiento Emocional	Si	20,31	9,72			
	No	19,03	10,02	1,004	236	.316

Tabla 22.

Diferencias en el Burnout en la dimensión de Despersonalización y Realización Personal según jefe de hogar.

	¿Es jefe/a de hogar?	Rango promedio	Z	Sig	U de Mann-Whitney
Despersonalización	Si	128,65	-1,980	,048	6081,500
	No	110,98			
Realización Personal	Si	124,69	-,961	,337	6680,000
	No	116,09			

En cuando a la variable “jefe/a de hogar”, no se encontraron diferencias respecto a las dimensiones de Agotamiento Emocional y Realización Personal. Por el contrario, si se encontró diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Despersonalización en aquellos que si son jefes o jefas de hogar.

4.3.8 BURNOUT Y NIVEL DE FORMACIÓN

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de las variables dependientes. En la Tabla 23 se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 23.

Pruebas de normalidad de las subescalas de Burnout según el nivel de formación.

	Nivel de formación	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	gl	Sig.
Agotamiento Emocional	Enfermero auxiliar	,060	59	,200(*)
	Enfermero	,104	118	,200(*)
	Licenciado en enfermería	,069	60	,200(*)
Despersonalización	Enfermero auxiliar	,120	59	,033
	Enfermero	,116	118	,001
	Licenciado en enfermería	,121	60	,029
Realización Personal	Enfermero auxiliar	,146	59	,003
	Enfermero	,116	118	,000
	Licenciado en enfermería	,087	60	,000

* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

A partir de los datos arrojados por la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov), se asume la *no la normalidad* de la distribución de la variable dependiente en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal y, se asume la distribución *normal* en la dimensión de Agotamiento Emocional.

Por lo tanto se utilizará *pruebas no paramétricas* (Chi-Cuadrado) para el análisis de las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal y, *pruebas paramétricas* (Anova) en la dimensión de Agotamiento Emocional.

Tabla 24.

Diferencias en el Burnout en la dimensión de Agotamiento Emocional según nivel de formación

		M	DE	GI	F	Sig.
Agotamiento Emocional	Enfermero auxiliar	22,16 b*	10,01	2, 235	3,145	.045*
	Enfermero	19,42 ab	10,22			
	Licenciado en enfermería	17,75 a*	8,57			

Contraste F, Post Hoc, (tests Tukey-b): Medias seguidas de letras distintas (b > a), indican las diferencias estadísticamente significativas, medias seguidas por ambas letras (ab) señalan posiciones intermedias entre los grupos y medias seguidas de letras iguales (a), no difieren entre sí a nivel $p \leq 0,05$.

Como puede observarse, la dimensión de Agotamiento Emocional se encuentran diferencias estadísticamente significativas según el nivel de formación (ver Tabla 24). Los enfermeros auxiliares se diferenciaron de los Licenciados en enfermería evidenciando mayores niveles de Agotamiento Emocional.

Tabla 25.
Diferencias en el Burnout en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal según nivel de formación.

	Nivel de formación	Rango promedio	χ^2	Gl	$p=$
Despersonalización	Enfermero auxiliar	133,73	4,261	2	,119
	Enfermero	119,46			
	Licenciado en enfermería	107,77			
Realización Personal	Enfermero auxiliar	112,33	1,201	2	,549
	Enfermero	122,11			
	Licenciado en enfermería	125,39			

Como se puede observar en la Tabla 25, las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal no presentan diferencias significativas en relación al nivel de formación de los participantes.

4.3.9 BURNOUT Y ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolomogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente.

Tabla 26.

Pruebas de normalidad en las subescalas de Burnout según la antigüedad en la profesión.

	Antigüedad en la profesión	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	Gl	Sig.
Agotamiento Emocional	5 años	,180	22	,011
	6 a 15 años	,110	81	,016
	16 a 25 años	,060	77	,042
	más de 26 años	,077	57	,017
Despersonalización	5 años	,210	22	,013
	6 a 15 años	,136	81	,001
	16 a 25 años	,084	77	,001
	más de 26 años	,128	57	,021
Realización Personal	5 años	,135	22	,000
	6 a 15 años	,154	81	,000
	16 a 25 años	,136	77	,001
	más de 26 años	,096	57	,000

* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

Se asume la *no normalidad* de la variable dependiente, por lo que se utilizará *pruebas no paramétricas* (Chi-Cuadrado) para su análisis.

Tabla 27.

Diferencias en las dimensiones de Burnout según antigüedad en la profesión.

	Antigüedad en la profesión	Rango promedio	χ^2	Gl	$p=$
Agotamiento Emocional	5 años	91,09	9,783	3	.021
	6 a 15 años	113,35			
	16 a 25 años	119,05			
	más de 26 años	140,31			
Despersonalización	5 años	95,82	3,546	3	.315
	6 a 15 años	117,96			
	16 a 25 años	125,87			
	más de 26 años	124,09			
Realización Personal	5 años	123,85	5,713	3	.126
	6 a 15 años	132,73			
	16 a 25 años	118,59			
	más de 26 años	104,40			

Como se puede ver en la Tabla 27, se presentan diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Agotamiento Emocional, siendo los enfermeros con mayor antigüedad en la profesión (más de 26 años) quienes más la sufren.

En cuanto a las subescalas de Despersonalización y Realización Personal, no se presentó significación.

4.3.10 BURNOUT Y ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente. Los resultados obtenidos se encuentran en la Tabla 28.

Tabla 28.

Pruebas de normalidad en las subescalas de Burnout según antigüedad en la institución.

	Antigüedad en la institución.	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	Gl	Sig.
Agotamiento Emocional	5 años	,134	70	,200(*)
	6 a 15 años	,082	87	,200(*)
	16 a 25 años	,075	59	,200(*)
	más de 26 años	,115	21	,200(*)
Despersonalización	5 años	,157	70	,000
	6 a 15 años	,092	87	,038
	16 a 25 años	,100	59	,038
	más de 26 años	,189	21	,049
Realización Personal	5 años	,146	70	,001
	6 a 15 años	,153	87	,000
	16 a 25 años	,102	59	,156
	más de 26 años	,162	21	,155

* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

Se asume la distribución *normal* en la dimensión de Agotamiento Emocional y la *no normalidad* de la distribución de la variable dependiente en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal.

Por lo tanto se utilizará *pruebas paramétricas* (ANOVA) en la dimensión de Agotamiento Emocional y, se utilizarán pruebas *no paramétricas* (Chi-

Cuadrado) para el análisis de las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal (Ver Tabla 29 y 30).

Tabla 29.

Diferencia en el Burnout en la dimensión Agotamiento Emocional según antigüedad en la institución.

		M	DE	Gl	F	Sig.
Agotamiento Emocional	5 años	16,7183 a*	10,54403			
	6 a 15 años	21,0115 ab	10,21114	3, 234	4,225	,006*
	16 a 25 años	19,7627 ab	8,09925			
	más de 26 años	24,0952 b*	8,23957			

Tabla 30.

Diferencias en el Burnout en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal según antigüedad en la institución.

	Antigüedad en la institución.	Rango promedio	χ^2	gl	$p=$
Despersonalización	5 años	99,11			
	6 a 15 años	130,28	10,802	3	,013
	16 a 25 años	132,79			
	más de 26 años	111,64			
Realización Personal	5 años	128,36			
	6 a 15 años	121,26	6,641	3	,084
	16 a 25 años	122,57			
	más de 26 años	84,55			

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Antigüedad en la institución.

Al igual que en la Antigüedad en la Profesión, en Antigüedad en la Institución también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Agotamiento Emocional en aquellos enfermeros que tienen una antigüedad mayor a 26 años en el Hospital.

También, en la Tabla 30, puede verse que en la dimensión de Despersonalización se obtuvo diferencia estadísticamente significativa entre aquellos que tienen una antigüedad que va de los 6 años a los 25.

4.3.11 BURNOUT Y TURNO DE TRABAJO

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente (Ver Tabla 31).

Tabla 31.

Pruebas de normalidad en las subescalas de Burnout según el turno de trabajo.

	Turno de trabajo	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	Gl	Sig.
Agotamiento Emocional	De 00 a 06	,106	38	,200(*)
	De 06 a 12	,057	100	,200(*)
	De 12 a 18	,060	54	,200(*)
	De 18 a 00	,141	45	200(*)
Despersonalización	De 00 a 06	,102	38	,040
	De 06 a 12	,087	100	,040
	De 12 a 18	,160	54	,001
	De 18 a 00	,132	45	,048
Realización Personal	De 00 a 06	,136	38	,045
	De 06 a 12	,125	100	,001
	De 12 a 18	,091	54	,045
	De 18 a 00	,117	45	,043

* Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a Corrección de la significación de Lilliefors

Se asume la *no la normalidad* (Chi-Cuadrado) de la distribución de la variable dependiente en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal y, se asume la distribución *normal* (ANOVA) en la dimensión de Agotamiento Emocional.

Por lo tanto se utilizará *pruebas paramétricas* en la dimensión de Agotamiento Emocional (Ver Tabla 32) y, *pruebas no paramétricas* para el análisis de las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal (Ver Tabla 33).

Tabla 32.

Diferencia en el Burnout en la dimensión de Agotamiento Emocional según el turno de trabajo.

		M	DE	GI	F	Sig.
Agotamiento Emocional	De 00 a 06	20,3590	11,42593			
	De 06 a 12	20,7300*	8,00991	3,234	2,666	,049
	De 12 a 18	20,3704	11,35914			
	De 18 a 00	16,0000*	9,75146			

Tabla 33.

Diferencias en el Burnout en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal según el turno de trabajo.

	Turno de trabajo	Rango promedio	χ^2	gl	p=
Despersonalización	De 00 a 06	126,91			
	De 06 a 12	127,44	3,714	3	,294
	De 12 a 18	109,62			
	De 18 a 00	110,17			
Realización Personal	De 00 a 06	113,18			
	De 06 a 12	121,27	3,275	3	,351
	De 12 a 18	112,21			
	De 18 a 00	135,26			

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Turnicidad

En cuanto al turno de trabajo no se encuentran diferencias significativas en Despersonalización y Realización Personal.

Sin embargo, hay una diferencia estadísticamente significativa entre Agotamiento Emocional y aquellos enfermeros que trabajan en el turno de 06 a 12 hs.

4.3.12 BURNOUT Y EXISTENCIA DE OTRO TRABAJO

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente.

Los resultados arrojados por esa prueba pueden verse en la Tabla 34.

Tabla 34.**Pruebas de normalidad de las subescalas de Burnout según existencia de otro trabajo.**

	¿ Trabaja en otro lugar además de este Institución?	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	Gl	Sig.
Agotamiento Emocional	Si	,075	116	,158
	No	,076	120	,089
Despersonalización	Si	,089	116	,026
	No	,129	120	,000
Realización Personal	Si	,082	116	,051
	No	,133	120	,000

A partir de los datos obtenidos con la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov), se asume la *no normalidad* de la variable dependiente, por lo que se utilizara *pruebas no paramétricas* (U. de Man Whitney) para su análisis (Ver Tabla 35).

Tabla 35.**Diferencia en las dimensiones de Burnout según la existencia de otro trabajo.**

	¿ Trabaja en otro lugar además de este Institución?	Rango promedio	Z	Sig.	U de Mann-Whitney
Agotamiento Emocional	Si	121,75	-,611	,542	6698,000
	No	116,32			
Despersonalización	Si	127,52	-1,785	,074	6134,000
	No	111,62			
Realización Personal	Si	118,68	-,294	,769	6983,000
	No	121,31			

a Variable de agrupación: ¿ Trabaja en otro lugar además de este Institución?

No se encuentran diferencias significativas entre aquellas personas que trabajan además en otra Institución y entre los participantes que solo trabajan en la institución analizada.

4.3.13 RESULTADOS DE BURNOUT Y EXISTENCIA DE HIJOS

Se procedió a realizar una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para saber si se podría asumir o no la distribución normal de la variable dependiente (Ver Tabla 36).

Tabla 36.
Pruebas de normalidad en las subescalas de Burnout según la existencia de hijos.

	Existencia de hijos	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	Gl	Sig.
Agotamiento Emocional	Si	,070	165	,044
	No	,105	72	,049
Despersonalización	Si	,089	165	,003
	No	,155	72	,000
Realización Personal	Si	,102	165	,000
	No	,113	72	,024

a Corrección de la significación de Lilliefors

En base a lo obtenido de la prueba de normalidad, se asume la *no normalidad* de la variable dependiente, por lo que se utilizara *pruebas no paramétricas* (U. de Man Whitney) para su análisis.

Tabla 37.
Diferencias en las dimensiones de Burnout según la existencia de hijos.

	Existencia de hijos	Rango promedio	Z	Sig.	U de Mann-Whitney
Agotamiento Emocional	Si	125,28	-1,969	,029	5016,000
	No	106,17			
Despersonalización	Si	126,97	-2,356	,018	4901,500
	No	104,14			
Realización Personal	Si	120,69	-,064	,949	6064,000
	No	120,07			

a Variable de agrupación: Existencia de hijos

En cuanto a la existencia de hijos, se encontró diferencia estadísticamente significativa en la dimensión de Agotamiento Emocional y Despersonalización en aquellos profesionales que tienen hijos. A diferencia de Realización Personal que no mostro diferencias significativas

Resumiendo, algunos de los resultados obtenidos, los enfermeros asistenciales que trabajan en el Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires, Argentina, que han participado de la investigación:

1. Los enfermeros asistenciales tienen un nivel medio de “desgaste profesional”.
2. Han mostrado tener bajos niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización y, altos niveles de Realización Personal.
3. La mayor parte de los encuestados (83,2%, $n=202$) se encuentran “sanos”, mientras que el 15,8% ($n=38$) está enfermo.
4. Se encuentran más afectados por el Síndrome de Burnout: los enfermeros de sexo masculino; enfermeros/as con una edad superior a 47 años; el personal que reside en Gran Buenos Aires; los viudos; jefes de hogar; auxiliares de enfermería; las personas que poseen más de 26 años de antigüedad en la profesión y aquellas que se encuentran trabajando en la Institución entre 6 y 15 años; los/las que trabajen en el horario de 06 a 12 horas; sujetos que trabajen en otra institución y, finalmente los/las que no tengan hijos.
5. La subescala de Agotamiento Emocional se correlaciona de forma estadísticamente significativa con el nivel de formación, antigüedad en la profesión e institución, turno de trabajo y existencia de hijos.
6. La subescala de Despersonalización se correlaciona de forma estadísticamente significativa con: sexo, jefe de hogar y existencia de hijos.
7. Realización Personal se correlaciona de forma estadísticamente significativa con el estado civil.
8. No presenta correlación estadísticamente significativa con alguna de las tres subescalas del MBI las variables sociodemográficas de edad, lugar de residencia y la existencia de otro trabajo.

CAPÍTULO 5

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

El objetivo principal en esta investigación fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de enfermería de un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires e identificar las dimensiones más afectadas, con el fin de determinar si existía relación entre las variables sociodemográficas y las 3 subescalas que componen el Síndrome.

Teniendo en cuenta el mencionado objetivo, llama la atención la baja prevalencia de Burnout (15,8%), encontrada en el personal de enfermería asistencial, ya que este grupo profesional está inmerso en un ambiente con múltiples factores estresantes, como por ejemplo la relación y el contacto directo con los pacientes, la centralización, complejidad, formalización, escasa participación en la toma de decisiones y en espacios de autonomía, y el pobre apoyo por parte de la supervisión, entre otros (Gil-Monte, 2002; Bottinelli, 2006, marzo 21).

Este resultado igualmente coincide con la investigación de Nuñez Beloy et al., (2010), en donde la prevalencia del Burnout en el personal de enfermería fue relativamente baja (9,4%).

Como bien expresa Tonon (2003), el síndrome de Burnout, se desarrolla en profesiones cuyo objeto de trabajo son otras personas y, se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo.

Sin embargo, el 46,7 % ($n=112$) de la muestra estudiada presentó niveles bajos de Agotamiento Emocional, lo cual indica que casi la mitad del personal siente que tiene recursos emocionales para trabajar con los enfermos y sus familias, y las situaciones que debe enfrentar a diario no son vividas como abrumadoras.

El 44,2% ($n=106$) tiene bajos niveles de Despersonalización, es decir que casi la mitad de los participantes de nuestro estudio, no es un profesional deshumanizado, con conductas de cinismo hacia los enfermos, sus familias o sus propios colegas.

Por último poco más de la mitad del personal, 50,8% ($n=122$) manifestó altas puntuaciones en Realización Personal, es decir que la mitad del personal que participó de la muestra siente que ha alcanzado sus objetivos laborales, se

siente satisfecho y con posibilidades de realizar su proyecto laboral y por ende conforme con sí mismo. Podría decirse que su autoestima es alta y siente satisfacción con su tarea.

Exactamente, esto coincide con los resultados obtenidos por Basset Machado et al., (2011), en la cual la muestra estudiada también presentó niveles bajos de Agotamiento Emocional y Despersonalización y alto nivel en la Realización Personal.

Al igual que en este estudio, los autores concluyeron que aunque no se encontró Síndrome de Burnout clásico, el 15% restante se encuentra en riesgo. En el caso del presente estudio, fue del 15,8%.

Las investigaciones consultadas no dan una interpretación ni un sentido a estos resultados. Es decir ¿Por qué sólo el 15% de los enfermeros/as presentan o están en riesgo de contraer el síndrome?

Y aunque esta pregunta escapa a nuestras primeras interrogaciones, podríamos suponer como una posible respuesta que las características del contexto tiene un papel importante. En otras palabras, la estabilidad de la demanda y cierta regularidad en el contexto de trabajo, propio de un hospital especializado, como en el que se realizó el estudio, puede ser una de las variables para entender los resultados.

Recordemos que el profesional de enfermería, en un hospital especializado, si bien tiene cambios bruscos en su profesión, esos cambios no se dan en el escenario de trabajo, como si sucede en un hospital de agudos, donde los pacientes y las demandas son altamente cambiantes y diferentes.

Por lo tanto, queda para otro momento o futura investigación estas nuevas preguntas:

¿Cuál sería la prevalencia del síndrome de Burnout en los enfermeros/as de un hospital de agudos? ¿Serían los mismos niveles? ¿Será mayor? ¿Cuánto incide el contexto en esas cifras?

En relación a la presencia de Síndrome de Burnout, en el grupo de enfermeros estudiados, se encontró que está presente en una intensidad intermedia (media de Agotamiento Emocional es 19,69; de Despersonalización 7,30 y, de Realización Personal 38,45), lo que se traduce en factores de riesgo que pueden condicionar a futuro la aparición de la enfermedad.

La posibilidad de acceder a estos factores de riesgo con investigaciones, actuales y locales, como en el caso de esta tesina, permite que los

responsables del hospital como de la formación y cuidado del personal de enfermería, pueda mejorar ciertas condiciones laborales a fin de generar acciones tendientes a prevenir la aparición del síndrome.

Esto genera un doble efecto, por un lado, acciones tendientes a preservar la salud de los profesionales de enfermería, pero también el bienestar de los pacientes y familiares.

La posibilidad de que los profesionales de enfermería tengan la posibilidad de realizar su trabajo con motivación, formación y con calidad humana, es tender a mejorar la salud pública en general.

Centrándonos en nuestra muestra, los participantes más afectados por el Síndrome de Burnout fueron los enfermeros de sexo masculino. Este dato difiere de lo que marcan algunas investigaciones que las mujeres son más débiles y proclives a contraer el síndrome. Aunque otros estudios muestran que los hombres son más proclives al cinismo y a la despersonalización.

Otro punto a tener en cuenta fue el estado civil, en este caso los viudos fueron los que están más en riesgo, esto se debe, como señalan muchos de los autores consultados, es que las personas que no tienen una pareja, muestran mayores niveles de agotamiento y despersonalización. En este caso puede pensarse que el proyecto de vida familiar se ha truncado y no siente por ende una realización plena en ese aspecto.

En relación a la formación o al título alcanzado, los auxiliares puntuaron más alto. Puede pensarse que ellos ocupan el escalón más bajo dentro de las posibilidades de formación y por ende pueden sentir cierta frustración en las metas conseguidas, sumado a una remuneración más baja y menor poder de decisión y progreso en los puestos hospitalarios.

Los jefes de hogar con hijos, son otras características que hay tener en cuenta en relación a contraer el síndrome. Por lo general, en los autores consultados, esto debería ser al revés, ya que la posibilidad de tener hijos y tener la responsabilidad de llevar adelante un hogar, una familia, te da herramientas para sortear con éxito los obstáculos.

La familia genera compromisos que protegen a la hora de contraer Burnout.

Luego podríamos destacar características que hacen más a las condiciones laborales, como ser el horario, la antigüedad en la profesión y el hospital.

Aquellos profesionales de enfermería que cubren el horario de 06 a 12hs, en donde la demanda es altamente mayor, son los más proclives a contraer el síndrome como aquellos que poseen más de 26 años de antigüedad en la profesión y aquellas que se encuentran trabajando en la Institución entre 6 y 15 años.

Retomando algunas de las variables sociodemográficas y revisando las correlaciones con la presencia de Burnout, se encontró que la variable edad no fue estadísticamente significativa; dato que coincide con los resultados obtenidos por Moreno et.al., (2002), en donde la variable sociodemográfica "edad" no tenía relación con las diferentes subescalas del Burnout.

A su vez, esto se contradice con la investigación de Jenaro-Río et al., (2007), en la que la variable edad se correlaciona de manera positiva y significativa con Agotamiento Emocional y Realización Personal.

En la variable sexo se encontró que los hombres tienen niveles más elevados de Despersonalización; esto concuerda con un estudio realizado por Ríos Riquez, Godoy Fernández, Peñalver Hernández, Alonso Tovar, López Alcaraz y López Romera (2008 citado en Deschamps Perdomo et al., 2001), en la que encontraron que el personal de enfermería masculino de cuidados intensivos, son más propensos a la Despersonalización. Es decir, los hombres en comparación a las mujeres, tendrían actitudes más negativas y un nivel medio de cinismo hacia los demás. Así mismo, serían más irritables y sufrirían en mayor medida de la pérdida de motivación hacia el trabajo.

En cuanto a la presencia del Síndrome de Burnout en esta muestra, los hombres (21,3%; $n=23$) son los que presentan mayor prevalencia del mismo, de esta manera se los podría considerar como la población en riesgo del Hospital Público en donde se llevó a cabo la investigación; a diferencia de la investigación de Ortega Herrera (et al., 2007), en la que el personal de sexo femenino mostró mayores niveles de Burnout.

También se contradice con lo que afirman los estudios de Nuñez Beloy (et. al, 2010), Añon Fajardo (et. Al, 2012) y Cabana Salazar (et. Al, 2009); quienes consideran a las mujeres como la mayor población que padece el síndrome y, además las postulan como un grupo de riesgo.

Esto nos lleva a preguntarnos ¿Por qué hoy parece estar más afectado el personal masculino? ¿Qué puede estar pasando?

Por supuesto, este no ha sido un punto de indagación de nuestro estudio, pero nos lleva a por lo menos vislumbrar algunos datos de la historia de la profesión que pueden permitir construir algunas respuestas posibles.

Generalmente a lo largo de la historia, se ha conceptualizado a la enfermería como una profesión propia de las mujeres, eran ellas quienes realizaban tareas de higiene y de cuidado, cosa que no es para nada raro, si tenemos en cuenta que el rol “naturalizado” de la mujer en la familia era este, el de cuidar y velar por los demás. Situación que asumía con resignación como designio del destino, sin queja ni cuestionamiento alguno.

Sin embargo con el paso del tiempo la profesión se ha ido poblando de hombres, aunque es verdad que aún en menor número. Tal vez uno de los factores de este cambio fue la “profesionalización del rol” por medio de acceder a un título a nivel superior, menos remuneración y ascenso en la escala social –laboral.

Tomando los datos de esta investigación cabe destacar que siendo el 45% ($n=108$) de la muestra de sexo masculino, fueron quienes más Burnout presentaron (21,3%; $n=23$).

A raíz de esto, es que se podría pensar que lejos de ser la mujer más débil y propensa a padecer el Síndrome, las enfermeras por su lugar como mujeres, por la historia de la profesión y de la mujer en relación al cuidado del otro, poseen mayores herramientas para hacer frente a las demandas que implican cuidar al otro, acompañarlo en su dolor.

Acostumbrada, por el peso de la historia o tener una carga profesional y otra familiar, podría saber escindir bien un ámbito del otro y de esa forma rendir mejor.

La variable estado civil fue significativa respecto a Realización Personal, debido a que los viudos presentaron menor Realización Personal en comparación al resto de los profesionales (divorciados, casados o en pareja y, solteros). Esto significa que los viudos tienen una tendencia a evaluarse negativamente, lo cual afecta la tarea que realizan y la relación que mantienen con las personas que atienden y/o con sus compañeros de trabajo. Esto concuerda con los factores de riesgo que postula López Soriano (citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004), en los cuales el estado civil que presenta menor Realización Personal es el grupo de los que no tienen pareja estable o son solteros; así es como, dentro de este grupo, podemos ubicar a los viudos

quienes no se encuentran en pareja. Sin embargo, este resultado se contradice con el que obtuvo en su estudio Jenaro-Río, et al., (2007), puesto que el estado civil no presentó diferencias significativas en ninguna de las tres subescalas.

El nivel de formación alcanzado por el personal de enfermería, fue otra de las variables que correlacionó significativamente con Agotamiento Emocional. Aquellos sujetos que solo alcanzaron el título de Auxiliares en enfermería, son quienes más alto puntúan en dicha subescala.

Al comienzo de la profesión, eran los auxiliares quienes realizaban las tareas de asistencia e higiene al paciente. Luego con la profesionalización de la carrera, estos fueron realizando menos actividades que eran competencia del profesional en enfermería. A lo largo de los años se fue desprestigiando al auxiliar, hasta el punto de cómo dice Durante (2007), empezar a no considerarlo como profesionales de la salud. Pese a ello y, debido a la falta de personal de enfermería profesionalizado, los auxiliares actualmente realizan tareas para las cuales, a nivel curricular, no están capacitados. Al ser la categoría de la profesión más desprestigiada, están más propensos en comparación con los Licenciados a la pérdida progresiva de la energía física, psíquica y de los recursos emocionales propios.

Respecto a los años de experiencia laboral o antigüedad en la profesión, se encontró que se relaciona de manera positiva con la subescala de Agotamiento Emocional. Fueron aquellos enfermeros con una antigüedad igual o superior a 26 años los que presentaron mayor afectación.

Este segmento de enfermeros siente que ya no pueden dar más de sí mismo a nivel afectivo, luego de trabajar tantos años en contacto directo con el paciente y su familia. Las estadísticas coinciden con la investigación de Nuñez Beloy et al., (2010), en donde los autores concluyeron que aquellos sujetos con una antigüedad mayor a 25 años formaban parte de la población en riesgo a sufrir el Síndrome.

Después de 10 años de antigüedad laboral, puede existir un periodo de sensibilización a partir del cual el profesional sería especialmente vulnerable a la aparición de este síndrome (Albadejo et. al., 2004).

Teniendo presente estos datos nos parece pertinente dejar planteadas algunas preguntas:

¿Variarán nuestros datos si la antigüedad en la profesión no es en el mismo hospital? ¿Qué cambia a medida que los profesionales de enfermería se vuelven con más años en sus puestos? ¿Cambia algo?

La variable turno de trabajo correlacionó de manera significativa con Agotamiento Emocional; aquellos enfermeros que pertenecen al turno de 06 a 12 hs son los que se encuentran más afectados. Esto se debe a que la mayor demanda hospitalaria se encuentra en el presente turno; alrededor del 80% de los pacientes se atienden a la mañana y, debido a esto hay mayor número de personal durante ese horario (Sánchez, 2009, marzo 8).

Motivo por el cual aquellos sujetos que trabajan durante la mañana se encuentran más faltos de energía, de entusiasmo, con sentimientos de escases de recursos, estos enfermeros sienten que no pueden dar más nada de sí mismos a nivel afectivo, en comparación con sus compañeros del turno tarde (18 a 00 hs), en donde menos del 8% de las consultas se realizan en ese horario. Este dato, es de gran importancia ha tener en cuenta para se ejecuten las propuestas en políticas de salud, en relación a la extensión horaria de atención en los hospitales. No sólo genera beneficios en general a la población que se atiende sino también a los profesionales. Ya que al desconcentrar la demanda eso permite una atención de calidad con profesionales que pueden trabajar en mejores condiciones laborales y de salud mental.

Por último, la variable hijos se correlaciona con Agotamiento Emocional y Despersonalización. Esto coincide con la investigación de Moreno González et al., (2002) en donde la variable Agotamiento Emocional se relaciona significativamente con la presencia de hijos. En otro trabajo (Nuñez Bely et al., 2010), se asocia la presencia de hijos con mayor predisposición a padecer Burnout.

Siguiendo esta línea investigativa, se puede afirmar que la existencia de hijos sumado a las responsabilidades laborales, sobre todo lo que implica trabajar en contacto directo con pacientes que demandan del cuidado especializado del enfermero, influyen en que estos profesionales presenten Agotamiento Emocional y Despersonalización, con señales claras como falta de energía física, psíquica y de los recursos emocionales de los que dispone. Además, son más propensos a estar irritables y perder la motivación por el trabajo, en ellos predominan actitudes negativas y de cinismo hacia los demás.

Sin embargo, esto se contradice con lo que expone López Soriano (citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004), acerca de que la existencia de hijos provoca que los individuos presenten mayor resistencia al Síndrome. Según este autor, existe una tendencia en los profesionales padres a caracterizarse por ser maduros y estables, por lo que son más capaces de afrontar los problemas personales. Por último, vale destacar, que no hay diferencia estadísticamente significativa en la variable de Realización Personal, entre profesionales con o sin hijos.

El Burnout es un síndrome que, en el último tiempo se ha convertido en un problema para los profesionales de la salud, debido a que el mismo incide tanto en el staff como en los miembros de una familia (Albanesi de Nasetta, 2004).

En diferentes investigaciones llevadas a cabo a nivel nacional (Zaldúa & Lodieu, 2000; Zaldúa et al., 2005; Reyes, Soloaga et al., 2007 y, Encina et al., 2007), se han obtenido elevados índices de prevalencia del mismo, lo cual nos pone en alerta sobre la importancia de accionar sobre estos empleados en riesgo para ayudarlos a mejorar su calidad de vida, de trabajo.

Es fundamental cuidar al cuidador, enseñarle técnicas para afrontar el estrés, técnicas que le sirvan para encaminar los requerimientos profesionales con menos desgaste emocional, establecer condiciones de trabajo que preserven la salud física y mental del enfermero o personal de salud, que le doten a la vez de significado y sentido a su esfuerzo, para no perder su realización personal.

En oposición a esto, índices bajos de prevalencia en el personal de enfermería, podría deberse a una mayor motivación y satisfacción en el trabajo.

Un empleado motivado, es una persona que tiene alto rendimiento, menor cansancio emocional, es capaz de tomar iniciativa para hacer cosas nuevas e incluso puede tolerar con más recursos la frustración a la cual a veces su labor lo expone y, compensarla con la satisfacción por el trabajo bien hecho y las recompensas recibidas.

Podría decirse que esta tesis cumplió con los objetivos que se propuso.

Este primer paso lógico y necesario, permite tener un estado de conocimiento acerca de la salud de los enfermeros asistenciales que trabajan en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires.

Esto permite en primer lugar, gracias algunas de las relaciones y análisis de los datos obtenidos, pensar futuras preguntas o líneas para seguir investigando:

- ¿Qué sucede con los roles, tareas y condiciones laborales dentro del personal de enfermería?
- ¿Por qué el enfermero de sexo masculino presenta mayor predisposición a padecer Burnout? ¿Qué variables del género influyen?
- ¿Qué relación puede establecerse entre el síndrome y la formación académica? ¿Puede la posibilidad de seguir profesionalizándose, es decir estudiando, una estrategia de prevención del síndrome? ¿Por qué ante la posibilidad de continuar estudiando los auxiliares no lo han hecho? ¿Qué papel juega en esto el hospital público?

En segundo lugar, nos plantea el desafío de comenzar a pensar al profesional de la salud, como un cuidador que también puede enfermar por culpa de sus condiciones laborales y, empezar a velar, desde nuestro rol de psicólogos, por la salud de los enfermeros y demás agentes de salud.

Dedicarse a la salud pública es ocuparse de uno de los derechos humanos más importantes: el derecho y el acceso a la salud pública de calidad para todos. Tanto para los enfermos como para los enfermeros en nuestro caso.

De alguna manera tomar conocimiento del fenómeno permite volver la mirada sobre políticas laborales y de salud, y reflexionar sobre las condiciones y exigencias de los trabajadores y propiciar acciones preventivas.

Sólo así mejoraremos la calidad de salud de nuestros enfermeros...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albaladejo R., Villanueva R., Ortega P., Astasio P., Calle M.E., & Dominguez (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Albanesi de Nassetta, S. (2004). Burnout en guardias médicas. *ALCMEON: Revista Argentina de Neuropsiquiatría*, 11(3), 87-101.
- Acuña, C. H. & Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Extraído el 20 de enero de 2013 del sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Álvarez Escobar, M. C., Lima Gutierrez H., Alfonso de León J. A., Torres Álvarez A. & Torres Álvarez A. Y. (2010). Satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de hospitales públicos Córdoba-Argentina. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 56(218), 22-38.
- Alvarez E., & Fernández L. (1991). El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(39), 257-265.
- Argentina. Ley 24004. Régimen legal del ejercicio de la enfermería . Extraído el 20 de enero de 2013 del sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Leyes%20Nacionales/Ley%2024004.pdf>
- Argentina. Ley CABA N.º 298/1999. Ley de ejercicio de la enfermería . Extraído el 20 de enero de 2013 de *Ciudad y Derechos*: http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos_1.php?id=18&id2=104&id3=156
- Argentina. Resolución 6716/1997. Condiciones de ingreso para mayores de 25 años. Extraído el 28 de enero de 2013 del sitio web de la Universidad de Buenos Aires: <http://www.uba.ar/download/institucional/estatutos/143-145.pdf>
- Añon Fajardo, G. C., Guzmán Baez, Barale P., Bogliacino V., Escudero E., Estévez G., González C. & Pereyra C. (2012). Incidencia del síndrome de burnout en un Hospital Público de Montevideo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(1), 130-148.

- Basset Machado I., Estevéz Ramos R., Leal García M. L., Guerrero M. G. R., & Trinidad López Vázquez J. (2011). Síndrome de Burnout en el Persona de Enfermería de una Unidad de Psiquiatría [versión electrónica]. Extraído el 15 de Diciembre. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112f.pdf>
Enfermería Neurológica, México, 10(2), 81-85.
- Benítez J. J., Céspedes M. S., & Daveau A. (2009). Prevalencia de Burnout en Centros de Salud de Reconquista, Santa Fe. *INEDITO*.
<http://ebookbrowse.com/prevalencia-de-burnout-en-centros-de-salud-de-reconquista-santa-fe-doc-d18330360>
- Bertolote J. M. & Fleischmann A. (2001-2002). Desgaste del Personal. *Red Mundial de Salud Ocupacional, 2, 5-7.*
- Bonazzola, F. P. (2010). *Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio*. Extraído el 20 de enero de 2013 del sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>
- Bottinelli, M. M. (2006, Marzo 21). Cansancio emocional y mucha impotencia. *Diario Clarín*, p.47.
- Cabaña Salazar J. A., García Ceballos E., García García G., Suárez A. M. & Dávila Ramírez R. (2009). El síndrome de burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Revista Médica Electrónica, 31(3), 1-7.*
- Deschamps Persomo A., Olivares Román S. B., De la Rosa Zabala L. K., & Asunsolo del Barco A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Buernout en médicos y enfermeras. Extraído el 1 de febrero de 2013 desde el sitio web Scielo: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf>
- Del Río Moro O., Perezagua M. C., & Vidal Gómez B. (2003). El Síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Extraído el 12 de junio de 2011 del sitio web Revista Enfermería en cardiología: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res2901.htm>
- Díaz Echenique M. S., Stimolo E. I. & Caro N. P. (2010). Satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de Hospitales Públicos Córdoba, Argentina. *Medicina y Seguridad del trabajo, 56(219), 22-38.*
- Díaz-Muñoz Crespo M. J. (2005). Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes

cardíacos. Extraído el 31 de enero de 2013 del sitio web Nure Investigación:

http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original18.pdf

Dirección General de Estadística y Censo (2004). Extraído el 27 de enero de 2013 del sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/Anuario_2004/cap_05.htm

Donahue, P. (1985). *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma.

Durante, S. J. (2007). *El acto de cuidar. Genealogía del ser enfermero* (3.º ed.) Buenos Aires: El Uapiti.

Encina, C. A., Reyes, M. J. Gómez, A. K. & Dos Santos Antola, L. (2007). El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del hospital de la localidad de San Luis del Palmar, Corrientes, Argentina. *Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 147(1), 5-11.

Espino Muñoz, S., Malvárez, S. M., Davini, M. C. & Heredia, A. M. (1995). *Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995. Análisis de Situación y Líneas de Trabajo*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Flores, M. M. (2009). *El hospital: concepto y funcionamiento histórico*. Extraído el 16 de enero de 2013 del sitio web Nación&Salud: <http://www.nacionysalud.com/node/1354>

Gamonal Mosaurieta, Y. L., García Vargas C. M., & Silva Mathews Z. I. (2008). Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Revista Enfermería Herediana*, 1(1), 33-39.

Gatto, M. (1999). ¿Qué está pasando con la salud del equipo de salud? Síndrome de Burnout o de desgaste profesional. *Revista El Profesional Municipal*, 4(16), 3-9.

Gil-Monte, P. R. (2002, Agosto). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería*. Ponencia presentada en el I Seminario Internacional sobre Estrés e Burnout. Curitiba (Brasil), 19-33.

Gil-Monte, P. R., & Marucco, M. (2006, Junio 26). Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en médicos. *Medicina y Sociedad*, 2, Artículo 4. Extraído el 28 de agosto de 2011 del sitio web Medicina y Sociedad:

http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/20_junio2006/sindromeCompleto.htm

- Gil-Monte, P. R., & Moreno Jiménez (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid: Pirámides.
- Gil-Mone, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte P. R., & Peiró M. J. (1999). Validez factorial del *Maslach Burnout Inventory* en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.
- Hernández Martín, F., del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, S. & González Ruiz, J. M. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Extraído el 16 de enero de 2013 del sitio web del Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf
- Hernández García, T. J., Campos Rangel, C. & González Cano M. (2011). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de una institución del sector salud. *Revista Internacional la nueva gestión organizacional*, 12, 139-163.
- Hernández S. R., Fernández C. C., & Baptista L. P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: Mac Graw-Hill.
- Hospitales*. Extraído el 25 de enero de 2013 del sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2011/movimiento_pdf/1_listado_hospitales_2011.pdf
- Jenaro-Río C., Flores-Robaina N., & González-Gil F. (2007) Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. Extraído el 25 de junio de 2011 del sitio web Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33770108>
- Nereyda Piñeiro Suárez (2006). Estudio sobre la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la Escuela Secundaria Básica “José Martí” del municipio Cotorro. Extraído el 05 de diciembre de 2011 del sitio web Ilustrados: <http://www.ilustrados.com/tema/9034/Estudio-sobre-presencia-Sindrome-Burnout-profesores.html>
- Nuñez Beloy J., Castro Muñoz S., Lema Ferro M., Alvaredo López S., Valcarcel Torre L., Alvarez López L., & Antas Noche S. (2010). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital.

Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública, 2(10), 23-27.

- Manrique Maigua (2007). Valoración de las necesidades y expectativas que tienen los pacientes respecto a enfermería (Monografía). México.
- Mansilla Izquierdo, F. (2012). *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. Extraído el 15 de octubre de 2012 del sitio web Psicología Online: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>
- Martínez-López, C., & López-Solache G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos de Medicina Familiar*, 7(1), 6-9.
- Mira Franco, K., Salazar Rendón, V., & Urán Cadavid K. M. (2005). Aproximaciones teóricas y hallazgos empíricos sobre el síndrome de burnout. Estado de arte. Extraído el 15 de marzo de 2012 del sitio web: <http://eav.upb.edu.co/banco/sites/default/files/files/TESSINDROMEURNOUT.pdf>
- Moreno, B., González, J. L. & Garrosa, E. (2002). Desgaste profesional en hospitales: influencia de las variables sociodemográficas. *Rol de enfermería*, 24(2), 19-26.
- Ochomongo Gutiérrez H., & Barrera See King E. (2011). Prevalencia del Síndrome de Burnout, o Síndrome de Desgaste Laboral, en el personal del Hospital Nacional de Salud Mental en Guatemala. Extraído el 25 de junio de 2012 del sitio web: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/Psiquiatria/2011/Psiquiatr%C3%ADa%201.7%20PREVALENCIA.pdf>
- Ortega Herrera, M. E., Ortiz, Viveros, G. R., & Coronel, P. G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), 5-16.
- Ortega Ruiz C., & López Ríos F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas [Versión electrónica]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Reyes M. J., Soloaga, G., & Quintana P. P. (2007). El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del Hospital "Juan Ramón Gomez" de

- la localidad de Santa Lucía, Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de medicina*, 167(1), 1-7.
- Rodríguez García C., Oviedo M. L., Vargas Santillán, Hernández Velázquez V., & Pérez Fiesco M. S. (2009). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamento en humanidades*, 19, 179-193.
- Rosas Meneses, S. L. (2006). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en personal de enfermería del hospital general Pachuca. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 3, 115-138.
- Rubio M. J., & Varas J. (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: CSS.
- Sánchez, N. (2009, marzo 8). Muy poca gente se atiende de tarde en los hospitales porteños. *Clarín*. Extraído el 28 de enero de 2013 del sitio web Diario Clarín: <http://edant.clarin.com/diario/2009/03/08/laciudad/h-01872744.htm>
- Seisdedos, N. (1997) *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Adaptación al castellano*. Madrid: TEA Ediciones SA.
- Sousa Dias, G. (2012, Abril 18). Quieren incluir al “síndrome del quemado” como enfermedad. *Diario Clarín*, p.46.
- Tonon, G. (2003). El síndrome del Burnout. En G., Tonon (Ed.), *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome el Burnout* (pp. 37-47). Buenos Aires: Espacio.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.
- Zazzetti, F., Carricaburu M. V., Ceballos, J. L., & Miloc E. (2011). Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en Argentina. *ALMACENON: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 120-128.
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., Bottinelli, M., Gaillard & Pawlowicz M. P. P. (2003). *Prácticas de salud en el sector público*. Trabajo presentado en el Primer Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata, Argentina.
- Zaldúa, G. & Lodieu, M. T. (2000). El Burnout: La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la

ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 167-172.

Zaldúa, G., Lodieu, M. T & Koloditzky D. (2005). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio sobre el síndrome de Burnout en Hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Extraído el 14 de septiembre de 2011 del sitio web Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/912/91219406.pdf>

ANEXOS

Soy alumna de 5º año de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana y estoy trabajando en una investigación sobre el “*Síndrome de Burnout en enfermeros asistenciales que trabajan en un Hospital Público Metropolitano de Buenos Aires, Argentina*”. Para ello necesito realizar una encuesta breve y anónima. Su participación es libre, voluntaria y no tendrá una incidencia en su labor cotidiana.

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pido su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

¿Cómo enfermero, usted realiza en el Hospital tareas asistenciales?

- Si No

En caso de responder afirmativamente continúe respondiendo dicha encuesta.

¿Es Usted franquero?

- Si No

En caso de responder negativamente continúe respondiendo dicha encuesta.

3. **Fecha:** _____

4. **Edad:** _____

5. **Sexo:**

- Masculino Femenino

6. **Lugar de residencia:**

- CABA Gran Buenos Aires

7. **Estado civil:**

- Soltero/a Divorciado/a o Separado/a
 Casado/a o En pareja Viudo/a

8. **¿Es jefe/a de hogar?**

- Si No

En caso de responder afirmativamente, especifique el número de personas a cargo:

_____.

9. Nivel de formación:

- | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Enfermero auxiliar | <input type="radio"/> Licenciado en enfermería |
| <input type="radio"/> Enfermero | |

10. Antigüedad en la profesión: _____.

11. Antigüedad en esta Institución: _____.

12. Situación laboral:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="radio"/> Contratado | <input type="radio"/> Planta permanente |
|----------------------------------|-----------------------------------------|

13. Turno de trabajo:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> De 00 a 06 | <input type="radio"/> De 12 a 18 |
| <input type="radio"/> De 06 a 12 | <input type="radio"/> De 18 a 00 |

12. Número de horas que trabaja: _____.

13. ¿Trabaja en otro lugar además de esta Institución?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|--------------------------|

12. Existencia de hijos:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|--------------------------|

En caso de responder afirmativamente, especifique el número: _____.

<p>A continuación le pedimos que marque con una cruz (x) para cada frase la respuesta que considere que mejor lo representa. Elija entre las opciones: 0=Nunca, 1=alguna vez al año o menos, 2=una vez al mes o menos, 3=algunas veces al mes, 4=una vez a la semana, 5=varias veces a la semana y, 6=diariamente.</p>	Nunca.	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días.
	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todo el día es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento "quemado" por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a alguno de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce mucho estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							

	Nunca.	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días.
18. Me encuentro animado después de trabajar junto a mis pacientes .	0	1	2	3	4	5	6
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.							