



Universidad Abierta Interamericana

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

“Prevalencia del Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de Zona Norte del Gran Buenos Aires”

Tutor: Magister: Valeria Torre.

Tesista: Vilma Romina Gómez.

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Diciembre 2014



FACULTAD DE PSICOLOGIA Y RELACIONES HUMANAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

DEFENSA DE TESIS

Dictamen

Nota _____

Jurados:

Fecha _____

Agradecimientos

A mi Papá Catalino, que supo ser un ejemplo a seguir viviendo con optimismo, alegría, responsabilidad y esfuerzo. Siempre te recuerdo, siempre estás presente.

A mi Mamá Hilda, por ser un pilar fundamental en mi vida, por transmitirme valores que agradezco, por tu comprensión y apoyo constante. Porque sé que siempre estás.

A Pablo, mi amor y mi gran compañero, que sabe contenerme y darme palabras de aliento en momentos de debilidad, por tu paciencia, tolerancia y entendimiento.

A mis hermanos Walter, Edgar y Hugo que ante la adversidad nos unimos más.

A mis amigos de la vida y familia por comprender mis ausencias, por saber que estoy aún sin estarlo.

A mis compañeros de la UAI, que fueron un soporte fundamental en toda la cursada de la carrera y en esta última instancia.

Al Hospital Público y a la Clínica en donde desempeñé mis funciones, por la confianza y permitirme realizar este estudio. En especial, a cada enfermero que participó de la misma.

A mi tutora de tesis, la Magister Valeria Torre, por haber aceptado ser parte de este proceso. Por brindarme orientación y conocimientos. Sin su respaldo, no hubiera sido posible.

Índice general

Contenidos

Agradecimientos.....	3
Índice general.....	4
Índice de gráficos.....	6
Índice de tablas.....	7
Resumen.....	9
CAPITULO 1.....	10
1. 1. Introducción y planteamiento del problema.....	10
1. 1. 1. Pregunta de investigación.	12
1. 2. Justificación y Relevancia.....	12
1.3. Objetivos.....	13
1. 3. 1. Objetivo General.	13
1. 3. 2. Objetivos Específicos.	13
CAPITULO 2: Marco teórico.....	14
2. 1.Síndrome de Burnout.....	14
2. 1. 1. Desarrollo del Síndrome de Burnout.	17
2. 1. 2. Modelos explicativos.	18
2. 1. 3. Diferenciación Diagnóstica.	19
2. 1. 4. Tratamiento, prevención e intervención.	20
2. 1. 5. Burnout y enfermería.	22
2. 2. Enfermería.....	23
2. 2. 1. Enfermería en Argentina.	25
2. 2. 2. Actual Sistema de Salud Argentino.	28
2. 2. 3. Características del Hospital Público.	29
2. 3. 4. Características del Hospital Privado.	32
CAPITULO 3: Antecedentes.....	35
3. 1. Investigaciones de índole Internacional.....	35
3. 2. Investigaciones de índole Nacional.....	43
CAPITULO 4: Diseño de investigación.....	47
4. 1. Participantes.....	47
4. 2. Metodología.....	48

4. 3. Procedimiento	49
4. 4. Instrumentos	50
4.4.1. La encuesta.....	50
4.4.2. MBI–HSS. Inventario de Burnout de Maslach: Human Services Survey.	50
4.4.2.1 Validez y Fiabilidad.	54
CAPÍTULO 5: Resultados.....	56
5.2. Descripción de las variables	61
5.2.1. Inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS].....	61
5. 3. Análisis de normalidad.....	62
5. 4. Análisis de correlaciones entre las variables	63
5. 5. Análisis de las diferencias entre grupos.....	65
CAPÍTULO 6: Conclusiones finales y discusión	70
CAPÍTULO 7: Referencias bibliográficas.....	77
CAPÍTULO 8: Anexo.....	86

Índice de gráficos

Gráfico 1. Sexo.....	56
Gráfico 2. Estado Civil.....	57
Gráfico 3. Lugar de Residencia.....	57
Gráfico 4. Ámbito Laboral.....	58
Gráfico 5. Desempeño.....	58
Gráfico 6. Turno.....	59
Gráfico 7. Situación Laboral.....	60
Gráfico 8. Nivel de Formación.....	60
Gráfico 9. Jefe de Hogar.....	61

Índice de tablas

Tabla I. Cantidad de horas semanales del encuestado.....	59
Tabla II. Resúmenes estadísticos de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS].....	61
Tabla III. Niveles de Burnout según los puntos de corte.....	62
Tabla IV. Normalidad de las variables a estudiar.....	62
Tabla V. Correlación entre la edad y las dimensiones del MBI.....	63
Tabla VI. Correlación entre el Número de personas a cargo y las dimensiones del MBI.....	63
Tabla VII. Correlación entre la Cantidad de hijos y las dimensiones del MBI...63	
Tabla VIII. Correlación entre la Cantidad de horas semanales y las dimensiones del MBI	64
Tabla IX. Correlación entre la Antigüedad profesional y las dimensiones del MBI.....	64
Tabla X. Correlación entre la Antigüedad en la institución y las dimensiones del MBI.....	64
Tabla XI. Correlación entre el Nivel de educación y las dimensiones del MBI.....	64
Tabla XII. Diferencias grupales según el sexo (I).....	65
Tabla XIII. Diferencias grupales según el sexo (II).....	65
Tabla XIV. Diferencias grupales según el Estado civil (I).....	65
Tabla XV. Diferencias grupales según el Estado civil (II).....	66
Tabla XVI. Diferencias grupales según el lugar de residencia (I).....	66
Tabla XVII. Diferencias grupales según el lugar de residencia (II).....	66

Tabla XVIII. Diferencias grupales según si es jefe de hogar (I).....	66
Tabla XIX. Diferencias grupales según si es jefe de hogar (II).....	67
Tabla XX. Diferencias grupales según si existen hijos (I).....	67
Tabla XXI. Diferencias grupales según si existen hijos (II).....	67
Tabla XXII. Diferencias grupales según el Ámbito laboral (I).....	67
Tabla XXIII. Diferencias grupales según el Ámbito laboral (II).....	68
Tabla XXIV. Diferencias grupales según el Desempeño (I).....	68
Tabla XXV. Diferencias grupales según el Desempeño (II).....	68
Tabla XXVI. Diferencias grupales según el Turno (I).....	68
Tabla XXVII. Diferencias grupales según el Turno (II).....	69
Tabla XXVIII. Diferencias grupales según la Situación laboral (I).....	69
Tabla XXIX. Diferencias grupales según la Situación laboral (II).....	69

Resumen

El trabajo desempeñado por el personal de enfermería está sometido a diversos factores estresantes, tanto de carácter organizacional como propios. Por tanto, es de esperarse una alta incidencia del Síndrome de Burnout. Su estudio es relevante, teniendo en cuenta que la salud del personal de enfermería es indispensable para mantener el equilibrio de su actividad, condición mediante la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que interfieran con los cuidados específicos hacia los pacientes (Chacón & Grau, 1997).

El objetivo principal de esta Investigación fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout e identificar las dimensiones más afectadas en los enfermeros/as de Zona Norte del Gran Buenos Aires. Asimismo, indagar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las subescalas de Burnout y las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de formación, servicio donde se desempeña (Piso / Guardia / UCO / UTI), turno de trabajo, si es de ámbito Público o Privado, entre otros).

Se realizó un estudio cuantitativo en tiempo de corte transversal, descriptivo-correlacional, con una muestra no probabilística conformada por 120 enfermeros, siendo 60 del ámbito Público y 60 del Privado, todos encontrándose en actividad, de entre 23 y 62 años de edad, donde el 72,5% es femenino y el 27,5 % masculino. Se les administraron dos instrumentos: una encuesta sociodemográfica y laboral, y el «Maslach Burnout Inventory» (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Los resultados revelan que no hay presencia del Síndrome de Burnout en la muestra, observándose bajos niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización, y elevados niveles de Realización Personal. No se encontraron relaciones ni diferencias significativas con las variables sociodemográficas. Esta investigación, empero, expone y vislumbra nuevas líneas de investigación.

Palabras Claves: Síndrome de Burnout, Enfermería, Hospital Público, Clínicas Privadas.

CAPITULO 1

1. 1. Introducción y planteamiento del problema

El rol del enfermero, como profesional del campo de la salud, implica la habilidad para poder enfrentar y afrontar circunstancias en las que intervienen el sufrimiento, dolor e incluso la muerte. Es así como los/as enfermeros/as realizan su labor, contando con recursos y herramientas propias de su formación académica encargándose de la asistencia y ayuda a los pacientes.

Asimismo, la enfermería es una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, pudiendo ser de manera autónoma, es decir asistiendo a domicilios particulares, o en relación de dependencia.

Dentro de un sistema de salud, existen diferentes sectores y tareas en las que un/a enfermero/a se desempeña, como por ejemplo se puede señalar el área de cuidados intensivos y el área de cuidados generales.

En la primera, realizan un control y cuidado exhaustivo y permanente sobre los pacientes, mediante el monitoreo de sus funciones biológicas, estando en constante exposición a reiterados episodios de urgencias, por eso, su atención está en alerta durante su jornada laboral, que es de siete horas semanales de lunes a viernes, en este caso los pacientes tienen riesgo vital.

En el área de cuidados generales, existe una asistencia cronometrada y rutinaria del paciente, sus funciones están preestablecidas (higienización, control de temperaturas, diabetes, administración de medicación).

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.

Por lo tanto, lo que se espera es que los/as enfermeros/as cumplan con proporcionar al paciente calidad en su atención, que establezca una buena relación empática en función del bienestar del mismo.

Ahora bien, en los últimos tiempos el Síndrome de Burnout se ha incrementado como un problema crucial que atañe a los profesionales de la salud.

En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso: el síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout. Este síndrome ha sido conceptualizado como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado; se desarrolla en aquellos individuos cuyo objeto de trabajo son personas demandantes de atención como en el caso de los profesionales de salud (médicos y enfermeras) y educación (docentes) (Gil-Monte & Peiró, 1997).

La aparición de este Síndrome, repercute en la salud de los profesionales de la sanidad y en la calidad asistencial, provocando un deterioro en la relación enfermero/a – paciente (Cherniss, 1980).

El trabajo desempeñado por el personal de enfermería está sometido a diversos factores estresantes, tanto de carácter organizacional como propios. Por tanto, es de esperarse una alta incidencia del síndrome. Por ende, es relevante el estudio de este fenómeno, sobre todo si se tiene en cuenta que la salud del personal de enfermería es indispensable para mantener el equilibrio de su actividad, condición mediante la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que interfieran con los cuidados específicos hacia los pacientes (Chacón & Grau, 1997).

Esta imagen del profesional como héroe trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación a este fenómeno, pero no se ajusta al modelo que actualmente se acepta (Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés & Fernández, 1994).

Según Caballero y Millán (1999) la presencia del Síndrome de Burnout se ha considerado una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite

de no tomar en cuenta las necesidades personales; esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima que sufre el trabajador.

A partir de la información recolectada surgen diversos interrogantes, los cuales son: ¿qué sucede si la persona encargada de asistir a un paciente no se encuentra en condiciones de hacerlo?; ¿qué pasa si se encuentra agotada y desequilibrada emocionalmente? En síntesis: ¿existirán condiciones de trabajo que condicionen el bienestar psíquico y físico de los/as enfermeras?

Frente a esta situación, esta investigación se propone determinar y describir los niveles del Síndrome de Burnout que manifiestan los enfermeros/as que trabajan en un Hospital Público y en una Clínica Privada, ambos situados en la Zona Norte del Gran Buenos Aires, Argentina.

1. 1. 1. Pregunta de investigación.

De lo mencionado en el punto anterior, se desprende como pregunta principal de este estudio: **¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus principales áreas de afectación, en el Personal de Enfermería de la Zona Norte del Gran Buenos Aires?**¹

1. 2. Justificación y Relevancia

Este estudio permitirá actualizar las estadísticas en relación a esta problemática en profesionales de la salud, en este caso profesionales de enfermería. Además permitirá saber si aquellos/as enfermeros/as que trabajan en cuidados intensivos muestran los mismo niveles del Síndrome de Burnout en los/as que lo hacen en cuidados generales.

¹ Por resguardo ético de las Instituciones en las que se desarrolló la investigación no se hará mención del nombre de los Hospitales. Código de Núremberg (1947). Resolución 1154/2003 del Ministerio de Salud de la Nación, Comisión de Salud Investiga.

A su vez, poder acceder a esta información permitirá desde el campo de la Psicología poder formular estrategias de promoción y prevención que puedan, por un lado detectar rápidamente los síntomas del Síndrome de Burnout y, por el otro, puedan generar acciones para mejorar el estado de salud del personal asistencial de enfermería y las condiciones de su ejercicio profesional.

No obstante, estas acciones preventivas también podrán generar modificaciones en las condiciones de trabajo, en las relaciones enfermero/a-paciente- entorno/familia y en aquellas variables que incidan en la aparición del síndrome. Esto posibilitará, no sólo mejorar la salud de los profesionales enfermeros/as, sino también mejorar la atención del paciente y de su familia como la calidad del sistema de salud público y privado.

1. 3. Objetivos

1. 3. 1. Objetivo General.

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout e identificar las dimensiones más afectadas en los enfermeros/as de la Zona Norte del Gran Buenos Aires.

1. 3. 2. Objetivos Específicos.

- Describir la muestra del grupo de enfermeros/as según datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, si es jefe/a de hogar, existencia de hijos, nivel de formación, turno de trabajo, situación laboral, cantidad de horas trabajadas, y la antigüedad en la profesión e institución).
- Describir la muestra del grupo de enfermeros según el nivel del Síndrome de Burnout (Agotamiento emocional, Realización Personal y Despersonalización) a través del MBI-HSS.
- Examinar si existe relación entre las dimensiones del MBI-HSS y los datos sociodemográficos.

CAPITULO 2: Marco teórico

2. 1.Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout hace referencia a un fenómeno de desgaste profesional observable en los profesionales que trabajan directamente con personas. Se suele conceptualizar como el resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso con los usuarios, pacientes o clientes, durante un periodo de tiempo prolongado (Pines, Aronson & Kafry, 1981).

Por otra parte, se ha definido el Burnout como el resultado de la discrepancia entre las expectativas y los ideales individuales del trabajador y la cruda realidad de cada día en la vida profesional (Schaufeli & Buunk, 2003).

Los autores Edelwich y Brodsky (1980) lo describen como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, mientras que otros estudiosos en el campo de la psicología organizacional lo ubican como un estado de desgaste emocional y físico.

(Gil-Monte & Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró & Valcárcel, 1998) han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional, así como en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos, el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento.

El Síndrome de Burnout consta de varias acepciones, la literatura ofrece alrededor de diecisiete en castellano, algunas de ellas son: quemarse por el trabajo, quemazón profesional, síndrome del desgaste profesional, estar quemado profesionalmente y desgaste psíquico, entre otras (Boada, Vallejo & Agulló, 2004; Ortega & Francisca, 2004; Gil-Monte, 2005).

Actualmente, el Burnout es una enfermedad descrita en el índice internacional de la Organización Mundial para la Salud (OMS) ICD-10, como “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)” dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial.

Según Aranda (2006) la palabra Burnout es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo.

Ahora bien, ¿de dónde surgen todos estos términos?

El término Burnout fue introducido en 1974 por el psicoanalista alemán Herbert J. Freudenberger, que trabajaba en una Clínica de Nueva York donde trataba con toxicómanos, en aquel momento, traza un paralelismo al tomar el concepto de la palabra “burn out” que correspondía al modo en que quedaba una persona (fundida, quemada) por las drogas (citado en Zaldúa & Lodieu, 2000).

Freudenberger (citado en Diéguez, Sarmiento & Calderón 2006) observó que en la mayoría de los voluntarios de la clínica había una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de trabajo.

Sin embargo, la palabra Burnout tuvo trascendencia internacional en 1976 cuando la Psicóloga Social Cristina Maslach dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA) se refirió a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, señalando que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban quemándose. Pero el concepto de Burnout de las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson apareció en 1981, luego de varios años de estudios empíricos, quienes lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia (Gil-Monte, 2005).

En la actualidad, la definición que ha sido consolidada y aceptada por diferentes autores, siendo la más utilizada para definir el síndrome es la de Maslach y Jackson (1981) que definen al Burnout como una respuesta inadecuada al estrés crónico en el trabajo, a largo plazo y acumulativo, con consecuencias a nivel individual y organizacional; y se caracteriza por su tridimensionalidad: agotamiento emocional, despersonalización, reducida realización personal.

En cuanto a la descripción de su carácter tridimensional:

- **Agotamiento emocional:** implica una disminución y pérdida de recursos emocionales. Es una situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo, es decir, el sujeto se encuentra emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto del trabajo.
- **Despersonalización:** implica el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia las personas que debe atender. En consecuencia las personas son vistas de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.
- **Realización Personal:** implica la tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y sentimientos de baja autoestima. La misma afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden (pacientes y familiares).

Según el modelo explicativo de Maslach y Jackson (1981) el cansancio emocional constituye un elemento primordial en la génesis del síndrome y consiste en una sensación creciente de agotamiento en el trabajo que experimenta la persona, luego de intentos fallidos de adaptarse a un entorno estresante. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trataría de aislarse de los demás, mediante el mecanismo defensivo denominado despersonalización, caracterizado por un trato distante y la deshumanización de las relaciones hacia los pacientes y demás miembros del equipo de salud.

En un tiempo variable se presentaría la sensación de falta de realización en la profesión: sentimiento complejo de inadecuación personal al puesto de trabajo, que surgiría al comprobarse que las demandas que se le requieren

exceden su capacidad para atenderlas debidamente, a pesar de sus intentos de adaptación. El Burnout propiamente dicho constituiría la fase final del proceso y vendría a ser la respuesta a una situación laboral intolerable.

2. 1. 1. Desarrollo del Síndrome de Burnout.

Los autores Edelwich y Brodsky (1980 citado en Mansilla Izquierdo, 2008) establecieron varias etapas por las que debe pasar un sujeto para instaurarse el Síndrome de Burnout, estas son:

- *Etapas de Entusiasmo*, en la cual el individuo reconoce su trabajo como una profesión estimulante, y los conflictos son algo pasajeros y con solución. Se caracteriza por energía y aspiraciones desbordantes.
- *Etapas de Estancamiento*, que es cuando el sujeto comienza a percibir que no cumple con sus expectativas y los objetivos parecen lejos y no llega a ellos, incluso con esfuerzo.
- *Etapas de la Frustración*, un período de desilusión y falta de motivación para el trabajo. Comienzan aquí a surgir problemas físicos y psicológicos.
- *Etapas de Apatía*, en donde el trabajador se resigna ante la imposibilidad de cambiar las cosas.
- *Etapas de Burnout*, caracterizada por la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante con su trabajo.

Cherniss (1980 citado en Maslach, 1993) plantea que el Síndrome de Burnout es un proceso que comienza con un excesivo y prolongado nivel de tensión o "estrés" que produce fatiga en el trabajo, sentimiento de estar exhausto, irritabilidad, y fatiga.

A su vez, Caballero y Millán (1999) proponen que el Síndrome de Burnout presenta síntomas de carácter:

- Fisiológicos: falta de apetito, cansancio, insomnio, dolor cervical, úlceras.

- Psicológicos: irritabilidad ocasional o instantánea, gritos, ansiedad, depresión, frustración, respuestas rígidas e inflexibles.
- Conductuales: expresiones de hostilidad o irritabilidad, incapacidad para poder concentrarse en el trabajo, aumento de las relaciones conflictivas con los demás compañeros, llegar tarde al trabajo o salir más temprano, estar con frecuencia fuera del área de trabajo y, tomarse largos períodos de descanso en el trabajo.
- Otros: aumento del ausentismo, apatía hacia la organización, aislamiento, empobrecimiento de la calidad del trabajo, actitud cínica y fatiga emocional, aumento del consumo de café, alcohol, barbitúricos y, cigarrillos.

2. 1. 2. Modelos explicativos.

Manassero et al. (1994) proponen tres perspectivas diferentes desde las cuales se ha estudiado el síndrome de Síndrome de Burnout:

- *La perspectiva psicosocial:* planteada por Maslach y Pines (1976) que pretende explicar las condiciones ambientales en las cuales se origina el Síndrome de Burnout, los factores que ayudan a mitigarlo (especialmente el apoyo social) y los síntomas específicos que caracterizarían el síndrome, fundamentalmente de tipo emocional, en las distintas profesiones. Además, en este enfoque se desarrolló el instrumento de medición más ampliamente utilizado para evaluar el síndrome, el Maslach Burnout Inventory (MBI).
- *La perspectiva organizativa:* que se centra en que las causas del Síndrome de Burnout se originan en tres niveles distintos, el individual, el organizativo y social (Cherniss, 1980). El desarrollo del Síndrome de Burnout genera en los profesionales respuestas al trabajo, que no tienen que aparecer siempre, ni junta, como la pérdida del sentido del trabajo, idealismo y optimismo, o la carencia de simpatía y tolerancia hacia los clientes e incapacidad para apreciar el trabajo como desarrollo personal.
- *La perspectiva histórica:* es un fruto de los estudios realizados por Saranson (1982) sobre las consecuencias de los rápidos cambios sociales en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial en el trabajo y las condiciones laborales.

2. 1. 3. Diferenciación Diagnóstica.

La formación de este proceso que se va instaurando como un Síndrome puede llegar a confundirse con otros trastornos. Gil Monte y Peiró (1997) advierte sobre la importancia de marcar una diferenciación conceptual del Burnout respecto de la depresión, de la alienación, de la ansiedad, de la insatisfacción laboral y del estrés.

- Depresión: existen similitudes en el cansancio, retiro social y sensación de fracaso personal. Pero el Burnout se diferencia de la depresión en cuanto el Burnout es un constructo social que deriva de la interacción entre organización y persona, y la depresión se atribuye más bien a causas interpersonales o intrapsíquicas sin alusión al contexto, aunque en ambos casos las consecuencias se perciban a nivel interpersonal.
- Alienación, se da cuando una persona tiene poco espacio para las decisiones en la realización de una tarea y poca libertad para llevarla a cabo. En cambio, en el Burnout se da la situación contraria: la persona tiene demasiada libertad y ausencia de delimitación en las tareas que debe realizar, por lo tanto el trabajador no sabe que se espera de él formalmente. Si bien existe la libertad para llevarla a cabo, la ausencia de límites torna a la tarea irrealizable.
- Ansiedad y Burnout comparten la sensación de tensión, malestar y desasosiego. Sin embargo, la ansiedad se presenta cuando la persona no posee las habilidades necesarias para realizar una tarea, o al menos así lo percibe. En el caso de Burnout la persona siente que sus capacidades y habilidades se ven superadas por las características de la tarea a realizar.
- Tanto la insatisfacción por el trabajo como el Burnout presentan desmotivación y pérdida de energía, pero en el Burnout se da además la despersonalización, que lo diferencia de la insatisfacción. La despersonalización implica sentimientos negativos, incluidos el cinismo, hacia las personas con las que se trabaja. Se produce una deshumanización, un endurecimiento afectivo que conduce a que el trabajador culpe por sus problemas a quien recibe sus servicios.
- Estrés laboral, se observa que el estrés aparece, en cierta medida, para movilizar a la persona y puede producir tanto efectos negativos como

efectos positivos (Seyle, 1976 citado en Poy, 2003). El Burnout, en cambio, solo provee efectos negativos.

2. 1. 4. Tratamiento, prevención e intervención.

Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupados en tres categorías (Gil-Monte & Peiró, 1997):

- Estrategias individuales
- Estrategias grupales
- Estrategias organizacionales

En el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir. Desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. Aumentar y conservar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, delegar responsabilidades, no creerse indispensable, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

En el nivel grupal e interpersonal el empleo de estrategias de prevención e intervención pasan por fomentar por parte de los compañeros el apoyo social: los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

Asimismo, es de suma importancia considerar el apoyo social formal e informal en la prevención del Burnout, puesto que mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Es importante señalar, que a largo plazo, el apoyo social, puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

Con relación a las estrategias para su implantación, el apoyo social en el trabajo puede aparecer, básicamente, de los compañeros y de los supervisores, pero uno de los elementos más importantes son los grupos informales. El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable.

Otra forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo, es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo son percibidos y entendidos sus acciones y comportamiento. La utilización de esta herramienta permite obtener valoraciones diferentes sobre un mismo trabajador, potenciar una visión más objetiva y fiable de las relaciones laborales, elevar el nivel de satisfacción laboral, mejorar el conocimiento de uno mismo e incitar al desarrollo de nuevas competencias (Lévy-Leboyer, 2000).

En la actualidad, se puede contar con procesos de intervención interdisciplinarios (médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y empresa) donde se sugieren ajustes organizacionales (estrategias organizacionales), el apoyo entre compañeros de trabajo (estrategias grupales) y el tratamiento individual (estrategias individuales) (Gil Monte & Peiró, 1997; Gil Monte, 2003).

2. 1. 5. Burnout y enfermería.

Se debe mencionar que la enfermería como profesión (Ortega Ruiz & López Ríos, 2004) tiene 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.

Según Barría (2002) los factores asociados al Síndrome de Burnout, entre otros son los siguientes:

- La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en

el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada.

- Según el sexo, el grupo más vulnerable serían principalmente las mujeres, quizá en este caso de los profesionales de la salud por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.
- El estado civil, se ha asociado con las personas que no tienen pareja estable, pero tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.
- La existencia o no de hijos, asume que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.
- La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

2. 2. Enfermería

A continuación, una breve reseña histórica sobre el origen de la enfermería.

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas.

En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Siendo en esta escuela donde se formó la enfermera británica Florence Nightingale, quien fue pionera de la enfermería profesional moderna, implementando la fundamentación teórica del cuidado de enfermería.

En 1853 llegó a ser supervisora de enfermeras de un hospital de caridad 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 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 Uskûdar 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 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.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud

comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización (Donahue, 1985).

En la actualidad, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) es quien regula la actividad a nivel mundial en diferentes países, y en Argentina. Tiene su sede en Suiza.

Establece que 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.

2. 2. 1. Enfermería en Argentina.

La Enfermería es una profesión liberal enmarcada dentro del método científico que se encarga del cuidado y promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad. La profesión se encuentra reglamentada internacionalmente por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y el Código de Ética de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (C, E, FEPPEN) entre otros y en la República Argentina específicamente por la ley Nacional 24.004 y por las disposiciones adicionales para cada una de las Provincias.

Según la ley 24.004 se reconocen dos niveles para el ejercicio de la enfermería (ley 24.004, art. 3):

- Profesional: Consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud – enfermedad, sometidas al ámbito de su competencia (Enfermero- Licenciado en Enfermería).

- Auxiliar: Consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Responsabilidad Profesional y Civil:

El código de ética para enfermeras del Consejo Internacional de Enfermería (C.E., CIE) manifiesta la responsabilidad de la Enfermera en cuatro aspectos fundamentales:

- Promover la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento.

Del mismo modo el Código de Ética de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (C, E., FEPPEN) manifiesta en su artículo cuarto, que la enfermera tiene responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que se aplican en la atención de la Enfermería directa y de apoyo, considerando que Enfermería es una profesión independiente que contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud necesarios.

La enfermera consolida su responsabilidad a través de su actividad profesional y de su formación universitaria y de postgrado: fortaleciéndola cuando sus acciones profesionales se encaminan hacia el bienestar del hombre y bien de la humanidad.

El ejercicio responsable de la Enfermería está delimitado por el cumplimiento estricto de las normas morales y legales, la calidad y la eficiencia son responsabilidad de los profesionales de Enfermería, pues constituyen factores protectores en la prevención del error.

En materia de acciones negligentes del personal de Enfermería, las situaciones más comunes son: error en la medicación, casos de quemaduras y lesiones en la piel, casos de descuidos en el control del paciente, casos de identificación incorrecta del enfermo, entre otros.

Ley Provincial:

En la Provincia de Buenos Aires, el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la Ley 12.245, y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

Breve revisión de Artículos:

Artículo 5. El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado a aquellas personas que posean:

- Título habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Título de Enfermero otorgado por Centros de Formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, e instituciones privadas reconocidas por autoridad competente.
- Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

Artículo 12. Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en el Ministerio de Salud, el que autoriza el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

Artículo 20. Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias que correspondan, por las siguientes causas:

- Condena Judicial que comporte la inhabilitación profesional.
- Contravención a las disposiciones de esta Ley y su reglamentación.
- Negligencia frecuente o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

Asimismo, existen Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica según la

Resolución N° 194/95 (Ministerio de Salud y Acción Social), donde se aprueban las políticas sustantivas e instrumentales de salud.

Por ejemplo, dentro de las Normas se presenta un sistema de clasificación basado en necesidades y grado de dependencia de enfermería en pacientes adultos:

- CATEGORÍA I – Cuidados mínimos.
- CATEGORÍA II – Cuidados moderados.
- CATEGORÍA III – Cuidados intermedios.
- CATEGORÍA IV – Cuidados especiales.
- CATEGORÍA V – Cuidados intensivos.

Finalmente, Durante (2007) menciona los títulos que pueden obtenerse en relación al plan de estudio de enfermería en la Argentina:

En la UBA, se obtiene el título de Enfermero/a Universitario con una duración de dos años y medio (Debe realizar previamente el Ciclo Básico Común).

En instituciones privadas, tienen una duración de 3 años y se obtiene el título de Enfermero/a Universitario.

En la Cruz Roja Argentina, tienen una duración de 3 años, con un título de Enfermero/a Profesional.

Para acceder al título de Licenciado en Enfermería, en ambas instituciones, sea pública o privada, deben cursar dos años.

2. 2. 2. Actual Sistema de Salud Argentino.

El actual Sistema de Salud Argentino, resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: El Público, el de las Obras Sociales y el Privado.

Esta conformación del sector le imprime al área de salud, una lógica peculiar, puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos

subsistemas, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

. El gasto total en salud es financiado por: recursos públicos (del gobierno nacional, gobiernos provinciales y municipales) en un 24.6%³, recursos privados (a través del gasto de bolsillo en bienes y servicios del sector salud) en un 41.1% y recursos provistos por la Seguridad Social (obras sociales nacionales, provinciales y otras) en un 34.3% (Ministerio de Salud, 2000; Maceira, 2009).

2. 2. 3. Características del Hospital Público.

El Hospital es probablemente una de las instituciones sociales que ha experimentado más cambios en las últimas décadas, particularmente en los últimos treinta años. Obviamente, este espectacular proceso de cambio es muy diferente en los distintos países del mundo y está íntimamente relacionado con el grado de desarrollo socioeconómico y cultural que caracteriza a la población. Incluso dentro de un mismo país existen grandes diferencias entre los hospitales de diferentes regiones, no solo en tamaño y complejidad, sino también en su esencia. La diferencia entre las diferentes regiones y el gran proceso de evolución, hace que de un estudio comparativo entre el pasado y el presente prácticamente lo único en común es el nombre de Hospital (Aracama, 1992).

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 (2000 citado en Alippi, 1991).

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).

De acuerdo al Decreto 4790/72 de la Provincia de Buenos Aires, los Hospitales Públicos deben encuadrarse en este Reglamento.

A.- De la denominación

Artículo 1.- Todos los establecimientos sanitarios que proporcionen atención médica integral con internación serán denominados HOSPITALES.

Artículo 2.- Cada Hospital agregará a su denominación la correspondiente a su respectiva especialidad, cuando así correspondiere. Los restantes establecimientos serán considerados Hospitales Generales.

Artículo 3.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2º, cada Hospital podrá agregar a su denominación el nombre que se determine en homenaje a persona o hecho de interés nacional o internacional.

B.- De la clasificación:

Artículo 6.- A los efectos de clasificar a los Hospitales, se utilizarán las siguientes áreas:

- Clasificación de Hospitales: De acuerdo a la especialidad.
- Hospital General: Es aquel que se encuentra en condiciones de recibir pacientes con riesgo de sufrir diversos tipos de patología.
- Hospital especializado: Es aquel que está en condiciones de recibir solamente pacientes con riesgo de sufrir un tipo determinado de patología. Se considerará en esta categoría aquel cuya estructura está destinada a recibir un tipo determinado de patología con una incidencia no menor al 50% de la capacidad instalada.

Artículo 7.- Se clasificarán en Hospitales de agudos y crónicos de acuerdo al tipo de demanda de prestación y estructura de la capacidad instalada. Se tomará como base de la clasificación de la demanda por lo menos el 70% de la patología, de la demanda total del Hospital y el 70% ponderado de

los servicios de atención médicos instalados. Para la confección de los índices de determinación se tomará en cuenta la información obtenida a través de los tres (3) últimos años de prestaciones.

- Hospital de Agudos: Es aquel destinado al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve.
- Hospital de Crónicos: Es aquel destinado al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo tórpido y/o tratamiento prolongado.

Desde Repetto, Ansolabehere, Dufour, Lupica y Potenza (2001) señalan que el mecanismo de financiamiento del sector público, provee servicios a través de los establecimientos públicos nacionales, provinciales y municipales (los dos últimos poseen el mayor porcentaje de infraestructura) que incluyen tanto hospitales como centros de atención primaria de la salud (CAPS). Habitualmente acuden a los hospitales públicos las personas de menores ingresos y sin cobertura, quienes tienen limitaciones de acceso geográficas, y afiliados de obras sociales.

El sector público tiene como lógica de funcionamiento la búsqueda de un cierto equilibrio entre objetivos sociales (atendiendo a la población sin cobertura ni recursos) y medidas de eficiencia (optimizando los recursos obtenidos). En el caso específico de los hospitales públicos, éstos se financian con pagos prospectivos, con presupuestos de monto fijo estimados a futuro, es decir, estimados antes de la ejecución de los gastos.

Es necesario considerar la función objetivo de los hospitales públicos que pueden atender y facturar a pacientes con cobertura. Estos hospitales se implementaron en 1993 con el objetivo de mejorar la gestión hospitalaria a través del cobro de las prestaciones demandadas por beneficiarios con Obras Sociales. Bajo esta modalidad se aseguró el pago de estas prestaciones, mejorando la eficiencia en la recaudación de ingresos que en muchos casos, ocasionaban un subsidio cruzado, financiando con recursos públicos la atención de pacientes pertenecientes al sector de la Seguridad Social.

En 1999 esta modalidad de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) se propone: garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad a la población sin cobertura, mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de ciertas normas y fomentar la participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención.

2. 3. 4. Características del Hospital Privado.

Según Alippi (1991) la Clínica o Sanatorio hacen referencia a una institución privada convenientemente dispuesta para la estancia de enfermos que necesitan someterse a diferentes estudios y/o tratamientos médicos.

La Medicina Prepaga está regulada por la Ley 24.754, establece que las empresas o entidades que presten dichos servicios deberán cubrir, como mínimo, determinadas "prestaciones obligatorias" dispuestas por las obras sociales.

Repetto et al. (2001) refieren que dentro de la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales.

Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos Cámaras Empresariales: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios).

Las Cámaras agrupan a alrededor de 70 firmas de un total estimado de 150 con ubicación en Capital Federal y Conurbano y 46 empresas radicadas en el interior. Cabe aclarar que la afiliación se concentra fundamentalmente en la Capital Federal y, en menor medida, en el Gran Buenos Aires, existiendo algunas importantes entidades en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social (doble afiliación).

Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó mientras que a fines de la década de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50%. A su vez, la capacidad instalada del subsector se duplicó entre 1969 y 1995.

Cabe señalar, que a pesar de que el gasto anual de este sector es menor en comparación con el subsector público y las Obras Sociales, su gasto per cápita es el más elevado.

Es necesario tener en cuenta para comprender este subsector que el Estado ha tenido una mínima intervención regulatoria en el área.

En la Argentina, operan en total alrededor de 196 empresas de Medicina Prepaga (entre las cuales el 58% tiene base en Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el interior). Del volumen total de asociados, en el 65% de los casos se trata de adherentes individuales y el resto (35%) está conformado por afiliaciones corporativas.

Las diez empresas líderes del mercado argentino concentran, aproximadamente, el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda.

Un fenómeno que también se observa es la creciente tendencia, entre las Prepagas, a establecer contratos prestacionales con las Obras Sociales.

Por último, al tratarse de un mercado de altos niveles de saturación la tendencia ha sido preservar la competencia a través de la diversificación de planes.

Para las instituciones privadas con fines de lucro es importante contar con una cartera creciente de asociados y para ello compiten diferenciando su

producto, incluyendo entre otras cosas, óptimas condiciones de hotelería para cautivar nuevos clientes.

CAPITULO 3: Antecedentes

3. 1. Investigaciones de índole Internacional

En la década de los noventa, Oehler y Davidson (1992) realizaron un estudio prospectivo, descriptivo, en el cual se identificaron los factores predictivos de Burnout en enfermeras pediátricas y compararon la incidencia de Burnout (se les pasa en la escala IBM), estrés laboral, ansiedad y soporte social percibido en enfermeras del área de agudos y las de área de no agudos.

Se registraron un total de 121 enfermeras que trabajaban tiempo completo en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y cuidados intensivos neonatales. Se encontró como dato en ambas poblaciones, que presentaban niveles moderados de agotamiento emocional, y despersonalización, pero altos niveles en realización personal en las escalas del IBM, cuando se realiza la comparación entre las poblaciones se encontraron niveles más altos de Burnout en las enfermeras de la unidad de cuidado agudo que en las de cuidado no agudos. Se encontró que el estrés laboral es uno de los factores predictivos más fuertes para el desarrollo de Burnout, seguido del estado de ansiedad, el apoyo de los compañeros de trabajo y la experiencia en la unidad.

En una investigación de Stordeur, Vandenberghe, y D'hoore (1999) realizada en la Université Catholique de Louvain, Faculté de Médecine en Bélgica. Se evaluó a 625 enfermeras mediante el Inventario para Burnout de Maslach (IBM), donde se obtuvo que el 24.3% de ellas presentaban un índice moderado de Burnout.

Además, se realizó una lista de 11 factores que son predictivos del Burnout, algunos de ellos contribuían de forma positiva con el desarrollo del mismo (demandas laborales, pobre soporte social, conflictos con otras enfermeras, conflictos con los médicos, presencia de estresores relacionados con la vida privada, laborar jornadas completas o de medio tiempo), mientras que otros contribuían de forma protectora (percepción de control a nivel laboral, sentimientos de seguridad en riesgos ocupacionales).

En España, (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 trabajo, 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.

En el mismo país (España), Del Río Moro, Perezagua García y Vidal Gómez (2003) realizaron un estudio sobre “El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo”, el método utilizado fue el descriptivo de corte transversal.

La población estuvo conformada por 320 enfermeras. El instrumento fue el inventario de Burnout y Maslach (MBI-HSS).

Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron: "Recogidos trescientos veinte cuestionarios, lo que supone más del 70% de los (as) enfermeros (as) que trabajan en el hospital, el 17,83% sufría Burnout, donde el intervalo de confianza del 95% corresponde a 14,2%-21,4%. Además se objetivó la presencia de cansancio emocional en el 43,3% de los (as) enfermeros (as), despersonalización en el 57%; y la falta de realización en el trabajo en el 35,66%".

Otra investigación de España, realizada por Albaladejo et al. (2004) realizaron un trabajo de investigación titulado "Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un Hospital de Madrid".

La investigación fue un estudio transversal entre profesionales adscritos al área de enfermería del Hospital mencionado, eligiéndose a los participantes mediante muestreo aleatorio estratificado por los distintos servicios hospitalarios, entre todo el personal adscrito al Área de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de San Carlos. La muestra de estudio la constituyeron 622 profesionales clasificados en dos categorías: enfermeras y auxiliares.

Los autores llegaron a las siguientes conclusiones: En el estudio el perfil del sujeto afectado de Burnout corresponde con el de un profesional con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo.

Por otro lado, en Chile, Román (2003) realizó la investigación "Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención".

Se realizó un estudio transversal, acerca del estrés y el Burnout, a 287 médicos y enfermeros de un municipio de la Habana. Ambos sexos, respondieron tres cuestionarios: Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno, Escala de Síntomas de Estrés, de Aro, e Intervención de Estrés para profesionales de la Salud, de Wolfgang.

Encontró los siguientes hallazgos: "Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención".

En Perú, Arauco Orellana, Vázquez y García (2004) realizaron un estudio de investigación titulado “Factores Sociodemográficos y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital Arzobispo Loayza”. La investigación fue tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, en este estudio participaron 70 enfermeras asistenciales que laboran en el Hospital Arzobispo Loayza.

En dicho estudio se utilizaron como instrumentos de investigación entrevistas individualizadas aplicando el MBI-1986 y un cuestionario sociodemográfico especialmente confeccionados para el presente estudio.

Los autores llegaron a las siguientes conclusiones: “Los factores sociodemográficos identificados que se relacionan con el síndrome de Burnout son: horario de trabajo, servicio donde labora y actividad que realiza en su tiempo libre en la presencia del síndrome de Burnout; del 100% de enfermeras el 9.62% presentan Síndrome de Burnout y el 90.38% de enfermeras es posible que se encuentren en la etapa de instalación del Síndrome o de Despersonalización”.

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 socio laborales 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.

En México, Balseiro Almario, Torres Lagunas y Ayala Quintero (2006) realizaron una investigación para identificar el nivel del Síndrome de Burnout del personal de Enfermería en un hospital público y uno privado, en D.F, México. La variable medida fue el Síndrome de Burnout en las dimensiones: Fisiológicas, Psicológicas, Conductual y Laboral. Cada dimensión tuvo 10 indicadores a partir de los cuales se obtuvieron las preguntas del cuestionario. El tipo de investigación fue descriptivo, transversal, analítica, diagnóstica y de corte cuantitativo. Este estudio identifica, describe y evalúa el nivel del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de ambos hospitales, para lo cual se aplicó un cuestionario estructurado tipo Likert con 42 preguntas y respuestas cerradas y estructuradas. La población estuvo compuesta por 377 Enfermeras: 194 del hospital privado de las cuales 112 de áreas críticas y 82 del área de hospitalización.

En el caso del Hospital Público, fueron 183 enfermeras: 80 de áreas críticas y 103 de hospitalización. La investigación se realizó en el 2006 y se encontraron los siguientes resultados: El personal de Enfermería del hospital privado tiene el nivel II del Síndrome de Burnout y el personal de Enfermería del Hospital Público lo tiene en el nivel I. Está más marcada esta sintomatología en las áreas críticas, pero por el exceso de trabajo del área de

hospitalización hace que el síndrome también se encuentre presente en hospitalización. Las áreas más afectadas en ambos hospitales son: En la Fisiológica: várices, exceso de trabajo, molestias gastrointestinales, fatiga y cansancio, agotamiento, afecciones respiratorias, cefaleas o migrañas y molestias cardiovasculares y la Psicológica: angustia y estrés.

En el área laboral, el sueldo bajo del hospital privado y la falta de los días de descanso, son las áreas afectadas. Las enfermeras enfrentan el Síndrome con una serie de estrategias utilizadas por ellas como escape a una situación difícil de controlar: descansar, dormir, relajarse, escuchar música, hacer ejercicio, viajar, recreación, comer, arreglar el jardín, etc. Sin embargo, muchas de estas enfermeras deben salir del trabajo e incorporarse inmediatamente a otro turno de trabajo en otro hospital por lo que el descanso, la convivencia con la familia, el relajarse, el estar tranquilas después de la jornada laboral resulta una utopía.

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 evidenció 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 el año 2009, en México, Rodríguez García, Oviedo, Vargas Santillán, 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.

Núñez Beloy et al. (2010) 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 conformada 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 Gutierrez 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 otorgada a los pacientes. 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 de 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 Uruguay, Añon Fajardo et al. (2012) investigaron sobre 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.

En Colombia, Andrade, Sanabria, Morales, Rodríguez y Oyuela (2013) realizaron una investigación sobre la Prevalencia del Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de una Clínica de la Ciudad de Ibagué (Tolima). En su desarrollo, se utilizó un modelo descriptivo-cuantitativo de corte transversal, y se aplicó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), así como una entrevista estructurada. Los hallazgos no evidencian Síndrome de Burnout en la muestra, pero se observan puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional (93,94% o “bajo”), despersonalización (78,79% o “bajo”), y en la realización personal (69,70% o “alto”).

3. 2. Investigaciones de índole Nacional

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

Concluyeron que el estrés crónico laboral, se debe a las características propias del trabajo existencial, del contacto duradero con el dolor, con la

muerte, con el desmantelamiento de los servicios hospitalarios, la sobrecarga laboral y con la crisis salarial.

Posteriormente, en el 2005, Zaldúa, Lodieu y Koloditzky, realizaron una investigación exploratorio para conocer la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de asistencia 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) insectología, 3) obstetricia, 4) pediatría y por último 5) terapia intensiva.

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%.

En la provincia de Corrientes, (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.

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, también en Corrientes, llevada a cabo por Encina, Reyes, Gómez y Dos Santos Antola, en el 2007, investigaron la prevalencia del síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del hospital de San Luis del Palmar.

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.

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

Donde 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, Díaz Echenique, Stimolo y Caro, realizaron 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 suministro 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 componente: 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.

Zazzetti, Carricariburu, Cevallos y Miloc (2011) investigaron acerca de la prevalencia de síndrome de Burnout en médicos y enfermeros de los servicios de terapia intensiva de clínicas privadas de Villa María, Córdoba, Argentina. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal que incluyó 62 médicos y 40 enfermeros. Se consignaron datos demográficos y profesionales. Se utilizó el cuestionario autoadministrado de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Los Resultados, fueron los siguientes: de los 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 de despersonalización y el 58,82% presentó índices bajos de realización personal en el trabajo. Un 17,64% padecía la forma más severa del síndrome.

En cuanto a las conclusiones, en este estudio la prevalencia de Burnout resultó similar a la reportada siendo elevada tanto si se considera su valor en forma global como para cada uno de los subgrupos analizados. La mayoría de los afectados eran jóvenes, con poca antigüedad y cumplían jornadas de trabajo muy extensas.

CAPITULO 4: Diseño de investigación

4. 1. Participantes

Para llevar a cabo el presente estudio se trabajó con una muestra no probabilística intencional. Hernández, Fernández y Batista (2006) explican 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.

Además, se intentó que la muestra fuera representativa de la población de enfermeros del Hospital Público y de la Clínica Privada, ambos de la Zona Norte del Gran Buenos Aires, para lograr información fidedigna sobre la prevalencia, o no, del Síndrome de Burnout.

La muestra está conformada por 120 enfermeros profesionales de ambos sexos, de los cuales, 60 enfermeros corresponden al ámbito Público y los otros 60 al ámbito Privado, todos encontrándose en actividad y en los diferentes turnos (mañana, tarde, noche y sadofe²).

De los 120 participantes (el 72,5% es femenino y el 27,5 % es masculino), entre 23 y 62 años de edad (edad media 39,24).

Criterios de inclusión:

- Enfermeros profesionales actualmente en actividad.
- Que trabajen en relación de dependencia (Público – Privado).
- Que el establecimiento sea en Zona Norte.

Criterios de exclusión:

- Que sean auxiliares de enfermería.
- Que actualmente no ejerzan la profesión.
- Que sean Franqueros.

² Se refiere al turno que comprende los días: Sábado, domingo y feriado (SADOFE).

- Que sean enfermeros autónomos, es decir que realicen su trabajo de forma particular o estén retirados o desempleados.
- Que el establecimiento no sea en Zona Norte.
- Que trabajen en los dos ámbitos a la vez (Público y Privado).

4. 2. Metodología

Se realizó una investigación de enfoque cuantitativo con alcance descriptivo/correlacional, en corte de tiempo transversal dentro de un diseño no experimental.

La orientación metodológica de la investigación es de enfoque cuantitativo. Hernández et al. (2006) afirman que un enfoque cuantitativo es el que utiliza la recolección de datos primarios con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

En esta investigación se buscó, a través del análisis estadístico, determinar la prevalencia de las siguientes dimensiones del Síndrome de Burnout: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en los enfermeros de un Hospital Público y de una Clínica Privada del Gran Buenos Aires.

Es un estudio descriptivo, porque se buscó especificar cómo es el Síndrome de Burnout en enfermeros de un Hospital Público y de una Clínica Privada del Gran Buenos Aires (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.

Este estudio fue de tiempo transversal (sincrónico), es decir, que la información se recolectó en un único momento de tiempo (Vieytes, 2004). Hernández et al. (2006), hace hincapié en que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es así

como en esta tesina, se recopilaron datos durante los meses de agosto y septiembre de 2014.

En cuanto al diseño de la investigación fue no experimental. Según Hernández et al. (2006) este tipo de investigación se realiza sin la manipulación de variables. Vieytes (2004) agrega resulta imposible manipular las variables o asignar a los sujetos aleatoriamente a las condiciones. En este estudio los datos fueron recogidos en su ambiente natural, es decir en el hospital.

4. 3. Procedimiento

Para realizar el relevamiento de los datos se utilizó:

- Una encuesta sociodemográfica para relevar datos pertinentes a la investigación;
- La adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» elaborada por Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte, 1994; Gil-Monte & Peiró, 1997), para evaluar las dimensiones del Síndrome de Burnout.

En principio, se realizaron las preguntas que permitían confirmar si el personal de enfermería cumplía con los criterios de inclusión. Luego de ello, se lo invitaba a responder la totalidad del cuestionario y a responder al inventario de Burnout (MBI).

Los cuestionarios fueron de tipo auto-informe, así que los protocolos se entregaron a cada persona junto con una birome. En el protocolo se incluía una pequeña reseña acerca del estudio y a quien estaba dirigido. Además, se les informaba que su participación era voluntaria y de carácter confidencial.

Durante la administración, se aclararon las dudas que les surgieron a medida que iban respondiendo las preguntas o en el momento mismo en que lo entregaban.

Es importante hacer mención que, tanto en el Hospital Público como en la Clínica Privada, después de la entrevista con los Directores y los Jefes del Departamento de Enfermería de ambas Instituciones, en las que se hicieron las observaciones y comentarios pertinentes acerca del presente estudio para dar su aprobación y autorización, brindaron total acceso a todas las áreas, servicios y pisos o salas de los mismos.

Por lo tanto, la aplicación del instrumento se hizo de manera individual y colectivamente.

Finalmente, se procedió a identificar a cada persona que participó en este estudio con un número de protocolo, reemplazando la variable nombre con este número, con el fin de cumplir con el anonimato de las respuestas.

4. 4. Instrumentos

En esta investigación se utilizaron dos instrumentos: El Cuestionario Autoadministrado (compuesto por 6 preguntas abiertas y 8 preguntas cerradas de respuesta múltiple con varias alternativas) y la adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» (MBI-HSS) (Gil-Monte & Peiró, 1997) [ver Anexo].

4.4.1. La encuesta.

Los datos sociodemográficos de este estudio fueron obtenidos a través de la construcción ad hoc de una encuesta estadística. Rubio y Varas (2004) mencionan que es la herramienta central y más utilizada del método cuantitativo porque consigue un mayor porcentaje de respuestas, permitiendo el control directo de la información por medio del entrevistador [ver Anexo].

4.4.2. MBI–HSS. Inventario de Burnout de Maslach: Human Services Survey.

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

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. El MBI-HSS (Human Services Survey) es la versión inicial del MBI, y se alude a él como MBI-HSS o MBI, indistintamente. Los autores establecen la siguiente diferenciación de versiones comercializadas del MBI: a) el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) dirigido a los profesionales asistenciales y servicios humanos, b) el MBI-Educators Survey (MBI-ES) para profesionales de la educación, y c) el MBI-General Survey (MBI-GS) aplicable a todo tipo de profesiones en general.

En este estudio se utilizó la versión para personas que se desempeñan en actividades asistenciales Maslach Burnout Inventory: Human Services Survey [MBI-HSS].

Los datos fueron recogidos mediante la adaptación al castellano del MBI-HSS (Gil-Monte & Peiró, 1997).

El MBI-HSS, 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.

Ejemplo del MBI-HSS:

	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:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 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. 6. Trabajar con pacientes todo el día es una tensión para mí. 8. Me siento “quemado” por el trabajo. 13. Me siento frustrado por mi trabajo. 14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. 16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce mucho estrés. 20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades. |
|---|

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 esté 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. Realización 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 trabajo.

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 Personal más afectado está el sujeto.

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

Si bien no hay puntos 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.

4.4.2.1 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.

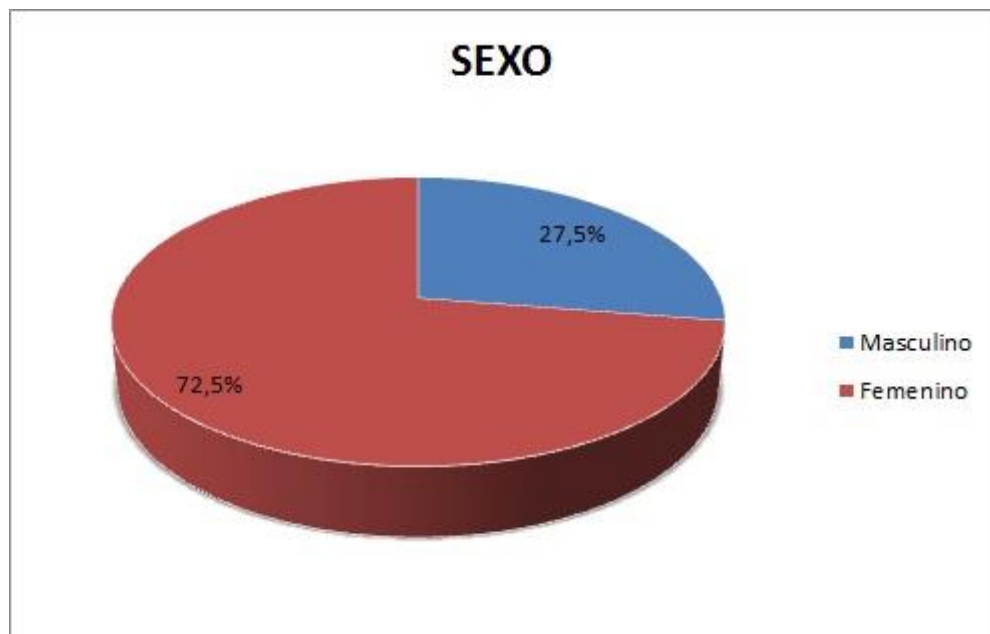
De todas formas hay que tener en cuenta, que a pesar de que el MBI ha demostrado ser un instrumento válido y fiable (Mansilla Izquierdo, 2012) y con una gran aceptación internacional presenta algunas debilidades psicométricas que obligan a utilizarlo con precaución, y siempre acompañado de datos de filiación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

CAPÍTULO 5: Resultados

Para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences) versión 19 para Windows.

5. 1. Caracterización de la muestra

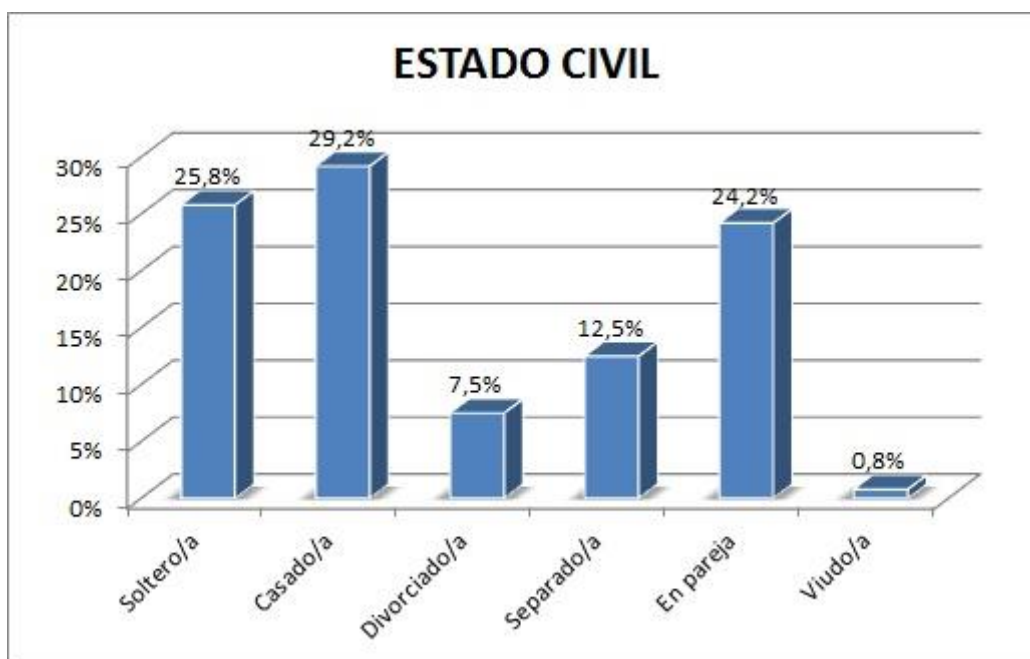
Figura 1. Sexo



En cuanto al Sexo, el 72,5% ($n=87$) es femenino y el 27,5 % ($n=33$) es masculino.

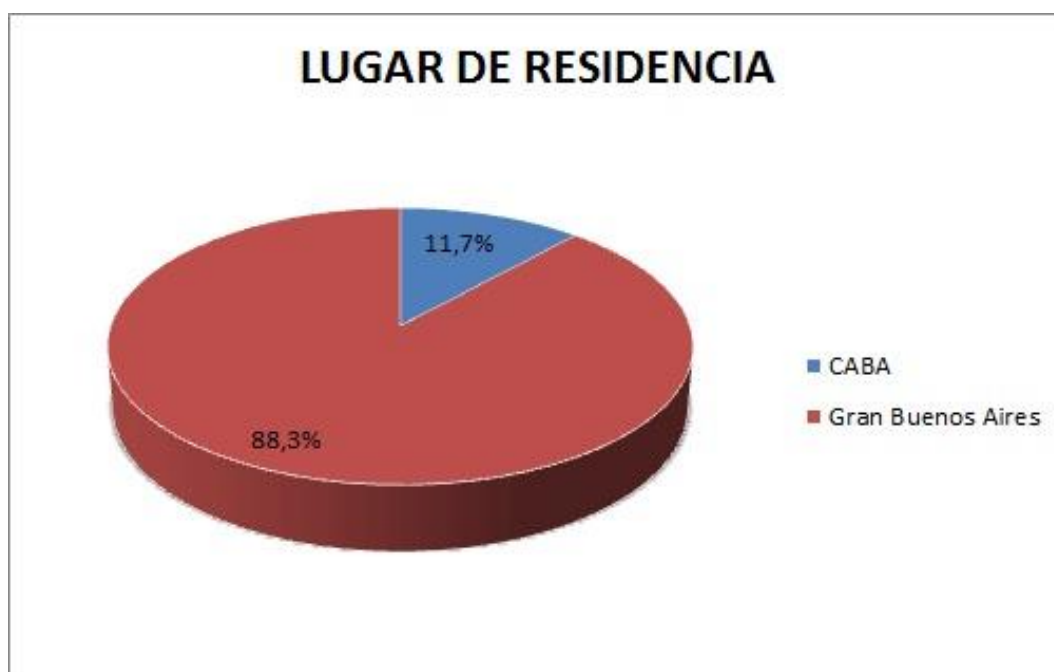
La Edad media del total de la muestra ($n=120$) es de 39,24 (máxima= 62 y mínima = 23).

Figura 2. Estado Civil



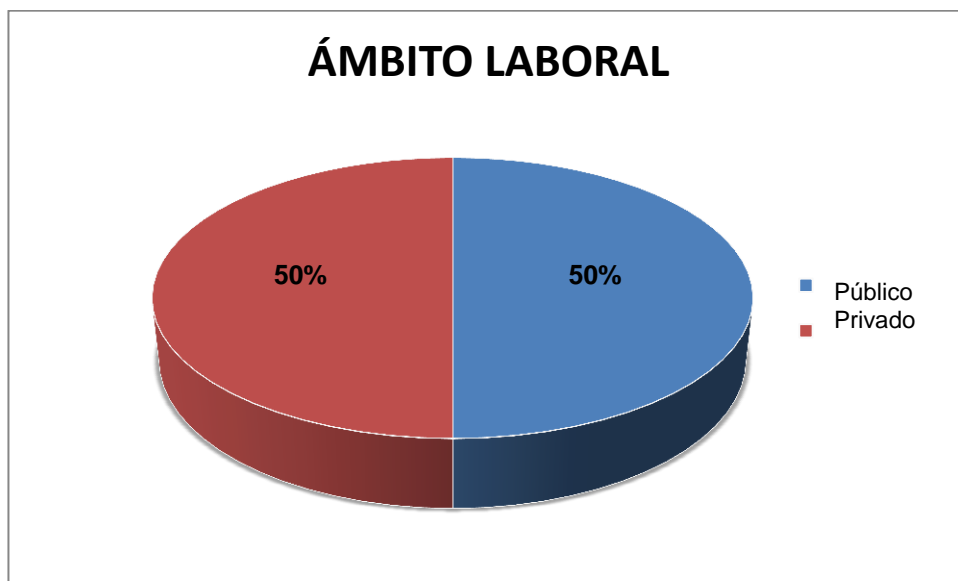
En cuanto al estado civil, el 25,8% es soltero, el 29,2% casado, el 7,5% divorciado, el 12,5% separado, el 24,2% en pareja y el 0,8% viudo.

Figura 3. Lugar de Residencia



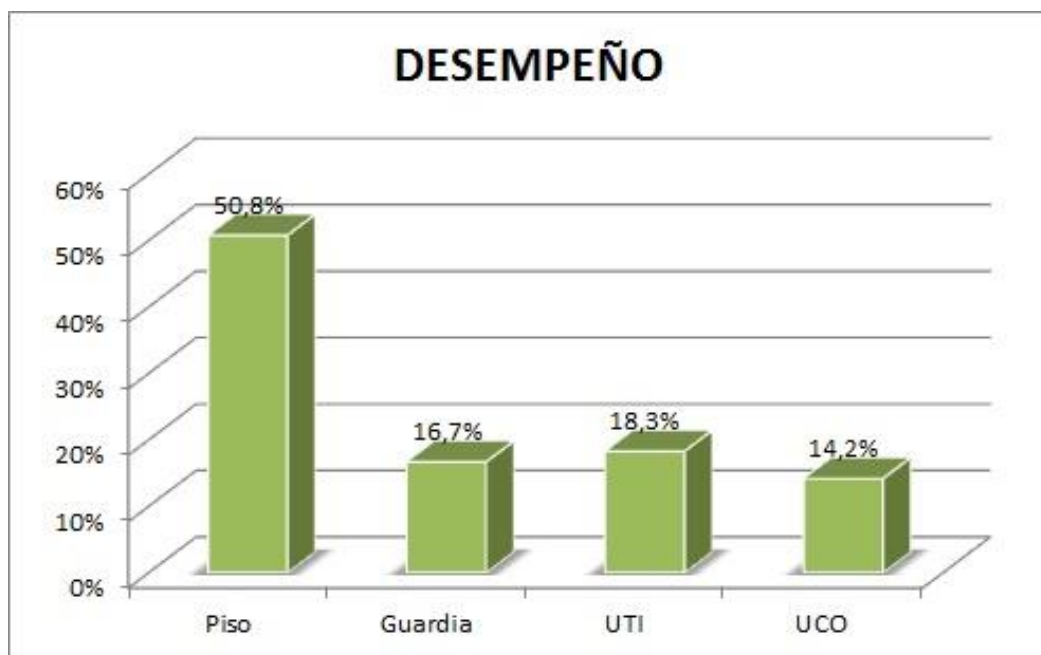
Respecto al lugar de residencia, el 88,3 % viven en el Gran Buenos Aires, mientras el 11.7 % viven la CABA.

Figura 4. Ámbito Laboral



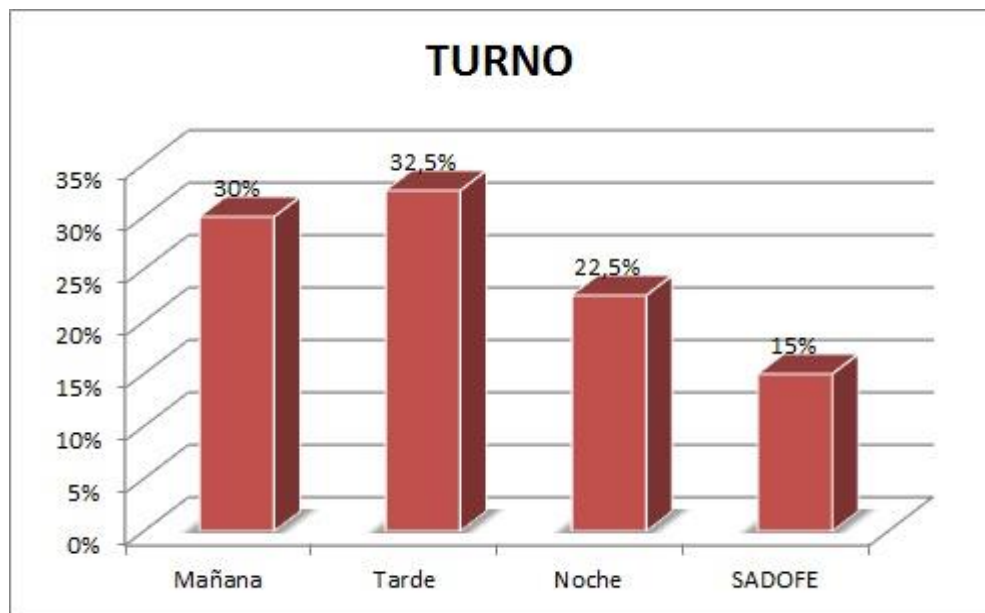
La muestra estuvo conformada por un total de 120 enfermeros, de los cuales el 50% (n=60) pertenecen al Hospital Público y el otro 50 % (n=60) a la Clínica Privada, ambos de Zona Norte del Gran Buenos Aires.

Figura 5. Desempeño



En referencia al desempeño, el 50,8% lo hace en piso, el 16,7% en guardia, el 18,3% en UTI y el 14,2% en UCO.

Figura 6. Turno



En cuanto al turno, el 30% trabaja a la mañana, el 32,5% a la tarde, el 22,5% a la noche y el 15% los SADOFE.

Tabla I. Cantidad de horas semanales del encuestado

N	Válidos	120
	Perdidos	0
Media		33,55
Desv. típ.		7,630

La media de horas de trabajo del encuestado se encuentra en 33,55 horas semanales con un Desvío Típico de 7,6.

Figura 7. Situación Laboral



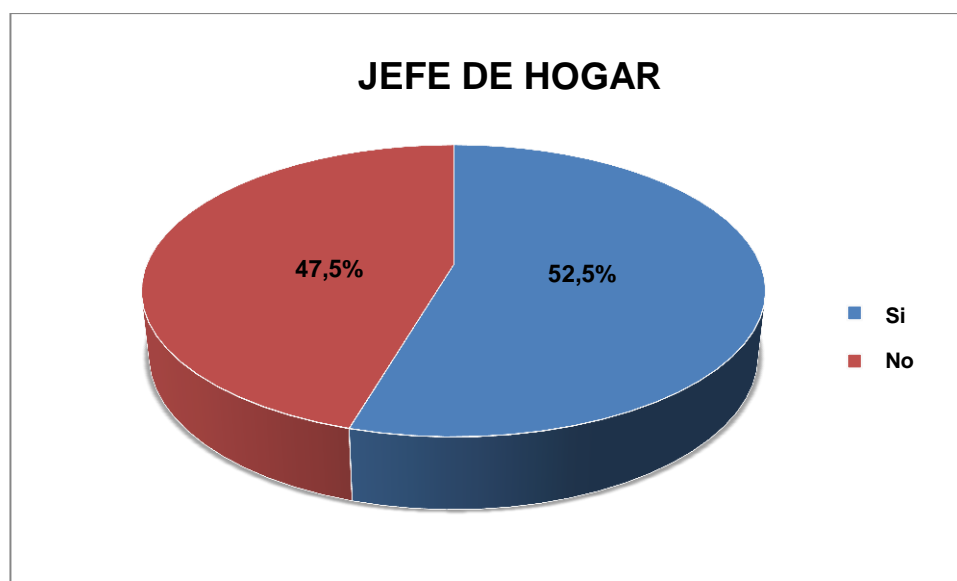
En cuanto a la Situación Laboral, se presenta que el 93.3 % es de la Planta permanente, mientras que el 6.7% es contratado.

Figura 8. Nivel de Formación



En cuanto al Nivel de Formación, podemos observar que el 34,2 % es Licenciado en Enfermería, mientras que el 65,8 % es Enfermero.

Figura 9. Jefe de Hogar



En relación a si es Jefe de Hogar, se obtuvo que el 47, 50 no es jefe de hogar, mientras que el 52,50% si lo es.

5.2. Descripción de las variables

5.2.1. Inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS].

Tabla II. Resúmenes estadísticos de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS].

	N	M	DT	Mín.	Máy.
Agotamiento emocional	120	19.41	8.633	0	45
Despersonalización	120	7.73	5.827	0	25
Realización Personal	120	36.43	7.112	14	48

Tabla III. Niveles de Burnout según los puntos de corte.

	Niveles bajos	Niveles intermedios	Niveles elevados
Agotamiento emocional	41.7%	37.5%	20.8%
Despersonalización	39.2%	30%	30.8%
Realización personal	21.4%	34%	44.7%

Los resultados muestran que la mayoría de los sujetos de la muestra poseen bajos niveles de Agotamiento emocional y Despersonalización, y elevados niveles de Reducido logro personal.

5. 3. Análisis de normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para las variables mencionadas con anterioridad. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, los resultados son los siguientes:

Tabla IV. Normalidad de las variables a estudiar.

	p.
Agotamiento emocional	.102
Despersonalización	.000
Realización personal	.006

Se puede observar que Despersonalización y Realización personal no poseen distribución normal, mientras que Agotamiento emocional si tiene distribución normal.

5. 4. Análisis de correlaciones entre las variables

No se encontró correlación significativa entre las dimensiones del MBI-HSS y las variables Edad, Número de personas a cargo, Cantidad de hijos, Cantidad de horas semanales, Antigüedad profesional, Antigüedad en la institución y Nivel de formación.

Tabla V. Correlación entre la edad y las dimensiones del MBI-HSS.

	Edad	p
Agotamiento emocional	-.021	.821
Despersonalización	-.008	.934
Realización personal	.013	.887

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Tabla VI. Correlación entre el Número de personas a cargo y las dimensiones del MBI-HSS.

	Número de personas a cargo	p
Agotamiento emocional	-.057	.739
Despersonalización	-.128	.450
Realización personal	.118	.488

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Tabla VII. Correlación entre la Cantidad de hijos y las dimensiones del MBI-HSS.

	Cantidad de hijos	p
Agotamiento emocional	-.083	.471
Despersonalización	-.143	.212
Realización personal	.079	.494

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Tabla VIII. Correlación entre la Cantidad de horas semanales y las dimensiones del MBI-HSS.

	Cantidad de horas	
	semanales	p
Agotamiento emocional	.779	.779
Despersonalización	.835	.835
Realización personal	.601	.601

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Tabla IX. Correlación entre la Antigüedad profesional y las dimensiones del MBI-HSS.

	Antigüedad	
	profesional	p
Agotamiento emocional	-.045	.628
Despersonalización	.068	.461
Realización personal	-.053	.563

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Tabla X. Correlación entre la Antigüedad en la institución y las dimensiones del MBI-HSS.

	Antigüedad en la	
	institución	p
Agotamiento emocional	-.071	.443
Despersonalización	-.006	.952
Realización personal	.008	.930

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Tabla XI. Correlación entre el Nivel de educación y las dimensiones del MBI-HSS.

	Nivel de educación	
		p
Agotamiento emocional	-.058	.530
Despersonalización	.076	.408
Realización personal	.013	.891

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Como se puede observar, ninguna de las variables sociodemográficas analizadas mostró correlaciones significativas con alguna de las dimensiones del MBI-HSS.

5. 5. Análisis de las diferencias entre grupos

No se encontraron diferencias significativas en las variables sexo, estado civil, lugar de residencia, si es jefe de hogar, si existen hijos, ámbito laboral, desempeño, turno y situación laboral para las dimensiones del Burnout.

Tabla XII. Diferencias grupales según el sexo (I).

	Sexo	p
Agotamiento emocional	Masculino (M=19,61)	.877
	Femenino (M=19,33)	

Nota: Prueba utilizada: T de Student

Tabla XIII. Diferencias grupales según el sexo (II).

	Sexo	p
Despersonalización	Masculino (R=57,82)	.602
	Femenino (R=61,52)	
Realización personal	Masculino (R=62,94)	.636
	Femenino (R=59,57)	

Nota: Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

Tabla XIV. Diferencias grupales según el Estado civil (I).

	F	p
Agotamiento emocional	.427	.829

Nota: Prueba ANOVA

Tabla XV. Diferencias grupales según el Estado civil (II).

	Chi-cuadrado	gl	p
Despersonalización	6.428	5	.263
Realización personal	10.389	5	.065

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla XVI. Diferencias grupales según el lugar de residencia (I).

	Lugar de residencia	p
Agotamiento emocional	CABA (M=20,50)	.559
	Gran Buenos Aires (M=19,26)	

Nota: Prueba utilizada: T de Student

Tabla XVII. Diferencias grupales según el lugar de residencia (II).

	Lugar de residencia	p
Despersonalización	CABA (R=54,64)	.502
	Gran Buenos Aires (M=61,27)	
Realización personal	CABA (M=60,79)	.974
	Gran Buenos Aires (M=60,46)	

Nota: Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

Tabla XVIII. Diferencias grupales según si es jefe de hogar (I).

	Jefe de hogar	p
Agotamiento emocional	Sí (M=19,91)	.543
	No (M=18,95)	

Nota: Prueba utilizada: T de Student

Tabla XIX. Diferencias grupales según si es jefe de hogar (II).

	Jefe de hogar	p
Despersonalización	Sí (R=59,25)	.707
	No (R=61,63)	
Realización personal	Sí (R=64,16)	.273
	No (R=57,19)	

Nota: Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

Tabla XX. Diferencias grupales según si existen hijos (I).

	Existencia de hijos	p
Agotamiento emocional	Sí (M=19,72)	.702
	No (M=19,07)	

Nota: Prueba utilizada: T de Student

Tabla XXI. Diferencias grupales según si existen hijos (II).

	Existencia de hijos	p
Despersonalización	Sí (R=60,35)	.716
	No (R=57,96)	
Realización personal	Sí (R=59,52)	.993
	No (R=59,46)	

Nota: Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

Tabla XXII. Diferencias grupales según el Ámbito laboral (I).

	F	p
Agotamiento emocional	.548	.579

Nota: Prueba ANOVA

Tabla XXIII. Diferencias grupales según el Ámbito laboral (II).

	Chi-cuadrado	gl	p
Despersonalización	1.591	2	.451
Realización personal	1.442	2	.486

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla XXIV. Diferencias grupales según el Desempeño (I).

	F	p
Agotamiento emocional	1.270	.288

Nota: Prueba ANOVA

Tabla XXV. Diferencias grupales según el Desempeño (II).

	Chi-cuadrado	gl	p
Despersonalización	.500	3	.919
Realización personal	2.676	3	.444

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla XXVI. Diferencias grupales según el Turno (I).

	F	p
Agotamiento emocional	0.538	.657

Nota: Prueba ANOVA

Tabla XXVII. Diferencias grupales según el Turno (II).

	Chi-cuadrado	gl	p
Despersonalización	4.285	3	.232
Realización personal	.232	3	.342

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla XXVIII. Diferencias grupales según la Situación laboral (I).

	Situación laboral	p
Agotamiento emocional	Contratado (M=22,13)	.460
	Planta permanente (M=19,21)	

Nota: Prueba utilizada: T de Student

Tabla XXIX. Diferencias grupales según la Situación laboral (II).

	Situación laboral	p
Despersonalización	Contratado (R=72,75)	.302
	Planta permanente (R=59,63)	
Realización personal	Contratado (R=55,44)	.670
	Planta permanente (R=60,86)	

Nota: Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

Como se puede observar, no se encontraron diferencias grupales en ninguna de las variables sociodemográficas para las dimensiones del MBI-HSS.

CAPÍTULO 6: Conclusiones finales y discusión

El objetivo principal de este estudio fue determinar la Prevalencia del Síndrome de Burnout en Enfermeros/as de Zona Norte del Gran Buenos Aires.

A partir de los resultados obtenidos en el análisis estadístico, se observó que no se evidencia la prevalencia del Síndrome de Burnout en la muestra de enfermeros de Zona Norte del Gran Buenos Aires ya que presentaron elevados niveles de Realización Personal y bajos niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización [Tabla II y III]. Estos resultados ponen de manifiesto que el total de la población estudiada es potencialmente sana.

Frente a estos resultados, sorprende encontrar que este grupo estudiado no esté afectado por el Síndrome de Burnout debido a que, por lo general, el personal de enfermería queda expuesto a diversos y constantes factores estresantes, sean de carácter personal, social u organizacional.

Por consiguiente, en este trabajo se esperaba una alta incidencia del mismo, puesto que en la actualidad, en una investigación realizada por Wolfberg (citado en Sousa Dias, 2012), se arribó al resultado de que el Burnout o el Síndrome del Quemado afecta a 1 de cada 3 profesionales que trabajan con personas.

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

Respecto a los resultados obtenidos en este estudio coinciden con la investigación de Andrade Salazar et al. (2013) quienes estudiaron el Síndrome de Burnout en enfermeros de una Clínica por medio MBI en donde no se evidenció la prevalencia del Síndrome.

En relación con los resultados del estudio que llevaron a cabo los autores recién mencionados (Andrade Salazar et al., 2013) también concuerdan con los resultados encontrados en este estudio, por ende se puede decir que el personal de enfermería tuvo niveles bajos de Agotamiento

Emocional porque sienten que tienen recursos emocionales positivos para realizar su trabajo con los enfermos y su entorno/familia sin alcanzar estados de cansancio crónico, sensación de estar emocionalmente vacío o de trabajar bajo una gran tensión.

En cuanto a los niveles bajos obtenidos para la Despersonalización en los participantes de este estudio, se puede inferir que no son deshumanizados, no ejecutan el destrato ni la hostilidad hacia el otro. De este modo, los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y paciente/ familia se afrontan y solucionan.

Finalmente, el puntaje elevado en los resultados de la variable Realización Personal de la muestra de este estudio, podría pensarse como un indicador de que el personal no se siente frustrado ante las labores que desempeña, lo que aumenta el sentido de productividad y utilidad de sus funciones; siendo el trabajo el que proporciona beneficios y cumple con sus expectativas, pues no sienten que trabajan aisladamente. Sumado a ello, se puede inferir que su autoestima es alta.

De igual forma, los resultados obtenidos en esta investigación coinciden por un lado, con los resultados encontrados por Basset Machado et al. (2011) quienes estudiaron el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de Instituciones de Psiquiatría mediante el MBI, presentando niveles bajos en Agotamiento Emocional y Despersonalización y un alto nivel en Realización Personal, por lo tanto tampoco evidenciaron el Síndrome en mencionada población. Sin embargo, difieren de aquél estudio, porque si bien los autores no encontraron Síndrome de Burnout y el 85% de la muestra se encuentra sana o sin presencia del Síndrome, en su población existe el 15% restante que se encuentra potencialmente en riesgo.

Teniendo en cuenta, que no hay presencia de Síndrome de Burnout en la población estudiada, se considera pertinente revisar otros componentes que enmarcan a las dos instituciones evaluadas.

Tanto el Hospital Público como la Clínica Privada evaluada, están encuadrados dentro de la categorización de Hospital General de Agudos, esto

significa que están destinados a la atención de pacientes con enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve para brindarles diagnóstico, tratamiento y prevención y, además, puede recibir pacientes con riesgo de sufrir diversos tipos de patología.

En otras palabras, significa que hay cierto dinamismo en la cotidianeidad del trabajo, que no se vuelve rutinario porque día a día se van presentando nuevos escenarios, nuevas patologías y diferentes pacientes.

Es importante recordar, que el Hospital Público está Municipalizado, eso quiere decir que su atención está focalizada a las personas que viven en ese mismo Partido. Además, ambas instituciones promueven e implementan intervenciones para prevenir la aparición de Estrés o del Síndrome de Burnout, para ello, los departamentos de Enfermería junto con el Área de Psicología y de Recursos Humanos fomentan la comunicación a Nivel Organizacional, sienten el respaldo del Supervisor de Enfermería y generan un buen Clima Laboral por medio de la rotación del personal en las distintas salas, tienen flexibilización en los cambios horarios y turnos, y la clarificación de funciones y roles.

Ahora bien, sobre los resultados obtenidos del Síndrome de Burnout en esta muestra, surgen los siguientes interrogantes ¿Estará determinada por el tipo de categorización hospitalaria y el tipo de demanda? ¿Por el constante cambio del personal en la rotación de los sectores? ¿Por sentir que el Supervisor brinda seguridad y contención a las problemáticas que se presentan a diario?

En fin, quedan varios supuestos para ser tratados en otro momento o en futuras líneas de investigación.

A su vez, este estudio tuvo como objetivo específico examinar la relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas. Los resultados obtenidos fueron que no se encontraron correlaciones significativas entre mencionadas variables (edad, número de personas a cargo, cantidad de hijos, cantidad de horas semanales, antigüedad profesional, antigüedad en la institución y nivel de formación).

Los resultados obtenidos en este estudio difieren con los siguientes autores respecto a la correlación con todas las variables sociodemográficas, pese a ello, se quiere evidenciar esas diferencias, como en lo hacen Zazzetti et al. (2011) que obtuvieron que la mayoría de los afectados fueron jóvenes, con poca antigüedad y cumplían jornadas de trabajo muy extensas.

En la investigación de Moreno, González y Garrosa (2002) encontraron significación en la variable cantidad de hijos respecto del Agotamiento Emocional. En las variables edad, sexo y antigüedad profesional, Añon Fajardo et al. (2012) encontraron 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, a diferencia de este estudio que no correlacionó con ninguna de ellas.

Asimismo, en la investigación de Nuñez Bely et al. (2010) encontraron las siguientes correlaciones, resultando ser propensas al síndrome las 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.

En otro estudio realizado por Arauco Orellana et al. (2004) se evidencia que los factores sociodemográficos identificados que se relacionan con el síndrome de Burnout son: horario de trabajo y servicio donde trabaja.

Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación respecto a la relación con las variables sociodemográficas, conduce a realizar la siguiente pregunta ¿Puede ser que las estrategias implementadas por estas instituciones mediante las distintas intervenciones organizacionales (Programas de socialización anticipada o anticipación hacia lo real, feedback y mejorar el clima de trabajo promoviendo el trabajo en equipo, entre otros.) imprimen en el trabajador recursos asertivos de afrontamiento del estrés laboral?

Por supuesto, esto no ha sido un punto de indagación en esta investigación, pero deja visibilizar posibles respuestas.

Asimismo, se examinó si existían diferencias significativas entre las dimensiones del Burnout y las variables sociodemográficas. Se obtuvo como resultado que no hubo diferencias significativas en las variables sexo, estado

civil, lugar de residencia, si es jefe de hogar, si existen hijos, ámbito laboral, desempeño, turno y situación laboral.

Por lo tanto, se efectuó una revisión de algunas de las variables sociodemográficas asociadas estadísticamente con la presencia del Síndrome de Burnout, en varias investigaciones donde se pudo establecer coincidencias y diferencias respecto este trabajo.

En relación a la variable estado civil, se encontró coincidencia con el estudio realizado por Jenaro-Río et al. (2007) donde el estado civil no presentó diferencias significativas en ninguna de las tres subescalas o dimensiones del Síndrome.

En cuanto a la variable existencia de hijos, el autor López Soriano (citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2004) señala que la existencia de hijos provoca que los individuos presenten mayor resistencia al Síndrome. 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. Pero esta postura difiere con las investigaciones de Moreno González et al. (2002) en donde la variable Agotamiento Emocional se relaciona significativamente con la presencia de hijos, y la de Núñez Bely et al. (2010) que asocia la presencia de hijos con mayor predisposición a padecer Burnout.

En contraposición, en el estudio realizado por Díaz-Muñoz Crespo (2005) se encontró que las variables 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.

En la variable sexo, Román (2003) realizó una investigación donde comprobó su hipótesis, que el género con mayor nivel de afectación es el femenino, a diferencia de lo encontrado en el estudio realizado por Jenaro-Río et al. (2007) donde 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.

La importancia de investigar el Síndrome de Burnout viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, dado el interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados, sobre todo por el ausentismo laboral, rotación de personal, aumento licencias médicas y la disminución de la calidad de trabajo (Maslach, 2001).

Por todo lo establecido, se concluye que es relevante abrir nuevas líneas de investigación del tema en cuestión, para determinar cuáles son los factores que se asocian con el Síndrome de Burnout, entre otros se sugieren:

- Clima laboral.
- Ansiedad / Depresión.
- Comparar Hospitales Especializados con Hospital de Agudos.
- Políticas de Intervención en el Área Organizacional para prevención de enfermedades.
- Seguridad / Inseguridad respecto al trabajo y a la sociedad; y
- crisis económica

Además, sería interesante poder comparar los resultados obtenidos en este estudio realizado en Zona Norte con otras Zonas del Gran Buenos Aires, para ver en qué medida influye o no el área geográfica.

A su vez, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, podría pensarse que en este estudio existe una relación entre la Implementación de Estrategias para la Prevención de enfermedades en la salud y los trabajadores asistenciales, lo que conduciría al bienestar somático, psicológico y social del individuo y por ende de la sociedad.

En consecuencia, se obtiene un enfermero proactivo, que cumple su función de modo eficiente y competente, de manera que mejora la calidad asistencial, y que también, tiene flexibilidad para adaptarse a diferentes situaciones elaborando estrategias para afrontarlos asertivamente.

Se concuerda con Guillén y Santamaría (1999) que la experiencia profesional, el ver el trabajo como vocación realizada y la protección que brinde la institución sobre todo en relación a la estabilidad laboral, permite que los sujetos puedan trabajar largos períodos de su vida con el dolor y sufrimiento humano sin verse afectados severamente o afectar su vida laboral.

Por eso mismo, es necesario que se revelen estos conocimientos en las áreas organizacionales y se instauren las políticas de intervención y prevención de enfermedades tanto en el área de salud mental como en otros sectores.

Recordemos que Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población y que si la Salud gana, ganamos todos.

CAPÍTULO 7: Referencias bibliográficas

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (4) , 505-516.
- Alippie, A. (1991). *Centralización / Descentralización de la administración hospitalaria*. Monografía del VIII Curso sobre Administración de Servicios de Salud, Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Bs. As.
- 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.
- Andrade, J., Sanabria, Y., Morales, M., Rodríguez, J. & Oyuela, J. (2013). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de enfermería de una clínica de la ciudad de Ibagué. En *Psicogente*, 16 (29), 170-183.
- Añon Fajardo, G., Guzmán Baez C., 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.
- Aracama, Z. (1982). *Manual de Auditoría de la Técnica de la Atención Médica*, Ediciones Purinzón, Buenos Aires.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, 1-7.
- Arauco Orellana, A., Vásquez, E. & Garcia, M. (2004). Factores sociodemográficos y síndrome de Burnout en el Profesional de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Tesis para la Licenciatura en Enfermería, Universidad de Perú) Perú.

- Argentina. Decreto 4790/72 Hospitales. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.gba.gob.ar>
- Argentina. Ley 12245. Régimen legal del ejercicio de la enfermería. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.gba.gob.ar>
- Argentina. Ley 24004. Régimen legal del ejercicio de la enfermería. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Leyes%20Nacionales/Ley%2024004.pdf>
- Argentina. Ley 24.754. Medicina Prepaga. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.gba.gob.ar>
- Aubert, N. & De Gaulejac, V. (1993). *El coste de la excelencia. ¿Del caos a la lógica o de la lógica al caos?*. Barcelona: Paidós.
- Balseiro Almario, L., Torres Lagunas, M.D. A. & Ayala Quintero, T. (2006). El Síndrome Burnout en el personal de Enfermería que labora en las áreas críticas y no críticas de un hospital público y de un privado, en México, D.F. *Revista Enfermería Universitaria*, 4.
- Barria, M. J. (2002). Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. *Psiquiatría.com* 6 (4).
- Bertolote J. M. & Fleischmann A. (2001-2002). Desgaste del Personal. *Red Mundial de Salud Ocupacional*, 2, 5-7.
- Boada, J., Vallejo, R. & Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 125-131.

- Caballero, L. & Millán, J. (1999). La aparición del Síndrome de Burnout o de estar quemado. *Bulletti bimestral de comunicación interna*. Secretaría General de Administración y Función Pública, 2.
- Consejo Internacional de Enfermeras (1986). *Informe sobre la reglamentación de enfermería*. Ginebra: CIE.
- Chacón, M. & Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*, 13 (2), 118–25.
- Cherniss, C. (1980). *Agotamiento profesional en organizaciones de servicios humano*. Nueva York: Praeger.
- 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/ORIGIN AL/Original18.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. *Revista Enfermería en cardiología*, 10 (29), 24-29.
- Donahue, P. (1985). *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Durante, S. J. (2007). *El acto de cuidar. Genealogía del ser enfermero* (3° ed.) Buenos Aires: El Uapiti.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.

- 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 V la Cátedra de Medicina*, 147 (1) , 5-11.
- Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (1984). Código de Ética de Enfermería en Argentina. Recuperado de <http://instituciones.sld.cu/feppen/codigo-de-etica/>
- Flores, M. M. (2009). *El hospital: concepto y funcionamiento histórico*. Nación & Salud Recuperado de: <http://www.nacionysalud.com/node/1354>
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica Intercalo Psi*, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. & Moreno Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid: Pirámides.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del *Maslach Burnout Inventory* en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3) ,679-689.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J. M. & Valcarcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 4, (1). Recuperado de: http://www.uv.es/gilmonte/Pedrogil_archivos/Articulos/1998_Portugal.pdf

- Guillén, J. & Santamaría, E. (1999). Evaluación del nivel de Burnout en una muestra de trabajadores del área de tratamiento de un Centro Penitenciario. *Revista Española Sanip Penit*, 1, 68-72. Recuperado en: Psiquiatria.com
- Levy-Leboyer, C. (2002). *Gestión de las competencias. Como analizar. Como evaluarlas. Como desarrollarlas*. Barcelona: Gestión 2000.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Batista, L. P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: Mac Graw-Hill.
- 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>
- Maceira, D. (2009). Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina. *Documento de Trabajo* (23). Buenos Aires: CIPPEC.
- Manassero, M. A., Vázquez, A., Ferrer, M. V., Fornés, J. & Fernández, M. C. (1994) *Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional*. Memoria final de investigación: Madrid.
- Mansilla Izquierdo, F. (2008). Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. *Psicología Online*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>
- Mansilla Izquierdo, F. (2012). *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. *Psicología Online*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>

Maslach, C. (1993). Burnout: Una perspectiva Multidimensional, en W. B.Schaufeli. C Maslach, & T.Marek (Eds.), *Burnout profesional: Desarrollos recientes en la teoría y la investigación* , (pp 19-32). New York: Taylor & Francis.

Maslach, C. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*. Recuperado de <http://www.findarticles.com>.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (1986, 20 ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2014) .*Sistema de Salud Argentino*. Recuperado de <https://sis.ms.gov.ar/sisa/>.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2000). *Políticas de Salud*. Buenos Aires.

Mira Franco, K., Salazar Rendón, V. & Urán Cadavid, K.M. (2005). Aproximaciones teóricas y hallazgos empíricos sobre el síndrome de Burnout. *Estado de arte*. Recuperado de <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.

Moreno Jiménez, B., Bustos, R., Matellana, A. & Miralles, T. (1997). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13 (2), 185-207. Recuperado de http://www.infogerontologia.com/documents/BurnOut/articulos_uam/validacion_cbb.pdf

- Nuñez Beloy, J., Castro Muñoz, S., Lema Ferro, M., Alvaredo López, S., Valcarcel Torre, L., Álvarez 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.
- 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. Recuperado de <http://www.nietoeditores.com.mx/download/Psiquiatria/2011/Psiquiatr%C3%ADa%201.7%20PREVALENCIA.pdf>
- Oehler, J. & Davidson, M. (1992). Job stress and Burnout in acute and non-acute pediatric nurses. *Am J Crit Care*, 81-90.
- O.M.S. (2000). El informe de salud mundial 2000. *Los sistemas de salud: mejorar el rendimiento*. Recuperado de: <http://www.who.int/whr>.
- Organización Mundial de la salud (OMS). El estrés en el trabajo. Recuperado de <http://www.who.int/es/>
- Ortega, C. & Francisca, L. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- 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.
- Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.) *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.

- Poy, M. (2003). Las contribuciones de la psicodinámica del trabajo y de la psicología ergonómica a la comprensión de las relaciones entre trabajo y salud mental. Algunos aportes al estudio del estrés. *Cuaderno de trabajo de Psicología del trabajo, salud y organizaciones del Doctorado en Psicología*. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Repetto, F., Ansolabehere, K., Dufour, G., Lupica, C. & Potenza, F. (2001). *Descentralización de la Salud Pública de los noventa: una Reforma a mitad de camino*. Buenos Aires: Fundación Gobierno y Sociedad.
- Reyes, M. J., Soloaga, G. & Quintana, P. P. (2007). El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del Hospital "Juan Ramón Gómez" de la localidad de Santa Lucía, Corrientes. *Revista de Posgrado de la V la 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.
- Román, J. (2003). *Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)*. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Rev. Cubana Salud Pública, 29 (2). Cuba.
- Rubio, M. J. & Varas, J. (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: CSS.
- Schaufeli, W. B. & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The Handbook of Work and Health Psychology*, 2, 282-424.
- 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 de Burnout” como enfermedad. *Diario Clarín*, p.46.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C. & D'hoore, W. (1999). Predictors of nurse's professional Burnout: a study in a university hospital. *Rech Soins Infirm*, 57-67.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.
- 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. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/912/91219406.pdf>
- 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.

CAPÍTULO 8: Anexo

El siguiente Cuestionario es totalmente Anónimo, por lo que se garantiza la plena confidencialidad de los datos obtenidos, los cuales serán utilizados para una Investigación de Tesis de Grado, sobre la *“Prevalencia del Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de Zona Norte del Gran Buenos Aires”* para ser presentado ante la Universidad Abierta Interamericana.

Gracias por su colaboración.

- **Completar, marcando con una cruz donde corresponda:**

1) **Edad:** _____

2) **Sexo:** Masculino Femenino

3) **Estado civil:**

Soltero/a Casado/a Divorciado/a

Separado/a En pareja Viudo/a

4) **Lugar de Residencia:** CABA Gran Buenos Aires

5) **¿Es jefe/a de hogar?:** Si No

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

6) **Existencia de hijos:** Si No

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

7) **Ámbito laboral:** Público Privado

8) **Desempeño:** Piso Guardia UTI UCO

9) Turno:

- Mañana Tarde
- Noche SADOFE Franquero

10) Cantidad de horas semanales: _____

11) Situación laboral: Contratado Planta Permanente

12) Antigüedad Profesional: _____ (días / meses / años)

13) Antigüedad en esta institución: _____ (días / meses / años)

14) Nivel de formación:

- Enfermero Licenciado en Enfermería

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de cómo Ud. piensa, siente o se comporta respecto a su trabajo. No hay respuestas mejores o peores. Dé la respuesta que más se ajuste a sus verdaderos sentimientos.

Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones. Marque con una cruz en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación. No deje frases sin responder.

Por favor, sea sincero. Gracias.

	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
8. Me siento quemado por mi trabajo.							
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.							

10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							
15. Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes.							
16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés.							
17. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.							
18. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20. Me siento acabado.							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.							

¡Muchas gracias por su colaboración!