Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado

CENDEISSS-CCSS

Unidad de Posgrado en Psiquiatría

Hospital Nacional Psiquiátrico

"Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Setiembre 2012"

Tesis final de graduación

Dra. Patricia Arias Garro

Dra. Melina Castro Leitón

San José, Costa Rica

Enero, 2013

Tribunal Examinador

Caja Costarricense de Seguro Social
Hospital Nacional Psiquiátrico

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Postgrado (SEP)

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas
Posgrado en Psiquiatría

APROBACIÓN

TRABAJO DE GRADUACIÓN

La dirección del Comité de Posgrado en Psiquiatría, y este tribunal, hacen constar que el Trabajo Final de Graduación: **"PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES ASOCIADOS EN ENFERMEROS PROFESIONALES DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DURANTE EL MES DE SETIEMBRE 2012"**, elaborado por la Dra. Patricia Arias Garro y la Dra. Melina Castro Leitón, fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma por lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psiquiatría.

Dr. Rodolfo Salazar Fonseca
Presidente del Tribunal
Coordinador Nacional
Comité Director del Posgrado en Psiquiatría
Médico Especialista en Psiquiatría

Dra. Myleen Madrigal Solano
Tutor de Tesis
Médico Especialista en Psiquiatría
Máster en Bioética

Dra. Ivannia Salas Bogantes
Lector de Tesis
Médico Especialista en Psiquiatría

Agradecimiento:

A la Doctora Myleen Madrigal Solano por toda su colaboración durante la realización de este proyecto.

A la Licda. Mayra Cartín, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, quien nos acompañó durante toda la etapa de diseño y de análisis estadístico.

Carta de Aprobación

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
Tel: 25233600 - Fax: 22481287

FORMULARIO COM-II
CARTA APROBACION DE INVESTIGACION

05 de Setiembre 2012
DG-797-1187-2012

Doctoras
Melina Castro Leitón
Patricia Arias Castro
Investigadoras principales

Estimadas doctoras Castro y Arias:

Asunto: Aprobación del Protocolo de Investigación: "Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros profesionales del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012"

De conformidad con lo establecido por la "***Normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la* CCSS"** el Comité Local de Bioética en Investigación del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" ha revisado su propuesta de investigación y considera que esta cumple con los requisitos éticos y académicos, por tanto, no posee impedimento alguno para iniciarse, por lo cual esta Dirección General procede a aprobar su desarrollo.

Número de protocolo asignado: CLOBI-HNN-021-2012
Número de sesión en que se aprobó este estudio: 011-2012
Fecha de sesión en que se aprobó este estudio: 28-08-2012
Nombre de las investigadoras principales: Dras. Melina Castro Leitón, Patricia Arias Castro
Nombre de los otros subinvestigadores: Dra. Myleen Madrigal Solano
Nombre de la tutora: Dra. Myleen Madrigal Solano
Nombre del centro(s) y el(los) servicio(s) donde se realizará la investigación:Hospital Nacional de Niños, Servico de Psiquiatría
Esta recomendación es válida hasta:09/2013
Nombre de los miembros del CLOBI que participaron en el análisis de este estudio: Dra. María Luisa Avila Agüero, Dr.Walter Cartìn Sánchez, Dr. José Pablo Mora Fallas, Licda. Katherine Barquero Castro, Dra. Lydiana Avila de Benedictis

Se le recuerda la obligatoriedad de enviar un informe trimestral mientras se desarrolle la investigación, en el ***Formulario INF-I Presentación de Informes***. Este informe debe ser presentado al CLOBI el primer viernes de los meses enero, abril, julio y octubre, independientemente de la fecha de inicio del estudio y constituye un factor condicionante para la continuación del mismo. Asimismo, al concluir la investigación debe adjuntar un informe final en el ***Formulario RES-II Presentación de Resultados (Observacional).*** Estos formularios están disponibles en www.cendeisss.sa.cr, vinculo Bioética.

Igualmente se le advierte sobre la discreción y ética en el manejo de la información obtenida en el estudio y el deber de cumplir las condiciones que versaron para su aprobación.

Atentamente,

Dr. Rodolfo Hernández Gómez
Director General

c.c. Dra. Myleen Madrigal Solano, Tutora
Dra. María Luisa Avila Aguero, Coordinadora CLOBI Hospital Nacional de Niños
Subárea de Bioética en Investigación, CENDEISSS
Archivo

FORMULARIO COM-II
Revisado 10/01/2011

Índice General

Tribunal Examinador i
Agradecimiento: ii
Carta de Aprobación iii
Indice General iv
Lista de Cuadros, Tablas y Gráficos viii
Título: 1
Introducción 2
Marco Conceptual 4
Justificación y Antecedentes: 4
A nivel internacional: 5
A nivel nacional: 17
A nivel local: 20
Problema: 21
Importancia del estudio: 22
Objetivos: 24
Objetivo general: 24
Objetivos específicos: 24
Marco Teórico 25
Definición: 25
Sinónimos: 29
Epidemiología: 30
Fisiopatología: Procesos de desarrollo del síndrome de Burnout, modelos explicativos: 32
Factores de Riesgo: 43
Características individuales: 44
Características del cliente: 45
Características del trabajo: 46
Factores sociodemográficos: 47
Factores propios del trabajo: 47
Manifestaciones clínicas del síndrome de Burnout: 53

Instrumentos utilizados en el diagnóstico del Burnout: 54
El Maslach Burnout Inventory (MBI). 54
Inventario de Burnout de Copenhague (CBI): 57
Burnout Measure (BM): 57
Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT-PD): 58
Diagnóstico diferencial: 60
Depresión: 60
Distimia: 62
Síndrome fatiga crónica: 63
Mobbing, acoso laboral: 64
Trauma vicario: 65
Ocupaciones en Riesgo: Burnout y personal de Salud 67
Enfermeros (as): 69
Trabajadores Sociales: 71
Profesionales de servicios oncológicos: 72
Personal de salud involucrado con pacientes portadores de VIH: 73
Personal de Servicios de Emergencias: 73
Trabajadores de Salud Mental: 74
Prevención y Tratamiento: 76
Reuniones: 78
Trabajo en equipo: 78
Visitas de supervisores y coordinadores: 79
Aspectos relacionados con el trabajo: 79
Procesos de toma de decisiones: 79
Entrenamiento e información: 80
Programas de asistencia al trabajador: 80
Formación de grupo de intervención: 81
Cambios en el ambiente de trabajo: 82
Percepción de apoyo social: 82
Calidad de relaciones interpersonales en el trabajo: 83

La consejería vocacional temprana: 83
Otras terapias: 83
Resiliencia: 85
Diseño Metodológico: 86
Diseño del Estudio: 86
Búsqueda Bibliográfica: 86
Fuentes de Información: 86
Muestreo: 87
Técnica de recolección de datos e instrumentos utilizados: 87
Criterios de Inclusión: 91
Criterios de Exclusión: 91
Análisis Riesgo- Beneficio: 91
Métodos de Análisis Estadístico: 92
Viabilidad de Estudio: 92
Resultados 94
Caracterización de la población. 94
Subescalas según MBI: 112
Subescala de despersonalización 113
Subescala de Agotamiento Emocional 115
Subescala de Realización Personal. 117
Prevalencia Burnout. 120
Asociación de variables sociodemográficas y laborales con Burnout. 120
Discusión 141
Limitaciones del estudio 158
Conclusiones 161
Recomendaciones 163
Bibliografía 166
Anexos 176
Anexo 1: Cuestionarios de datos sociodemográficos y laborales. 177
Anexo 2: Inventario para Burnout de Maslach 182
Anexo 3: Formulario de Consentimiento Informado 185

Anexo 4: Tabla 1. Tabla de distribución de frecuencias de la población de enfermeros encuestados en el mes de setiembre 2012 del Hospital Nacional de Niños..... 190

Lista de Cuadros, Tablas y Gráficos

Cuadros

Cuadro 1. Prevalencia según diferentes estudios del síndrome de Burnout en personal de salud…….. 31

Cuadro 2. Factores de riesgo para el desarrollo de Burnout según distintos autores…… 52

Cuadro 3. Efectos descritos del Síndrome de Burnout…… 53

Cuadro 4. Estrategias de prevención del Burnout……. 77

Cuadro 5. Síndrome de Burnout: Sugerencias de tratamiento…… 85

Tablas

Tabla 1. Tabla de distribución de frecuencias de la población de enfermeros encuestados en el mes de setiembre 2012 del Hospital Nacional de Niños……. 190

Tabla1.1. Distribución de la población por rangos de edad…….. 190

Tabla 1.2. Distribución de la población por género……. 190

Tabla 1.3. Distribución de la población por provincia donde vive…….. 190

Tabla 1.4. Distribución de la población por estado civil…….. 190

Tabla 1.5. Distribución de la población según con quién conviven……. 191

Tabla 1.6. Distribución de la población según si tienen hijos…….. 191

Tabla 1.7. Distribución de la población según religión profesada…….. 191

Tabla 1.8. Distribución de la población según servicio donde trabaja…… 191

Tabla 1.9. Distribución de la población según años en el mismo servicio…….. 192

Tabla 1.10. Distribución de la población según tipo de jornada…….. 192

Tabla 1.11. Distribución de la población según número de jornadas extraordinarias al mes…… 192

Tabla 1.12. Distribución de la población según años totales de trabajo en el Hospital Nacional de Niños…….. 192

Tabla 1.13. Conocimiento de Actividad Preventiva……. 192

Tabla 1.14. Personas que perciben tener conflictos interpersonales a nivel laboral… 193

Tabla 1.15. Consumo de tabaco entre los enfermeros del Hospital Nacional de Niños en el mes de setiembre 2012…….. 193

Tabla 1.16. Consumo de alcohol entre los enfermeros del Hospital Nacional de Niños en el mes de setiembre 2012…….. 193

Tabla 1.17. Les han expresado preocupación por el hábito de tomar alcohol…… 193

Tabla 1.18. Padecimientos crónicos entre los enfermeros del Hospital Nacional de Niños en el mes de setiembre 2012…….. 193

Tabla 2. Distribución de Inventario para Burnout de Maslach invalidados y las razones…….. 112

Tabla 3. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la escala de despersonalización y su distribución según percentilo; en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012……. 113

Tabla 4. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de despersonalización, dividido en alto, medio y bajo; en el personal de

enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012……. 114

Tabla 5. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de desgaste emocional, dividido en alto, medio y bajo, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012……. 115

Tabla 6. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la escala de agotamiento emocional y su distribución según percentilo, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012…… 116

Tabla 7. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de realización personal, dividido en alto, medio y bajo, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012…….. 117

Tabla 8. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la escala de realización personal y su distribución según percentilo, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012…….. 118

Tabla 9. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y variables sociodemográficas, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012…….. 122

Tabla 9.1. Edad según grupos de riesgo…….. 122

Tabla 9.2. Género según a grupos de riesgo…… 122

Tabla 9.3. Provincia según grupos de riesgo…… 122

Tabla 9.4.Estado civil según grupos de riesgo……. 123

Tabla 9.5. Situación de convivencia según grupos de riesgo……... 123

Tabla 9.6. Número de hijos según grupos de riesgo……. 123

Tabla 9.7. Religión profesada según grupos de riesgo……. 124

Tabla 9.8. Consumo de tabaco según grupos de riesgo…… 124

Tabla 9.9. Consumo de alcohol según grupos de riesgo…….. 124

Tabla 9.10. Preocupación por consumo de alcohol según grupos de riesgo…….. 125

Tabla 9.11. Enfermedad crónica según grupos de riesgo……. 125

Tabla 10. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y variables laborales, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012……. 126

Tabla 10.1. Años de trabajo en el mismo servicio según grupos de riesgo……. 126

Tabla 10.2. Tipo de jornada según grupos de riesgo…… 127

Tabla 10.3. Número de jornadas extraordinarias según grupos de riesgo…… 127

Tabla 10.4. Años de laborar en el Hospital Nacional de Niños según grupos de riesgo…… 127

Tabla 10.5. Conocimiento de actividad preventiva según grupos de riesgo…… 128

Tabla 10.6. Percepción de conflictos interpersonales según grupos de riesgo…… 128

Tabla 11. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y promedios de edad del personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012……. 130

Tabla 12. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y rangos de edad del personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica,

durante el mes de setiembre 2012……. 131

Tabla 13. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y género del personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012……. 131

Tabla 14. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y provincia de habitación, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012…….. 132

Tabla 15. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y estado civil obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012…… 132

Tabla 16. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y personas con quien vive el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012……... 133

Tabla 17. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y la presencia de hijos obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012…… 133

Tabla 18. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y la religión obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012……... 134

Tabla 19. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y los años de trabajo en el mismo servicio obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012……. 135

Tabla 20. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y el tipo de

jornada, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012……... 135

Tabla 21. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y el número de jornadas extraordinarias obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012……. 136

Tabla 22. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y años de trabajo en el Hospital Nacional de Niños, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012…….. 136

Tabla 23. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y percepción de conflictos interpersonales a nivel laboral, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012……. 137

Tabla 24. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y el consumo de tabaco, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012…….. 138

Tabla 25. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y el consumo de alcohol, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012……. 138

Tabla 26. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y el ser portador de enfermedad crónica, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012…….. 139

Tabla 27. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y el

servicio donde labora actualmente, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012…… 139

Tabla 28. Porcentaje de personas que en diferentes estudios latinoamericanos obtuvieron puntajes altos en despersonalización y agotamiento emocional, y puntajes bajos en realización personal…….. 149

Gráficos

Gráfico 1. Distribución por edad del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012…….. 95

Gráfico 2. Distribución por género del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)……... 95

Gráfico 3 Distribución porcentual por provincia de residencia edad del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012……. 96

Gráfico 4. Distribución por estado civil del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…….. 97

Gráfico 5. Distribución según las personas con quien convive el personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)……. 98

Gráfico 6. Distribución de la población según si tienen hijos del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)……. 99

Gráfico 7. Distribución por religión del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…….. 100

Gráfico 8. Distribución por servicio de trabajo del personal de enfermería Hospital

Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…….. 101

Gráfico 9. Distribución por años de trabajo en el mismo servicio del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)……. 102

Gráfico 10. Distribución por años de trabajo en el hospital del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…… 103

Gráfico 11. Distribución por tipo de jornada laboral del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…… 104

Gráfico 12. Distribución por número de jornadas extraordinarias del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)……. 105

Gráfico 13. Distribución por si tiene conocimiento de actividades preventivas del síndrome de Burnout del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…… 106

Gráfico 14. Distribución según percepción de conflictos interpersonales a nivel laboral del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…….…... 107

Gráfico 15. Distribución según consumo de tabaco en el personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…… 108

Gráfico 16. Distribución según consumo de alcohol en el personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…… 109

Gráfico 17. Porcentaje de las personas que consumen alcohol a quienes les han expresado preocupación por el hábito de tomar (%)……... 110

Gráfico 18. Distribución según reporte de padecimientos crónicos del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)…….. 111

Gráfico 19. Distribución porcentual de los puntajes obtenidos por la población de estudio en la subescala de despersonalización del Inventario para Burnout de Maslach, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012 (%)…….. 114

Gráfico 20. Distribución porcentual de los puntajes obtenidos por la población de estudio en la subescala de desgaste emocional del Inventario para Burnout de Maslach, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012 (%)……... 115

Gráfico 21. Distribución porcentual de los puntajes obtenidos por la población de estudio en la subescala de realización personal del Inventario para Burnout de Maslach, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012 (%)……... 119

Título: "Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Setiembre 2012"

Introducción

Epidemiológicamente se ha demostrado que tanto los factores sociales como los ambientales pueden contribuir a la incidencia de muchas enfermedades humanas. El estrés forma parte de la cotidianidad actual, al punto que ha sido considerado como el malestar de nuestra civilización y numerosas investigaciones clínicas se han centrado en las manifestaciones clínicas del mismo, encontrando una fuerte relación con la patología psicosomática y que afecta al ser humano en cuanto a la calidad de vida, funcionamiento social, académico, familiar y laboral. (Quinceno y Vinaacia, 2007), (Albaladejo, y otros, 2004).

Actualmente, numerosas teorías desde un amplio rango de perspectivas, señalan un vínculo directo entre el estrés organizacional y del lugar de trabajo con el bienestar de sus empleados (Cooper, 1999), (Schaufeli, et al, 2009); cuando los niveles de estrés son tan altos que hace que fallen los mecanismos de enfrentamiento de una persona o que haya un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, se presenta el estrés laboral crónico (Quinceno y Vinaacia, 2007). Además se señala que las tendencias actuales en las condiciones de contratación pueden menoscabar en los niveles de satisfacción laboral y dañar directamente la salud física y mental de los empleados (Kenny et al, 2000).

El síndrome de Burnout se define como la respuesta a los estresores laborales crónicos emocionales e interpersonales, que se produce por haber permanecido durante periodos constantes de extensa duración y de alta implicación con personas, en situaciones de alta demanda social y compuesto por tres dimensiones: agotamiento emocional,

despersonalización y baja realización personal. Para determinar la presencia del síndrome en un individuo se han desarrollado varias escalas de evaluación; de ellas, la más utilizada a nivel mundial es la que se conoce con el nombre de Inventario para Burnout de Maslach, reconocida por sus siglas “IBM” o “BMI” en inglés (Maslach et al 1996).

La necesidad de estudiar el síndrome de Burnout viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral dado que afectan la calidad de vida laboral de sus empleados, su autopercepción y ésta tiene repercusiones importantes sobre la organización (v.g., absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Asimismo, dado que la mayor incidencia del Síndrome de Burnout se da en profesionales de servicios que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral tiene repercusiones sobre la sociedad en general. (Gil & Peiró, 1999).

Ya desde los inicios de estas descripciones se asocia que los profesionales de las organizaciones que trabajan en contacto con las personas, son los más proclives a desarrollarlo (Calíbrese, 2006); se dice que la morbilidad psiquiátrica es uno de los mayores riesgos ocupacionales para los profesionales de la salud. La incidencia de suicidio, abuso del alcohol y drogas y divorcio son más altas que las de la población general (Anon, 1994), así como el desarrollo del síndrome de Burnout, una de las formas de estrés laboral crónico; este es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado.

Ha tomado tanta importancia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha catalogado como un riesgo laboral (Gutiérrez et al, 2006).

Marco Conceptual

Justificación y Antecedentes:

El presente es un trabajo de investigación que pretende su aprobación para optar por el postgrado en psiquiatría, de conformidad con los requisitos del Sistema de Estudios de Postgrado, UCR-CENDEISSS-CCSS. Ambas investigadoras finalizamos la residencia en psiquiatría en enero 2012, y lo largo de los tres años hemos observado con gran interés los fenómenos relacionados con el síndrome de Burnout y sus efectos en los trabajadores.

En el Hospital Nacional Psiquiátrico ya se han realizado estudios en residentes de psiquiatría y en el personal de enfermería; en el caso de estos últimos, aún no se han publicado los resultados. Similar al caso anterior, el Hospital Nacional de Niños trabaja con población que implica un alto grado de involucramiento, como lo es la población infantil de Costa Rica; por lo que se podría hipotetizar que los trabajadores de este centro podrían presentar una prevalencia elevada del síndrome de Burnout. En particular ha llamado nuestra atención el personal de enfermería, que finalmente es el que se encuentra al lado del paciente y por lo general permanece por periodos más prolongados en los servicios.

Se han llevado a cabo múltiples estudios de investigación sobre el síndrome de Burnout a nivel mundial, la mayoría ha intentado establecer la prevalencia del mismo; algunos otros autores han recopilado toda la información disponible para plantear distintas teorías explicativas de su aparición. En Costa Rica también se han realizado algunas publicaciones.

Para realizar la presente investigación nos dimos a la tarea de revisar la información disponible en el tema tanto de metanálisis como de estudios descriptivos, la metodología de selección de estos estudios será discutida más adelante en lo referente al diseño metodológico A continuación realizamos un resumen de los antecedentes revisados presentado en orden según su año de publicación:

A nivel 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 autorealización 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.

Otro estudio es el publicado por Stordeur et al (1999); realizado en la Université Catholique de Louvain, Faculté de Médecine en Bélgica, en el cual 625 enfermeras fueron evaluadas mediante el Inventario para Burnout de Maslach (IBM), obteniendo 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).

Ya para el 2000, Bargellini et al, establecieron la relación entre variables de tipo inmunológico y el síndrome de Burnout; para esto evaluaron a 71 médicos de distintas especialidades, los cuales fueron evaluados mediante el Inventario de Burnout de Maslach (IBM), el inventario Escala de Rasgos Ansiosos (STAI-Y2), y un cuestionario de características individuales y profesionales. Además se obtuvo un perfil inmunológico que incluía el conteo total de leucocitos (%) y la citotoxicidad de los linfocitos conocidos como "Natural Killers"; este tipo de linfocito se caracteriza porque no ataca directamente a un microrganismo, sino actúan sobres células diana, generalmente infectadas o pertenecientes a procesos cancerígenos, para su destrucción. Esta destrucción la hacen mediante un ataque a la membrana plasmática y no por fagocitosis, como en el caso de otros linfocitos. Como resultados encontraron que en un grupo de especialistas relativamente joven, un alto grado en la subescala para percepción de logro personal correlacionaba con un aumento en el número de linfocitos T, con lo cual se podría especular que al presentar una autoevaluación positiva, se podría fortalecer el sistema inmune. En contraste no pudo obtenerse evidencia en este estudio de que el trabajo duro, el cansancio y reacciones cínicas hacia los pacientes sean causantes de un estado de inmunosupresión.

Continuando con el personal de salud, Quiroz y Saco, en el 2000 realizaron un estudio en el Hospital Nacional Sur Este del Cusco, con una muestra de 64 médicos y 73 enfermeras. En el estudio se determinó la prevalencia del síndrome del Burnout, utilizando la escala IBM y la asociación de esta con variables sociodemográficas, problemas familiares, motivación para el trabajo, satisfacción laboral y autopercepción del desempeño laboral. Se encontró una prevalencia del síndrome Burnout, en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras. No se encontró Burnout en alto grado. También se encontró asociación estadísticamente significativa con las variables sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y tener otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con la situación laboral, la motivación para el trabajo, la autopercepción laboral, la satisfacción e insatisfacción laboral.

López y Bernal (2002), en su estudio prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria, tomaron a los trabajadores dependientes de la dirección de enfermería del Hospital del Noroeste de Murcia, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras y auxiliares; para esto se les aplicó el IBM y un cuestionario de variables sociodemográficas. Se obtuvo un total de 143 participantes, obteniendo que un 26,5% de los trabajadores presentaban agotamiento emocional, un 30% despersonalización, y un 20% baja realización personal. Las escalas de despersonalización fueron más altas en lo trabajadores más jóvenes y en las de menos años de experiencia.

Thomas (2004) publicó un metanálisis con artículos entre 1983 y el 2004, entre los cuales identificó 15 artículos heterogéneos que se referían a Burnout en médicos residentes. Estos establecían que los médicos residentes presentaban niveles elevados de Burnout y que esto correlacionaba con la presencia de depresión y problemas en la atención de los pacientes. Sin embargo, los datos de la época determinaban que no era posible establecer una relación causal basada en características sociodemográficas.

Imai et al, (2004); realizaron un estudio para determinar la prevalencia de Burnout, en una muestra de 525 enfermeras reclutadas en el sistema público de salud mental, y 525 reclutadas en el sistema público de salud pero en otras áreas de la salud. Se les administró la escala Pines para Burnout, y se dividieron en 3 categorías: A (mentalmente estable, sin Burnout); B (signos positivos, riesgo de Burnout); C (presencia de Burnout, acciones requeridas). Se encontró una prevalencia de 59.2% en el grupo de las enfermeras que laboraban en salud mental, estadísticamente significativa, con respecto al 51.5% encontrado en las enfermeras que trabajan para otros departamentos; además como factores contribuyentes en el ambiente laboral encontraron la sobrecarga en los servicios de emergencias y el pobre control laboral.

En un estudio publicado en el 2004, Albadejo et al; evaluaron una población de 622 profesionales clasificados en dos categorías: enfermeros (as) y auxiliares/técnicos (as). Se les subclasificó según el área donde laboraban en oncohematología, urgencias, unidad de cuidado intensivo y grupo general. Se les administró un cuestionario acerca de variables sociodemográficas, y el IBM. Se encontró una mayor incidencia de Burnout en las mujeres, en los profesionales que trabajaban en turnos de tarde o rotatorios, y mayores

niveles de agotamiento en las personas que trabajaban en oncohematología y en urgencias, además que percibían un bajo grado de reconocimiento de su labor profesional.

Vinaccia y Alvaran, (2004) tomaron una muestra de 60 personas, todas ellas mujeres enfermeras, con edades entre los 20 y 40 años, a las cuales se les administraron los siguientes instrumentos: la versión corta del inventario de Maslach sobre fatiga laboral y el índice de percepción del estrés laboral, el inventario sobre habilidades de enfrentamiento al estrés y una escala para apoyo social. No encontraron niveles estadísticamente significativos de Burnout, lo cual lo explicaron debido a que los estudiados reportaron moderada puntuación en la escala de apoyo social, pudiendo explicar que esto fuera un factor protector contra el Burnout.

Meltzer y Missak (2004) publican un estudio en el que tomaron una muestra de 60 enfermeras que tenían al menos un año de trabajar en cuidados intensivos, y durante jornadas de tiempo completo en dos hospitales en el Sur de California A la participantes se les administró un cuestionario de datos sociodemográficos, el IBM, y la escala de Daño Moral. Se obtuvo que el daño moral estaba asociado con la sensación de proveer cuidados fútiles, es decir sin importancia, dando paso al agotamiento emocional, además que las enfermeras que rotaban dentro de los diferentes servicios de cuidados intensivos (unidad de cuidados intensivos de neurología, unidades coronarias, unidad de cuidado intensivo médico), al igual que las enfermeras más jóvenes, tenían más bajos puntajes en la subescala de realización personal y más altos en despersonalización, que las que no rotaban en estos servicios.

Otro estudio realizado en Latinoamérica, específicamente en Mérida, Venezuela, es el llevado a cabo por Parada et al, (2005); este estudio pretendía correlacionar la satisfacción laboral y el síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA). El estudio tuvo una muestra de 104 trabajadores de enfermería de las áreas de hospitalización, unidad de cuidados intensivos y emergencias obstétricas, pediátricas y de adultos. Se les aplicó el IBM, un cuestionario de datos sociodemográficos y una escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall. Se obtuvo una prevalencia de 6,73%, pero también se encontró que un 30,8% de los enfermeros presentaban valores elevados para agotamiento emocional, 47% presentaron niveles altos en la escala de despersonalización, 40% tuvo valores medios y bajos en la escala de realización personal.

En el mismo año, Ernst et al (2004), llevaron a cabo un estudio con la finalidad de identificar los factores que describían mejor el índice de satisfacción laboral en el personal de pediatría del Hospital de Niños de Southeast. Se midió satisfacción en las enfermeras, satisfacción con la organización laboral, estrés en el trabajo. Participaron en el estudio 249 enfermeras, y se encontró que los factores que predecían la satisfacción laboral del grupo de enfermería incluían: el salario, tiempo para llevar a cabo su labor, confianza en la propia habilidad y demandas laborales. El estrés laboral se correlacionó inversamente con la edad, años de experiencia y los años de laborar para la institución.

A mediados de década, Pimentel et al (2005), realizaron un estudio exploratorio analítico, longitudinal, prospectivo; donde se tomó una muestra de 16 residentes de enfermería y se les administró el IBM al primer, onceavo, catorceavo y veintitresavo mes

del ingreso a su entrenamiento esto aunado a un cuestionario de aspectos sociodemográficos y laborales. Se encontró que el 17,2% de los residentes mostraron valores elevados en agotamiento emocional y despersonalización; 18,8% en compromiso en incompetencia y falta de realización profesional.

López, et al (2005), realizaron un estudio trasversal y descriptivo, en Barcelona, con la finalidad de establecer la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud pediátrica. Estudiaron una muestra de 127 trabajadores del equipo de enfermería (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería), se les administró el IBM. El cuestionario fue completado por 93 miembros del equipo; el 20,8% de los trabajadores tenían altos niveles de Burnout. A nivel de subescalas, el 67,7% de los participantes presentaron niveles bajos de realización personal, 14,5% presentaron niveles altos de agotamiento personal, y el 23,9% de las personas obtuvieron altos niveles en la escala de despersonalización.

Faragher, et al (2005), realizaron un metanálisis que revisó 485 estudios con una muestra total de 267 995 personas, evaluando el vínculo entre la satisfacción laboral (por medio de escalas de autoreporte) y medidas de bienestar físico y emocional. Encontraron una fuerte relación entre la pobre satisfacción laboral y los problemas mentales y/o psicológicos, siendo estadísticamente significativo y en orden de significancia para el síndrome de Burnout, la poca realización personal, la depresión, y la ansiedad.

Mandiracioglu y Cam, en su estudio “Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff”, publicado en el 2006, y llevado a cabo en trabajadores 3 hogares de cuido en Turquía, investigaron el vínculo entre haber experimentado violencia

de cualquier tipo y el síndrome del Burnout. Obtuvieron una muestra de 214 personas, y como hallazgos, el 56% del personal estuvo expuesto a algún tipo de violencia en el último año, y que no hubo una relación entre la exposición a la violencia y el síndrome de Burnout.

En un estudio llevado a cabo por Mommersteeg, Heijnen, Annemieke & Van Dororn en (2006); se tomó un grupo de 56 personas con síndrome de Burnout y un grupo control de 38 personas sanas. Se les realizó una prueba de supresión con dexametasona, se analizó el sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) de la saliva, el número de células T, B, y NK de sangre periférica, y se realizó un análisis de la respuesta pro y antinflamatoria in vitro. Se encontró que hay una producción aumentada de IL 10 (citoquina antinflamatoria), además se encontraron niveles aumentados del DHEAS en las personas con síndrome de Burnout. El resto de valores analizados no presentaron diferencias significativas.

Poncet et al, en abril del 2007, publicaron un estudio sobre Burnout en enfermeras que pertenecían al equipo de cuidados críticos en Francia, para lo que reclutaron un total de 2392 enfermeras que laboraban en 278 unidades de cuidado Intensivo. Les enviaron por correo una copia del Inventario de Maslach para Burnout (IBM), logrando establecer una prevalencia de Burnout severo en el 33% de los casos. Además identificaron algunas áreas que podrían mejorarse como: prevención de conflictos, participación en grupos de investigación, y un mejor manejo de los casos terminales. Hicieron énfasis en la necesidad de investigar a través de estudios intervencionistas que utilicen medidas de prevención.

Klersy y Callegari (2007) publicaron un estudio en el cual 344 trabajadores (médicos y enfermeras) de 10 centros de diálisis en el norte de Italia completaron una batería de cuestionarios que incluían el Inventario de Burnout de Maslach (IBM), el MOS-36 (escala que mide variables relacionadas con aspectos de salud física y mental), y el Cuestionario General de Salud que constaba de 30 ítems (GHQ30). Encontraron que 30% de los enfermeros presentaba una puntuación alta para agotamiento emocional, contra 18% de los médicos; esto predicho por el número de horas y meses laborados en la unidad de diálisis de los últimos 2 años. Pertenecer al género masculino y tener dificultades interpersonales con los compañeros correlacionó con alto puntaje en la subescala de despersonalización. La percepción de bajo logro personal correlacionó con no tener hijos y con tener posiciones permanentes en el mismo puesto de trabajo.

Martínez y López (2005) publicaron un estudio realizado durante un año y seis meses, en el cual se le administró la escala de IBM y un cuestionario de datos sociodemográficos a todos (as) los (as) enfermeros (as) que asistieron durante ese tiempo a eventos científicos, el único criterio para incluirlos en el estudio era el consentimiento de llenar los cuestionarios. La muestra estuvo conformada por 551 enfermeras y 71 enfermeros; se obtuvo un 29.8% en enfermeras y un 63.5% en enfermeros de prevalencia de Burnout.

Otro estudio realizado por Yao et al (2008) en China, tomó una muestra de 427 pediatras y enfermeras que trabajan en cinco hospitales de niños de la ciudad. Se les administró el Cuestionario de Estrés laboral, encontrándose altas puntuaciones en demanda laboral, riesgo de trabajo, uso de drogas, estrés diario, sentimientos positivos. En las

enfermeras los puntos de trabajo futuro, locus de control en el trabajo, autorrealización, satisfacción laboral y depresión fueron mayores.

Para el 2009, Toral et al, realizaron un estudio transversal en médicos residentes de distintos años, de tres hospitales la ciudad de México (tercer nivel, segundo nivel y algo parecido a atención primaria). A los participantes se les administró un consentimiento informado para la autorización y se les facilitó un cuestionario que contenía el inventario de Maslach para Burnout (IMB), otro instrumento para la recolección de datos sociodemográficos, la escala de actitudes en el trabajo, la escala de 8 preguntas de uso de alcohol y drogas y otra de depresión (PRIME MD), que busca ánimo depresivo, y/o anhedonia actual e historia de un episodio depresivo mayor previo en la residencia. Encontraron un 40% de Burnout, además este 40% tenía 5.5 veces más probabilidad de reportar una o más prácticas subóptimas de cuidado de salud del paciente, generalmente asociaban depresión y tenían jornadas de trabajo de más de 12 horas.

Lasalvia, et al (2009) publicaron un estudio en el cual correlacionaron la percepción de los trabajadores en cuanto a los factores organizacionales y el Burnout en servicios de salud psiquiátrica comunitaria de Venecia, Italia. Para esto participaron 2000 trabajadores a los cuales se les administró el Inventario para Burnout de Maslach (IBM) y una escala llamada "Areas of Worklife Scale "(AWS). Como resultado encontraron que el mejoramiento de los ambientes de trabajo es una de las estrategias más importantes para la prevención del Burnout, y que esto simultáneamente puede acarrear mejoras en la atención de los pacientes.

Leiter et al (2009) realizaron un estudio a nivel nacional en 8100 médicos canadienses, en el cual enviaron por correo, el Inventario de Burnout de Maslach, una escala general y la escala "Areas of Worklife Scale" (AWS), obteniendo una respuesta del 40% para 3213 participantes. El estudio fue publicado en diciembre 2009. Como resultados encontraron niveles moderados de Burnout entre los médicos canadienses, además que hay contribución de cargas pesadas de trabajo y el grado de congruencia con los valores de un individuo; siendo que la carga de trabajo correlacionó con la predicción de desgaste y cinismo y la crisis de los valores profesionales contribuyó a predecir desgaste, cinismo y percepción de pobre eficacia profesional.

Otro estudio en personal de enfermería pediátrico, fue el realizado por Gallagher y Gormley (2009), llevado a cabo en el Hospital de Niños de Cincinnati con las 30 enfermeras del equipo de trasplante de médula ósea. Se reportó que la enfermedad crítica en los pacientes es el factor más estresante, y las jornadas de trabajo prolongadas es el menos estresante. La mayoría de las enfermeras reportaron altos niveles de desgaste emocional, y el 33% mostró niveles moderados de despersonalización. El 50% de las enfermeras reportaró altos niveles de realización personal, a pesar de las demandas a las que están expuestas.

McHugh et al, publicaron en febrero del 2011 un estudio que relacionaba la satisfacción en el trabajo, el Burnout y los beneficios para el cuidado del paciente, en el que se reclutaron más de 95000 enfermeras de salud de distintos escenarios tanto dentro de instituciones como extrainstitucionales, que tenían un grado distinto de contacto con el paciente (desde contacto y atención directa, hasta prestación indirecta de servicios).

Midieron la presencia de Burnout mediante la escala IBM y el grado de satisfacción con el trabajo; midieron además la calidad del servicio prestado y el grado de satisfacción del paciente. Como resultado una porción sustancial de enfermeras en hospitales y hogares de cuidado con contacto directo con el paciente reportaron estar "quemadas", insatisfechas con su trabajo y con los beneficios de su empleador. El grupo más satisfecho y con menos incidencia de Burnout fue aquel que no brindaba una atención directa al paciente. Además se encontró que un elevado porcentaje de Burnout en enfermeras de centros hospitalarios correlacionaba con niveles bajos de satisfacción del cliente y con signos de problemas para un cuidado de calidad.

Un estudio realizado por Ortiz y Jiménez (2011), sobre la inteligencia emocional y el desgaste laboral, reclutó 44 internos universitarios de servicios de salud de Sonora, México. Para evaluar la inteligencia emocional se utilizó la escala Trait Meta- Mood Scale 24 (TMMS-24), que trata del metaconocimiento de los estados emocionales y evalúa las diferencias individuales en las destrezas que las personas perciben, prestar atención a sus propias emociones, discriminar entre ellas y su capacidad percibida para regularlas. Además utilizaron el Inventario para Burnout de Maslach (IBM). Como resultados el factor de atención emocional se relacionaba negativamente con agotamiento. La claridad correlacionaba de manera positiva con reparación emocional y realización personal, y de forma negativa con agotamiento y despersonalización. La reparación de las emociones correlacionaba de forma negativa con agotamiento y despersonalización, y de manera positiva con realización personal. Los análisis de regresión revelaron que el desgaste laboral del médico de pregrado se explicaba por una baja atención emocional y falta de claridad en sus emociones.

Penson et al (2011) realizaron un estudio con una muestra de 660 médicos oncólogos, de los cuales el 56% se encontraba “quemado”, más de la mitad tenía sensación de fracaso y frustración y cerca de un tercio de ellos estaba deprimido. Un 20% tenía pérdida de interés en la práctica y el 18% se reportó “totalmente aburrido”. La mitad de todos ellos respondieron que este el “estar quemado” era inherente al trabajo que realizaban y el 85% reportó que esto estaba afectando su vida personal y social.

A nivel nacional:

En Costa Rica hay pocos estudios con respecto al síndrome de Burnout, algunos de ellos de revisión del tema, y otros con una muestra poblacional muy pequeña.

Una de las primeras publicaciones que se realizó en el país es una revisión del síndrome de Burnout (Bianchini, 1997), en la que expone que el personal de salud mental tiene factores de riesgo para desarrollarlo debido a la burocratización, malas condiciones laborales, jefaturas disfuncionales, a demandas laborales, pacientes difíciles o con pobre respuesta al tratamiento. Además estableció que deben implementarse medidas a nivel laboral que permitan disminuir el impacto negativo de este síndrome en los trabajadores y en las personas atendidas por los mismos.

Por otro lado, Madrigal (2006); realizó una revisión del síndrome, analizando sobre todo los diagnósticos diferenciales, y los modelos psicosociales que han tratado de dar una explicación al desarrollo del Burnout.

Más adelante, Castillo (2007); dictó una conferencia en relación con el síndrome de Burnout, en donde revisó ampliamente desde el punto de vista de diferentes autores las causas, e hizo un análisis de las fuentes de estrés a nivel de los funcionarios que laboran para el poder Judicial, entre ellas mencionó: las intrínsecas al puesto (grado de responsabilidad, grado de dificultad, carga laboral, límite de tiempo), demandas del rol (con calificación académica, posibilidad de capacitación continua, exigencia de status, cambios en el rol), estructura organizacional (sistema jerárquico, cambios en estructura organizacional, relaciones organizacionales), relaciones interpersonales, demandas individuales, personales (rasgos de personalidad, motivación, desarrollo profesional, autoestima, poder adquisitivo), familiares (conflictos trabajo / familia), pérdida del orgullo institucional, económicos (pérdida del poder adquisitivo, deudas).

En cuanto a artículos de investigación en nuestro país, tenemos que Madrigal (2005) realizó un estudio de tipo observacional, transversal el cual presentó como tesis final de graduación para obtener el postgrado en psiquiatría, en el cual reclutó a psiquiatras costarricenses y residentes de psiquiatría de los 3 años que asistieron a un Congreso Centroamericano de Psiquiatría. A los participantes se les administró un cuestionario de datos socio-demográficos y el Inventario Maslach de Burnout para trabajadores de servicios de salud (BMI-HSS); esta es la versión aprobada en trabajadores del área de la salud, esto será explicado en detalle más adelante. Participaron un total de 68 personas entre especialistas y residentes de psiquiatría, del total un 51% eran hombres y el 49% mujeres. Se encontró que un 9% de los profesionales presentaban Burnout firmemente establecido en sus tres componentes, de los cuales un 67% eran mujeres y un 33% eran varones. Se documentó además que la mayoría se encontraba en fases iniciales del síndrome, y quienes

se encontraban en estadios más avanzados mantenía altos niveles de realización personal que en última instancia impresionó deberse a un mecanismo de defensa para protección contra el síndrome. Al comparar la relación entre los años de antigüedad y la aparición del Burnout se encontró un pico entre los 5 y los 10 años de antigüedad y otro menor entre los 20 y 29 años de laborar. Otro dato relevante de este estudio se relacionó con que la subescala de agotamiento emocional resultó ser más elevada en profesionales sin hijos.

Otro estudio fue publicado en el 2007 y llevado a cabo por estudiantes de enfermería (Arias et al 2007). Este fue un estudio cualitativo en el cual participaron 15 personas, a las cuales se les administró un instrumento elaborado por los autores en donde se indagaba acerca de datos personales, satisfacción en el trabajo, cansancio emocional, despersonalización, realización personal y ambiente laboral. Los autores llegaron a la conclusión de que "*las relaciones interpersonales, el ambiente físico, la situación laboral y el bienestar del cliente pueden implicar situaciones en el personal de enfermería que podría acarrear síntomas de desgaste profesional y con ello el déficit en el cuidado de las personas*".

Otro de los dos estudios llevados a cabo en Costa Rica, es el publicado por Millán y Mesén, (2009). Con una muestra de 94 médicos que cursaban el primer año y el tercer año de residencia del programa de especialidades que imparte la Universidad de Costa Rica en asociación con la Caja Costarricense del Seguro Social y en conjunto con el Centro de Desarrollo Estratégico en Información en Salud y Seguridad Social (UCR-CCSS-CENDEISSS) en Costa Rica, se les aplicó en Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) y una ficha de datos sociodemográficos, se obtiene dentro de los resultados: una mayor incidencia de agotamiento emocional en mujeres y residentes de

pediatría, bajo agotamiento emocional en quienes realizaban en promedio 4 guardias al mes, y en residentes de psiquiatría y geriatría; en el área de despersonalización, baja en residentes de medicina familiar y geriatría así como en personas unidas, alta en hombres. En cuanto a realización personal se muestran puntuaciones bajas en personas casadas o en unión libre. El síndrome de desgaste fue mayor en mujeres, que cursaban el tercer año, sujetos unidos, personas con hijos, menores de 30 años, y residentes de las especialidades médicas.

A nivel local:

En relación a los factores que se relacionan con la aparición de estrés y depresión en personal de enfermería, Hernández, (2007), realizó un estudio en que por medio de varios instrumentos de recolección de datos y la escala de depresión para trabajadores de salud, determinó indicadores de estrés y de depresión en el grupo ocupacional de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico, con un muestra de 176 trabajadores. Determinó como indicadores relacionados con el estrés laboral: las relaciones interpersonales con compañeros jefes, supervisores, etc.; la presencia de horarios rotativos, el ingreso económico, el exceso de tareas, la sobrecarga de trabajo, la exposición a riesgos y peligros relacionados con el trabajo. Como indicadores de depresión asoció el ánimo depresivo, las dificultades a nivel cognitivo, la disminución del apetito e insomnio. Además identificó las situaciones extra-laborales, como los problemas familiares, la relación con padres, esposos e hijos como un factor asociado con el desarrollo de estrés y depresión asociados al trabajo.

Rodríguez (2010), tomó una muestra de 8 personas del equipo de enfermería del pabellón 1 de mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico, en el cual encontró que los sujetos de estudio tenían valores altos en desgaste emocional y despersonalización y valores también altos en realización personal. Ninguno presentó síndrome de Burnout. La autora explica estos resultados según a que los participantes "*son personas que laboral y vocacionalmente hicieron una adecuada escogencia de profesión*." A partir de estos resultados, realizó una tesis con una propuesta de autocuidado dirigido al personal de enfermería para prevenir el síndrome de Burnout.

Se han realizado otros estudios de prevalencia a nivel de todo el personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico, sin embargo los resultados no han sido publicados aún, por lo que no pudieron ser tomados en cuenta para la presente revisión de antecedentes.

En el Hospital Nacional de Niños, no hay estudios previos relacionados con el síndrome de Burnout en personal de enfermería, a la fecha.

Problema:

¿Constituye el Burnout una patología profesional prevalente en enfermeros profesionales del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012 y cuáles son los factores sociodemográficos y laborales asociados?

Importancia del estudio:

El síndrome de Burnout es una patología que puede presentarse en trabajadores de distintas disciplinas y ocupaciones, ocasionando un deterioro en el individuo que lo posee y generando un impacto negativo en la calidad de la atención de los clientes. Los profesionales del campo de la salud que se encuentran en riesgo incluyen médicos, enfermeras, trabajadores sociales, odontólogos, personal a cargo de pacientes oncológicos, o con manifestaciones de VIH, personal de servicios de emergencia, personal de salud mental, terapeutas de lenguajes, entre otros.

Respecto a la prevalencia de este síndrome, la información disponible es fragmentada, no habiendo aun algún estudio epidemiológico que permita visualizar el porcentaje de población real que la padece, aunque existen investigaciones que se han abocado a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diversos campos.

Pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de Burnout: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio al generar cierto grado de hostilidad y resentimiento). Ambas repercusiones finalmente generan un impacto negativo en la salud un país o región.

En un medio como el Hospital Nacional de Niños, en el que hay una alta demanda de atención por parte de los pacientes de la población infantil, y generación en los trabajadores a cargo de su cuidado de sentimientos de empatía y frustración ante la enfermedad, lo cual es su vez provocado por la posición de indefensión que ocupa el

menor enfermo, resulta primordial la realización de estudios que generen datos epidemiológicos propios.

Al determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con factores sociodemográficos y laborales en los enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños en la presente investigación, se podrían justificar a futuro acciones institucionales, administrativas o de investigación que permitan la prevención y el tratamiento del mismo, generando un impacto positivo no solo a nivel del trabajador sino sobre la salud de la población infantil en general.

Objetivos:

Objetivo general:

Determinar la prevalencia y los factores sociodemográficos y laborales asociados del síndrome de Burnout en enfermeros profesionales del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012.

Objetivos específicos:

1. Estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en los enfermeros profesionales del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012, por medio de la escala Inventario para Burnout de Maslach (IBM).
2. Analizar si las características sociodemográficas muestran asociación con la presencia del síndrome de Burnout entre el grupo de enfermeros profesionales del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012.
3. Establecer si las características laborales muestran asociación con la presencia del síndrome de Burnout entre los profesionales en enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012.

Marco Teórico

Definición:

El primero en introducir el término como tal fue Freudenberger en 1974, quien trae el concepto del término coloquialmente usado para las personas con uso de drogas crónico, y utiliza el término para referirse a depleción emocional, pérdida de motivación, y disminución de compromiso entre los voluntarios de la Clínica San Marco en una Villa al Este de Nueva York, donde trabajaba como psiquiatra. (Schaufeli et al 2009).

Freudenberger, lo define como un "*estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo*". Según este autor las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el síndrome de Burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras, este autor postula que estas personas "*sienten una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar*" (Freudenberger, 1974) Otra condición que este autor describe para la aparición del Burnout es el aburrimiento, la rutina, y la monotonía en el trabajo que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año de haber estado laborando. Y él mismo define tres aspectos característicos del Burnout: agotamiento emocional progresivo, pérdida de la motivación y disminución del compromiso. (Schaufeli et al 2009).

Más adelante, Maslach y colegas en 1976, iniciaron investigaciones en California, cuando entrevistaron a diferentes trabajadores de servicios profesionales humanos (abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras), llamándoles la atención

en cómo los trabajadores que utilizaban estrategias cognitivas como alta preocupación, ocasionalmente se sentían emocionalmente exhaustos, desarrollaban percepciones y sentimientos negativos hacia sus pacientes o clientes; y experimentaban crisis en cuanto a su competencia profesional. Lo que los lleva a definir el Burnout como la respuesta a los estresores laborales crónicos emocionales e interpersonales, producida por haber permanecido, durante periodos constantes y de extensa duración y de alta implicación con personas, en situaciones de alta demanda social. Para Maslach, el Burnout está definido como un constructo que consta de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal: "*un síndrome compuesto por agotamiento emocional, despersonalización, y disminución de la realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas con cierta necesidad*" esto lleva a esta investigadora en conjunto con sus colegas a elaborar en 1981 una escala de medición del mismo, el Inventario para Burnout de Maslach (IBM) (Maslach et al 1996). Según Schaufeli et al (2009) los empleados que experimentan Burnout pierden la capacidad de proveer contribuciones de calidad que puedan tener un impacto laboral y si continúan trabajando, disminuyen su rendimiento laboral; estos autores visualizan al Burnout como un fenómeno psicosocial y creen que es el producto de un rápido cambio en las relaciones interpersonales.

Farber es ampliamente explicado en el artículo de Montero, García, Mosquera & López, (2009), y según Montero este autor critica que el Burnout es contemplado por la mayoría de los investigadores como un único fenómeno con etiología y sintomatología consistente y propone una diferenciación del síndrome basado en la descripción de tres perfiles clínicos, además propone que el Burnout debe ser prevenido y tratado según cada

uno de estos perfiles. Explica la relación del Burnout con el ámbito laboral, diciendo que surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido en sus labores, sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Los perfiles que Farber (Montero et al, 2008) describe son: el primer grupo, denominado *frenético*, estaría formado por individuos ambiciosos, que arriesgan su salud psíquica y descuidan su vida personal para maximizar la probabilidad de éxito profesional, hasta el punto de encontrarse abrumados y sobrecargados por su implicación ante las dificultades del trabajo. El segundo tipo, llamado *desgastado*, estaría formado por individuos menos dedicados a su trabajo, que piensan que el éxito y reconocimiento profesional no dependen del trabajo y del esfuerzo. Este tipo de creencias podrían ser resultado de una falta de control sobre los resultados del trabajo, así como de una ausencia de reconocimiento por los esfuerzos dedicados. El tercer grupo, o *infraestimulado*, estaría constituido por sujetos con unas condiciones de trabajo monótonas, que fallarían a la hora de proveer suficiente recompensa y estímulo. Se trataría de sujetos indiferentes hacia su trabajo, cuyo registro de talentos no estaría lo suficientemente reconocido en su marco profesional.

Otra concepción del síndrome de Burnout es la de Burke (1987), que explica el mismo, como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento. (Quinceno y Vinaccia, 2007).

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a los profesionales de ayuda, ni a profesiones en contacto directo con las personas (como administradores, intérpretes y trabajadores de cuello blanco), como lo había definido Maslach, es decir, definen el Burnout "*Como un estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico de trabajo en situaciones emocionalmente demandantes, en el cual uno es cínico acerca del valor de la propia ocupación y duda de la propia capacidad para llevar a cabo las tareas que se le requieren*". El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicosomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimiento de incapacidad, desesperanza o de alienación con el trabajo, además, se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y hasta hacia la vida misma. (Schaufeli et al, 2009). Desde esta óptica, Pines y Aronson desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. (Martínez, 2010).

Para esto hablan de que a nivel económico, muchas compañías hacen que sus empleados pongan a un lado sus propios principios "por el bien de la compañía", y por otro lado, que la empresa pública muchas veces propone altos ideales que por mucho sobrepasan sus recursos: son pocas las sociedades con suficientes recursos como para conocer las necesidades de su población. (Schaufeli, 2006)(Schaufeli y Bakker, 2004).

Otra definición es la propuesta por Felton (1998), que se refiere a un complejo de respuestas psicológicas al estrés particular que genera la constante interacción con personas que se encuentran en un estado de necesidad, la diferencia de otros males que ocasiona el

estrés asociado al trabajo es que hay una consecuencia en la interacción laboral con los clientes.

Para Gil y Peiró, el Síndrome de Burnout por el trabajo es una "*respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales (v.g., afrontamiento activo, evitación...), y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias*". Por lo que se dice, si la relación estrés y consecuencias del estrés permanecen a lo largo del tiempo, este estrés tendrá consecuencias nocivas para el individuo "*en forma de enfermedad o de falta de salud con alteraciones psicosomáticas*", y para la organización (Gil y Peiró, 1997, pp. 18-19).

Sinónimos:

El síndrome de Burnout ha tenido diferentes traducciones al español, como por ejemplo: síndrome Burned Out, síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome de desgaste profesional, síndrome de fatiga en el trabajo, síndrome de desgaste ocupacional (SDO) o síndrome del trabajador desgastado o síndrome del trabajador consumido o incluso síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome del estrés laboral asistencial, "estar quemado profesionalmente", "desgaste físico".(Quinceno y Vinaccia, 2007), (Cooper, 1999), (Schaufeli et al, 2009), (Gil, 2003).

Epidemiología:

Respecto a la prevalencia y a la incidencia de este síndrome, la información disponible es fragmentada, no hay aun algún estudio epidemiológico que permita visualizar el porcentaje de población real que la padece, y aunque existen investigaciones que se han abocado a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diversos campos, y diferentes poblaciones, los datos que se han obtenido varían mucho de población en población estudiada, e incluso entre las mismas poblaciones.

En el caso del personal de salud las incidencias varían, por ejemplo en el estudio de Grau et al (2007), en donde se toman más de diez mil personas de habla hispana que laboran en salud, a través del portal electrónico de la página Intramed, se muestran incidencias muy variables según el país, por ejemplo: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador.

Igualmente sucede específicamente en los enfermeros profesionales en donde hay estudios que hablan de prevalencias mayores del 50% y otros inferiores al 10%.

A continuación se presenta un cuadro resumen con los datos encontrados en algunas investigaciones, como se logra apreciar, hay grandes diferencias en la prevalencia del síndrome en diferentes estudios, aunque la población estudiada sean enfermeros (as) o personal de salud, y sean medidas con la misma escala el Inventario para Burnout de Maslach.

Cuadro 1. Prevalencia según diferentes estudios del síndrome de Burnout en personal de salud

Autores	Año de Publicación	Población de estudio	Lugar	Número Personas	Prevalencia encontrada
Aliye; Olcay	2006	Enfermeras	Turquía	214	39%
Imai; et al	2004	Enfermeras salud mental y enfermeras otros servicios	Japón	525 de cada grupo	59,2% y 51,5% respectivamente
Poncet et al	2009	Enfermeras cuidados críticos	Francia	2392	33%
Klersy y Callegari	2007	Enfermeras Médicos Unidades de Diálisis	Italia	344	30% enfermeros 18% médicos
López et al	2005	Enfermeros y auxiliares de enfermería pediátricos	España	93	20,8%
McHugh, et al	2010	Enfermeras que trabajan en todos los campos	EEUU	68724	38%
Grau et al	2007	Profesionales de la Salud	España y América Latina	11 530	Entre 14,9% y 2,5%
Toral, et al	2009	Médicos residentes	México	312	40%
Vinaccia, Alvaran	2004	Auxiliares de enfermería	Colombia	60	0%
Quiroz y Saco	2000	Médicos Enfermeros	Venezuela	74 63	10,9% 1,4% resp.
Parada; et al	2005	Enfermeros	Venezuela	104	6,73%
Madrigal	2005	Psiquiatras y residentes en psiquiatría	Costa Rica	68	9%

Se dice que su prevalencia tiene un pico en dos periodos de tiempo, el primero durante los dos primeros años de carrera profesional y el segundo en personas que han cumplido diez años de labores. (Apiquian, 2007) (Albadejo et al 2004).

Fisiopatología: Procesos de desarrollo del síndrome de Burnout, modelos explicativos:

Existen numerosos modelos psicosociales explicativos acerca de las etapas o la secuencia del desarrollo del Síndrome de Burnout por el trabajo, esto dada la necesidad de establecer una relación entre antecedentes y consecuentes de sus dimensiones, es decir, establecer cómo llega el individuo a sentirse quemado, con el fin de integrarlo a marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio (Martínez, 2010).

Gil y Peiró (1997 y 1999) realizan una agrupación de estos modelos en tres grupos y brindan una explicación bastante clara de los mismos:

Un primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, recogen las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de Burnout, y consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen, a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus

acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás; y que la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá en conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales como la depresión o el estrés que acompaña la acción. Gil y Peiró (1997, 1999) agruparon en este grupo los modelos como el modelo de competencia social de Harrison, el modelo de Cherniss, el modelo de Pines y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper. Para estos autores en los tres primeros modelos la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome, mientras que en el modelo de Thompson *et al* es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.

Luego en el segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran los principios de la teoría de la conservación de recursos y proponen que el síndrome de Burnout tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (v.g., ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral. Para Gil y Peiró (1997, 1999) en este grupo se incluye el modelo de Golembiewski et al, el modelo de Cox, Kuk y Leiter, y el modelo de Winnubst.

A continuación discutimos algunos de estos modelos más en detalle:

Para Edelwich y Brodsk, citado por Carlotto y Gobi (2001); Martínez (2010); Rodríguez y Hermosilla (2011), el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda:

1. Etapa de idealismo y entusiasmo: fase inicial, donde el individuo posee alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con este. La persona posee involucramiento excesivo con la clientela y sobrecarga de trabajo voluntario. Al inicio de su carrera, el profesional, se encuentra bastante movilizado por motivaciones intrínsecas. Hay una supervalorización de su capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que pueden influenciar el trabajo ofrecido al cliente. La frustración de las expectativas de esta etapa lo lleva al sentimiento de desilusión, haciendo que el trabajador pase a la siguiente etapa, la de estancamiento.

2. Etapa de estancamiento: supone una disminución en las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y el entusiasmo. El individuo empieza a darse cuenta de que necesita realizar algunos cambios, pasando a repensar su vida profesional, Dificultades en superar ese momento pueden hacer que el individuo se mueva para la otra etapa, la de la apatía.

3. Etapa de apatía: se considera ésta el núcleo central del Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, comportamentales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. El contacto con la persona a quien se le presta el servicio es evitado, ocurren las faltas al trabajo, y en muchas situaciones se da el abandono de éste o inclusive de la profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes, abriendo el camino para la última etapa de Burnout, la del distanciamiento.

4. Etapa de distanciamiento: la persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional, la persona pasa a evitar desafíos de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de

trabajo, pues cree que a pesar de ser inadecuado posee compensaciones (por ejemplo, el salario) que justifican la pérdida de la satisfacción.

Cherniss (1982), citado por Martínez (2010) y De las Cuevas (2003), postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres fases:

1. Fase de estrés: que consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.

2. Fase de agotamiento: que se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibro, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.

3. La fase de afrontamiento: aparece una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo (evitación de tareas estresantes, alejamiento personal), de forma que aparece una tendencia a tratar a los beneficiarios del trabajo de forma mecánica, distanciada, rutinaria, anteponiendo la gratificación de las propias necesidades al servicio que uno presta.

El modelo de Farber (1991), citado por Martínez (2010), Gil y Peiró (1997, 1999), Montero et al (2009); describe seis estadios sucesivos en cuanto al desarrollo del Burnout, pero también los correlaciona con la personalidad del sujeto que lo padece y describe tres

subtipos de Burnout: frenético, infraestimulado y desgastado (explicado anteriormente). Los estadios serían:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
6. Agotamiento y descuido.

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988), citado por Schaufeli, et al (2009), Martínez (2010), Gil y Peiró, (1997, 1999), Rodríguez y Hermosilla (2011). Plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales o laborales y los recursos personales. Esto provocaría agotamiento emocional en el trabajador, para luego experimentar la despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja realización personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial. Y plantea que si por el contrario, se da un equilibrio entre las demandas laborales y los recursos personales, se da un aumento del compromiso y de la capacidad del trabajador para generar cambios de impacto beneficioso dentro de la organización.

Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el *agotamiento emocional* es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La *despersonalización experimentada por el trabajador* se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre las propias personas a las que se les brinda el servicio, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las mismas. Y por último, la *baja realización personal en el trabajo* que se refiere a respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades. Con este modelo es que se construye el Maslach Burnout Inventory, que pretende evaluar este constructo en sus tres dimensiones.

Además estos investigadores, citados por Rodríguez y Hermosilla, 2011), sugieren varios factores como influyentes en el desarrollo del Burnout:

1. La carga de trabajo: definida como la cantidad de trabajo que se realiza en un momento dado. Los autores afirman que un volumen de trabajo asequible ofrece la oportunidad de disfrutar con la tarea, para conseguir los objetivos laborales, y su desarrollo profesional. Sin embargo, el exceso de trabajo no se conceptualizaría simplemente como un desfase o exceso en los requisitos para conseguir un nuevo reto, sino ir más allá de los límites humanos.

2. El control que se define como la oportunidad de hacer elecciones y tomar decisiones, resolver problemas, y contribuir al cumplimiento de las responsabilidades. Un buen ajuste se produce cuando hay una correspondencia entre el control y los niveles de responsabilidad, produciéndose una discrepancia cuando las personas carecen de control suficiente para cumplir con las tareas de las que se les hace responsables.

3. La recompensa sería un tercer factor que recogería tanto el reconocimiento económico como social del trabajo, ofreciendo indicadores claros de lo que valora la organización, mientras que la falta de reconocimiento devalúa tanto el trabajo como a ellos mismos.

4. El factor de comunidad se define como la calidad del entorno social de una organización relacionado con el apoyo social, la colaboración y los sentimientos positivos. Los desajustes se producen cuando no existe una conexión positiva con los demás en el trabajo.

5. La equidad considerada como la medida en que la organización tiene normas coherentes y equitativas para todos. Un elemento importante en este factor es el grado en que los recursos se asignan de acuerdo a procedimientos comprensibles y consistentes. La equidad transmite respeto por los miembros de la comunidad. La falta de equidad indica confusión en los valores de una organización y en sus relaciones con las personas. Finalmente, los autores consideran los valores como lo que la organización y sus miembros consideran importante. En este sentido, cuando

los valores organizacionales y personales son congruentes, los éxitos son compartidos, por su parte, cuando existen diferencias entre los valores de una organización y los valores de su personal, o si la organización no practica sus valores se producen desajustes que degeneran en estrés y desgaste.

A diferencia del modelo expuesto, Golembiewski et al (citado por Buela y, Caballo, 1991), Martínez (2010), Gil y Peiró, (1997, 1999), Rodríguez y Hermosilla (2011) plantean otro modelo, en el que destaca que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como vendedores, directivos, etc. Este modelo visualiza el fenómeno del Burnout como proceso, el cual es progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral. Aunque respeta las fases propuestas en el modelo propuesto por Leiter y Maslach, Golembiewski propone una diferencia en la secuencia en que se da el proceso, iniciando con la despersonalización, de tal forma que se ve a los destinatarios de los servicios como "culpables" de los propios problemas, repercutiendo en la calidad del trabajo brindado, luego vendría la baja realización personal: en la que el individuo piensa que trabaja mal con la gente y por consiguiente se aísla o evita situaciones en que podría ponerse en manifiesto, y por último esto se convertiría en un ciclo que desgastaría emocionalmente al trabajador, por lo que al agotamiento emocional estaría presente en los estadios más avanzados. Además divide cada una de las categorías del IBM en alta o baja, obteniendo un espectro mayor, por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional. Este diseño permite clasificar a cada

caso particular y a los grupos en función de la virulencia del síndrome, tomando en cuenta que las fases varían de un sujeto a otro y que no todos pasan por todas las fases.

En el modelo de conservación de recursos de Hobfoll (Gorgievski y Hobfoll, 2008) (Hobfoll y Shirom 2000) y citado en Rodríguez y Hermosilla, (2011). Esta teoría explicativa del desgaste profesional se centra principalmente en aquellos factores cognitivos y del ambiente asociados con los recursos personales, concebidos como "*objetos, características personales, condiciones o energías que son valiosos por sí mismos, o porque proveen o protegen recursos valiosos para la persona*" (Hobfoll, 2008). Por tanto, los recursos se convierten en el factor central de este modelo. El principio básico de esta teoría afirma que las personas intentan adquirir, mantener y proteger los recursos que poseen, percibiendo la pérdida potencial o real de recursos, así como la pérdida de una ganancia esperada como estresante. Hobfoll conceptualiza al estrés como una reacción frente al ambiente en la cual se presenta (a) una amenaza de pérdida de recursos, (b) una pérdida neta de recursos (c) una baja tasa de recursos ganados tras una fuerte inversión de recursos realizada. Dicho de otro modo, una situación en la que se puede perder, o se ha perdido, o no se ha ganado suficiente. En este sentido, el desgaste profesional o Burnout se concibe como el resultado de esa pérdida global o amenaza de pérdida de recursos valiosos, y por tanto, como un síndrome fundamental de agotamiento de recursos. Además, Hobfoll sugiere que las características personales podrían actuar como moduladores frente a la experiencia de estrés. Asimismo, las relaciones sociales desde este modelo son vistas como recursos, en la medida en que son proveedores o facilitadores de la preservación de recursos valiosos para el sujeto. En palabras textuales del autor "*Burnout es un proceso continuo, causado por la permanente y gradual pérdida de recursos. El desarrollo de*

Burnout puede ser visto como un ciclo de pérdida de recursos que debe su dinámica a una combinación de estresores relacionados con el trabajo y estrategias inadecuadas para hacerles frente" (Hobfoll, 2008).

El modelo de esfuerzo-recompensa, propuesto por Siegrist (citado por Tejada y Gómez 2009) (Rodríguez y Hermosilla, 2011) enfatiza la importancia de los roles sociales en la medida en que pueden ofrecer a la persona oportunidades de contribuir o realizar tareas (generando sensaciones de auto-eficacia), oportunidades de sentirse recompensados y valorados (incrementando la autoestima) y oportunidades de pertenencia a un grupo significativo para la persona. El rol laboral en la vida adulta es considerado por Siegrist como una herramienta básica que satisface necesidades emocionales y motivacionales de las personas como la autoestima, la autoeficacia y la oportunidad de estructura social (Tejada y Gómez, 2009). A partir de estas consideraciones, esta teoría establece la falta de reciprocidad o equidad entre ganancias y costes como agente causante de un estado de agotamiento emocional que degeneraría en desgaste profesional y problemas de salud. Asimismo, el modelo asume que en muchos trabajos no existe una completa especificación del puesto que favorezca un balance equilibrado entre los esfuerzos requeridos y las recompensas que se otorgan. Estos sentimientos de ser tratado injustamente y de falta de reconocimiento como resultado de un sistema inapropiado de recompensas generan una serie de respuestas de estrés del sistema nervioso autónomo. Este hecho es debido a la experiencia recurrente de déficit de recompensa que impediría la capacidad de regulación y adaptación al entorno. A largo plazo, este nivel de desajuste entre altos niveles de esfuerzo y baja recompensa conduciría a un desgaste profesional y aumentaría el riesgo de

enfermedad como consecuencia del estrés mantenido y tiene consecuencias negativas para la autoestima, la autoeficacia y el sentido de pertenencia.

Otro modelo de carácter integrador a destacar son los de Gil et al (1995), citado por Martínez (2010). Este modelo pertenece al grupo de modelos de la teoría sociocognitiva del yo, estos investigadores apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Proponen que los profesionales experimentan primero, una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva la "despersonalización" como estrategia de manejo, es decir, este síndrome sería una respuesta de la ineficacia del afrontamiento al estrés laboral. Estos autores dividen las personas con Burnout en dos grupos: el Perfil 1 conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. El perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del Burnout. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa (Gil, 2005).

Factores de Riesgo:

Muchos de los estudios que se han realizado, han intentado buscar una correlación entre los componentes del Burnout y los posibles antecedentes a la presentación de éste. Leiter y Harvie (1996) agruparon estos antecedentes en 3 grandes grupos: las características individuales, las características del cliente y las características del ambiente de trabajo.

Características individuales:

Según Ackerley. la posición teológica o ideológica tiene una gran influencia en el desarrollo del Burnout (Ackerley, 1988), otros factores asociados son el hecho de que las personas tengan conocimiento de técnicas de prevención del Burnout, el grado de satisfacción que obtienen con actividades de ocio, su capacidad de empatía, el grado de aceptación de perspectivas de los otros, la capacidad de exteriorización o internalización del enojo, las estrategias de afrontamiento y de Coping (siendo este según Lazarus, citado por Soriano, el conjunto de estrategias para tratar con la amenaza (Soriano, 2002)), el tener un sentido o propósito en la vida, el grado de tensión experimentada en situaciones interpersonales, la práctica de ejercicio físico, relajación y calidad y cantidad de sueño, entre otras.

En los últimos años, se le está prestando atención a otro factor individual conocido con el nombre de inteligencia emocional. Según Ortiz y Jiménez en 2011, se refiere a *"la habilidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones, la habilidad de generar sentimientos que faciliten el pensamiento, la habilidad de comprensión emocional y conocimiento emocional y la habilidad de regular emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional*". Este concepto plantea una nueva forma de visión en el estudio de las emociones, ya que dejan de ser elementos perturbadores de los procesos cognitivos para convertirse en fenómenos vitales del ser humano que proporcionan información útil para solventar problemas cotidianos. *"El uso inteligente de las emociones puede ayudar a nuestra adaptación psicológica y física"* (Ortíz y Jiménez, 2011). La relación del concepto de inteligencia emocional se relaciona con el Burnout en el tanto éste último se caracteriza por la presencia de diversas emociones negativas que llevan a una pérdida tanto de la

calidad como del rendimiento en el trabajo que puede extenderse a otras áreas que afectan la calidad de vida de las personas.

Características del cliente:

Según Maslach y Jackson (1986), citados por Leiter y Harvie (1996), las características del cliente y el tipo de contacto con este son un factor definitivo para el desarrollo de Burnout en todos los prestadores de servicios humanos.

Los estudios se han focalizado en factores como el número y el tipo de casos, así como el nivel de contacto con el cliente (el contacto será bajo con 50% o menos de contacto directo con el cliente). La percepción de tener demasiados casos, altos niveles de tensión, poco tiempo para realizar el trabajo, el número de horas de contacto con el paciente por semana (Kandolin, 1993). Las actitudes de los clientes tienen un gran impacto sobre el trabajador, el comportamiento negativo o agresivo de parte cliente ha correlacionado positivamente para Burnout en algunos subgrupos de salud mental como psicoterapeutas y enfermeros (as). (Ackerley, 1988) (Kandolin, 1993).

Hay contextos laborares en los que los clientes tendrán una mayor probabilidad de presentar conductas negativas y agresivas, por ejemplo, en instituciones psiquiátricas con pacientes de cuidado mental o en instituciones penitenciarias, esto será estudiado más a fondo en el apartado de características del trabajo, sin embargo es importante mencionar en este punto que hay algunas situaciones que exponen al trabajador a actos violentos por parte de los clientes. Así lo menciona Miret (2010), en el caso de trabajadores de los servicios de emergencias.

Características del trabajo:

Numerosos estudios han relacionado las características de los ambientes laborales con la aparición de Burnout. Por ejemplo se ha demostrado una clara diferencia entre laborar en entornos privados versus institucionales, por ejemplo trabajar en instituciones psiquiátricas estatales (Farber, 1985). La ambigüedad de roles, en cuanto a que un trabajador no tenga un perfil claro de trabajo y sea sobrecargado con labores de otros funcionarios, el tipo de administración del liderazgo hacia los empleados, una percepción de poco o nulo apoyo por parte de los superiores, dificultad para acceder a los recursos para los clientes, falta de satisfacción en el trabajo y autoestima profesional, carencia de innovación en el trabajo y ambientes confortables, son algunas de las características asociadas al desarrollo del Burnout.

Según Burgos y Calvino, citados por Miret (2010) *"La violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave y a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones y es causa de perturbaciones inmediatas a largo plazo*". Y según este autor la empresa u organización afectada por violencia ve deteriorada su imagen corporativa, las relaciones interpersonales, la organización del trabajo, la productividad, el ambiente laboral y la atención a los clientes. Esto se refiere no solo a aspectos concernientes a violencia física, sino también la que se produce a través de un comportamiento repetitivo que paulatinamente va dañando la integridad psicológica del afectado y que puede llegar a tener repercusiones incluso mayores que la violencia física. (Chapel, 1998). La violencia puede tener resultados negativos sobre la organización por ejemplo, desarrollo de baja moral del trabajador, estrés laboral progresivo, mayor rotación

del personal, disminución en la confianza hacia la dirección y hacia los compañeros de trabajo, y un entorno de trabajo hostil. (Miret, 2010).

Otros autores (Gutiérrez et al, 2006) (Quinceno y Vinaccia, 2007) han descrito y clasificado los factores de riesgo para desarrollar Burnout en:

Factores sociodemográficos:

La mayor incidencia de Burnout se da en personas jóvenes, género femenino, solteros, sin pareja estable, portadores de personalidades optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseos de prestigio y mayores ingresos económicos, portadores de psicopatología de fondo.

Factores propios del trabajo:

El que a nivel organizacional no se posibilite la toma de decisiones, que haya excesiva burocratización o demasiada complejidad y formalización de la empresa o institución para la cual se labora; ambientes donde no se posibilite la promoción y se frustren las expectativas de los empleados, trabajos con cambios en los turnos laborales y el horario de trabajo, empresas que no brinden seguridad y estabilidad en el puesto, ambiente laboral que no permite al empleado controlar las actividades a realizar, ambientes donde no haya retroalimentación de la propia tarea, trabajos mal remunerados, empresas con una estrategia de minimización de costos en las que se reduce el personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores o que no invierten en el desarrollo y capacitación del personal, ambientes físicos de trabajo con deficiencias de condiciones ambientales, ruido, temperatura, etc. Ambientes donde las relaciones interpersonales con

compañeros, clientes y otros sean de difícil comunicación, mayores turnos laborales o sobrecarga laboral.

Definitivamente hay factores organizacionales relacionados con la aparición del Burnout, tales como pesadas cargas de trabajo, escasez de tiempo para cumplir con los deberes y el clima interaccional en unidades de cuidado de la salud, sin embargo, no todos los trabajadores en un mismo lugar de trabajo se ven afectados. De ahí la importancia de considerar los factores individuales que podrían inducir susceptibilidad para desarrollar el Burnout.

Un aspecto pivote es el conflicto que se genera a partir de la lucha interna entre lo que una persona quiere alcanzar como trabajador y que tanto de esto puede realmente manejar o alcanzar, en otras palabras, sentimientos de inadecuación y dificultades para con la "consciencia". El concepto de "consciencia" y su existencia como tal, se ha intentado medir en algunos estudios relacionados con Burnout.

La consciencia puede ser percibida como una autoridad interna, una fuente de alerta, una demanda de sensibilidad, un recurso o más bien como una carga; esto se ha observado independientemente del contexto cultural del que provenga el individuo (Gustafsson, 2012).

Glasberg et al (2007), demostraron en cuanto a este tema, que el ítem incluido en una de las escalas para medir la influencia de la consciencia en las personas es el de *"se debe aplacar a esta para continuar trabajando en el cuidado de la salud*" y está especialmente relacionado con el desarrollo de Burnout. El estrés de la conciencia también

se ha visto relacionado con la aparición del Burnout, en especial en relación con aspectos como falta de tiempo para proveer un cuidado de salud adecuado, un trabajo tan demandante que influencie la vida familiar y la percepción de no poder cumplir con las expectativas de los demás. La conciencia moral también se ha relacionado con la aparición por cuanto se manifiesta como una genuina preocupación por el bienestar de los demás.

Weber y Jeakel (2000) introducen además los conceptos de apoyo o soporte social y de resiliencia. El apoyo social ha jugado un papel protector en contra de la aparición de estrés del trabajo; en el caso del personal de salud, se ha demostrado mayor agotamiento emocional cuando percibían un apoyo limitado por parte de compañeros de trabajo, supervisores y seres queridos en general. La resiliencia denominada por estos autores como *"la fuerza interna que nos hace sobreponernos a la adversidad"* también juega un papel fundamental en modular los efectos negativos que sobrevienen del estrés. Glasberg también ha reportado como los bajos niveles de resiliencia se correlacionan con mayor presencia de agotamiento emocional.

En el estudio llevado a cabo (Gustafsson, 2010), se aplicaron 6 cuestionarios (Perception of Conscience Questionnaire (PCQ), the Stress of Conscience Questionnaire (SCQ), the Moral Sensitivity Questionnaire Revised (MSQ-R), the Social Interactions Scale (SocIS) and the Resilience Scale (RS) y Cattell's Sixteen Personality Factors Questionnaire) a 2 grupos de trabajadores del área de salud de psiquiatría y geriatría, cada uno conformado por 20 integrantes. Un grupo cumplía con criterios de Burnout según el Inventario de Maslach y el otro era sano. Encontraron que el grupo sin Burnout presentaba menos niveles de estrés de "conciencia", interpretando esta como *"una herramienta que no*

puede evadirse y que resulta en un bien de autocuidado", en comparación con el grupo de Burnout que le da un papel de "carga", que "*se debe aplacar o amortiguar para seguir adelante"*. La sensibilidad es percibida como una "*fuerza que impulsa a trabajar por el bienestar del paciente*" en el grupo sin Burnout, y como una "*carga con demandas que no acaban"* para el grupo con Burnout. El grupo sin Burnout parecía tener una actitud más paciente hacia la vida que su contraparte. Tanto la resiliencia como el apoyo social demostraron ser factores protectores, y el grupo de estudio en general demostró una percepción de menor apoyo social o de que éste no era suficiente.

Leiter y Harvie (1996), postularon que el Burnout es más evidente en situaciones que "*inhiben la capacidad del trabajador de darse cuenta de sus valores a través del trabajo"*. Estos problemas surgen cuando hay asociada una demanda excesiva por número de casos o conflictos personales que interfieren con la prestación de un adecuado servicio. Y se exacerban por percepción de un bajo apoyo de colegas, familia o escasez en los recursos para el trabajo mismo. Y en contraposición la implementación de estrategias activas de coping afectan positivamente al trabajador para que encuentre su valor a través del trabajo.

Por su parte Penson (2000) agrupa los factores de riesgos en 4 características. En primer lugar describe el grado de entrenamiento del profesional, ya que varios estudios realizados y citados por este autor (Wippen, 1991) (Ramírez et al, 1995) y (Creagan, 1993), han atribuido el Burnout a la falta de un entrenamiento adecuado, no solamente del tipo técnico, sino también en comunicación y estrategias de administración. Al igual que otros

autores, Penson también incluye factores de riesgo personal, como historia personal de enfermedad psiquiátrica, experiencias negativas en la infancia, y los rasgos de personalidad. Luego también presenta un apartado concerniente a los equipos de cuidado de salud, ya que la prevalencia del Burnout puede verse disminuida por equipos de trabajo eficientes que presten atención a las necesidades emocionales de los miembros. La relación que se desarrolla con el paciente juega un papel fundamental en el desarrollo de Burnout; es probable que por esto la prevalencia del síndrome es mayor en profesiones en que se desarrollan relaciones más cercanas con los clientes, por ejemplo psicoterapeutas, oncólogos, enfermeros de servicios de cuidado infantil, en contraposición con cirujanos, ortopedistas, etc. En quinto lugar ubica a las estrategias de acoplamiento o coping.

Por último Miret 2010, agrupó los factores de riesgo para el Burnout en 4 grupos, que básicamente contienen 3 entornos el individual, el organizacional y el social. El primero de ellos se refiere a los factores psicológicos y psicopatológicos de los profesionales. En este apartado se incluyen, el optimismo, la autoestima, los trastornos de personalidad, los trastornos afectivos y ansiosos. En segundo lugar este autor propone factores sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, presencia de una red de apoyo socio-familiar, el tipo de profesión y la historia a laboral, este último se refiere a los años de trabajo. Posteriormente el tercer apartado se refiere a factores propios de la organización laboral, como por ejemplo, turnos, horarios, rotaciones, sobrecarga laboral, equidad y justicia en el reparto de la carga laboral, estructura de los servicios, control sobre el propio trabajo, satisfacción e identificación con el equipo de trabajo y la empresa, sistemas de recompensa, estrategias de motivación y expectativas de desarrollo profesional, conflictos

entre valores de la empresa y el profesional. Por último menciona factores sociales, dentro de los cuales se encuentra la valoración social de las profesiones sanitarias.

El cuadro 2 resume las posturas de los distintos autores estudiados.

Cuadro 2. Factores de riesgo para el desarrollo de Burnout según distintos autores.

Autor	Año	Factores de Riesgo
Leiter y Harvie	1996	• Características individuales • Características del cliente • Características del trabajo
Gutiérrez et al **Quinceno y Vinnacia**	2006 2007	• Factores sociodemográficos • Factores propios del trabajo
Ortíz y Jiménez	2011	Inteligencia emocional
Miret et al	2010	• Factores psicológicos y psicopatológicos • Factores sociodemográficos • Factores de organización laboral • Factores sociales
Weber y Jaekel	2000	Resiliencia y apoyo social
Penson y Dignan	2000	• Nivel de entrenamiento • Factores de riesgo personal • Eficacia de servicios de salud • Relación con el paciente • Mecanismos de coping
Glasberg **Gustafsson**	2007 2010	Influencia del concepto propio de “conciencia”

Manifestaciones clínicas del síndrome de Burnout:

En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de Burnout: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento).

Se dice que al día de hoy se han reportado más de 100 síntomas asociados al síndrome de Burnout (Quinceno y Vinaccia 2007). En el cuadro 3 se citan los efectos descritos del Burnout, según diferentes autores.

Cuadro 3. Efectos descritos del Síndrome de Burnout.

	Manifestaciones
Cognitivas	Problemas de memoria, ideación suicida, ideas de culpa o autoinmolación, baja autoestima
Emocionales	Depresión, frustración, irritabilidad, ansiedad, "sensación de estar desgastado", aburrimiento, desilusión dificultad para controlar y expresar emociones.
Somáticas	Cefalea tensional, problemas gastrointestinales, fatiga, mialgias, insomnio, dolor inespecífico, incrementa el reporte de infecciones de vías respiratorias superiores y gastroenteritis, lumbalgia, hipertensión arterial. Disminución del número total de linfocitos, de células T (CD3, CD4 y CD8) y NK (Natural Killers).
Conductuales	Dificultad para relajarse, cinismo, ausentismo laboral, disminución de la productividad y del interés en el trabajo, incremento del uso del alcohol, involucramiento en actividades de alto riesgo (que aparecen por primera vez en la persona), comportamiento suspicaz, inflexibilidad y rigidez.
Interpersonales	Aislamiento, superficialidad en el contacto con los demás.

Fuentes: Quinceno y Vinaccia, (2007); Schaufeli, et al (2001); Faragher, et al (2005); Kumar, Nath, Lau, Bradley (2006); Nakamura, Nagase, Yoshida, Ogino 1999; Mommersteeg et al (2006); Ramírez et al (1995).

Instrumentos utilizados en el diagnóstico del Burnout:

El Maslach Burnout Inventory (MBI).

El instrumento usado con mayor frecuencia para medir el síndrome de Burnout, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, es el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) elaborado por Maslach y Jackson, en 1981. Es también uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado. Casi se podría afirmar que a partir de su elaboración se normaliza el concepto de "quemarse por el trabajo", pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización del MBI, que en sus versiones iniciales lo conceptualizan como un síndrome caracterizado por baja realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. (Gil, 2003) (Martínez, 2010).

En la actualidad existen tres versiones del MBI: a) el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en tres escalas y miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (8 ítems), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) (9 ítems), y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (5 ítems). Y se encuentra relacionado con la primera etapa en la investigación de estas autoras, cuando se propuso que el síndrome de Burnout se daba en las personas que prestaban servicios humanos. (Gil 2003) (Martínez 2010). b) El MBI-Educators Survey (MBI-ES), es la

versión del MBI-HSS para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas. (Gil 2003)(Martínez 2010). c) el MBI-General Survey (MBI-GS). Esta nueva versión del MBI presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan baja eficacia profesional, agotamiento y cinismo. (Gil 2003)(Martínez 2010)

Los 16 ítems se valoran con una escala tipo Likert en la que los individuos puntúan con un rango de adjetivos que van de "Nunca" a "Todos los días", que se refieren a la frecuencia con que han experimentado cada una de las situaciones descritas en los ítems. Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse por el trabajo, en la subescala de eficacia profesional bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse por el trabajo. Además, esta subescala es independiente de las otras dos, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. Por ello, no se puede asumir que la eficacia profesional sea un constructo opuesto a agotamiento emocional y despersonalización.

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de quemarse por el trabajo como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los individuos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los individuos por encima del percentil 66 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 33 y el 66 en la categoría "medio", y por debajo del percentil 33 en la categoría "bajo". De este modo, un individuo que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y "bajo" para eficacia

profesional puede ser categorizado como un individuo con altos sentimientos de estar quemado.

Leiter y Harvie en 1996, realizaron un metanálisis de estudios de Burnout publicados entre 1985 y 1995 en trabajadores de salud mental. Analizaron varios subgrupos de salud en relación a las tres subescalas del inventario de Burnout de Maslach (IBM), agotamiento emocional, despersonalización y logro personal. Recomiendan el uso de esta escala para futuras investigaciones.

En castellano la escala fue validada por Gil y Peiró, 1999 en una muestra de 559 profesionales de diferentes sectores ocupacionales. Llegan a la conclusión: "*a la luz de los resultados obtenidos y de las conclusiones ofrecidas en estudios similares, el cuestionario se puede considerar válido y fiable en la versión adaptada al castellano*".

Son los mismos Gil y Peiró (1999), quienes también critican fuertemente la escala, en palabras textuales: "*la falta de modelos teóricos sólidos que dirijan la investigación, y que relacionen el estudio del síndrome de quemarse con otros campos de estudio de la Psicología Social, se considera una de las deficiencias más relevantes para su estudio*." Y señala en el MBI debilidades psicométricas a nivel factorial, de consistencia interna, en especial la escala de despersonalización, aunque mantiene valores alfa de Cronbach aceptados en la literatura estadística. De allí que estos investigadores desarrollen su propia escala, que será discutida en breve más adelante.

A pesar de todo esto, el MBI es el instrumento utilizado con mayor frecuencia en la literatura y estudios para medir el síndrome de desgaste profesional, independientemente de las características ocupacionales de la población analizada. Razón por la cual, elegimos esta escala para nuestro realizar nuestro trabajo.

Inventario de Burnout de Copenhague (CBI):

Otro instrumento de medida que se ha utilizado en el síndrome de Burnout, es el Inventario de Burnout de Copenhague (CBI), en este cuestionario el agotamiento emocional sigue siendo el núcleo principal del síndrome, pero se desarrollan tres escalas diferentes: el agotamiento emocional global, el agotamiento relacionado con el trabajo de forma general, independientemente de la profesión, y el agotamiento aplicado a los trabajadores de profesiones de servicio humanas. (Borritz et al, 2005).

Burnout Measure (BM):

Según Schaufeli et al, (nd) y Martínez (2010), este es el segundo instrumento de evaluación del Burnout más utilizado en los estudios de investigación; fue elaborado por Pines y Aronson en 1988. Para estos autores el Burnout se define como un estado de agotamiento físico, mental y emocional, causado por involucrarse por largo tiempo en situaciones con situaciones laborales emocionalmente demandantes. El Burnout Measure consta de 21 ítems, en tres subescalas, con formato tipo Likert, de siete puntos con rango de nunca a siempre. Ésta expresa estados de agotamiento físico, emocional y mental. Las dimensiones que los autores conceptualizaron son:

1. Agotamiento físico: caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.

2. Agotamiento Emocional compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y Burnout.

3. Agotamiento mental formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

Los autores presentan esta escala como un instrumento de autodiagnóstico e incluso ofrecen una interpretación del resultado de las mismas. Sin embargo, se le critica que la única dimensión que evalúan es el agotamiento emocional, dejando por fuera de definición tridimensional del Burnout. (Gil, Unda, Sandoval, 2009) (Schaufeli et al (nd)).

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT-PD):

Este instrumento realizado por Gil et al (1999), está formado por 20 ítems que se distribuyen en cuatro dimensiones. Basándose en que el Burnout (o Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), según los autores) consta al menos, tres componentes: baja productividad laboral, agotamiento emocional y/o físico, y un exceso de despersonalización.

Estas dimensiones (Gil, 2004) (Gil et al, 2005) (Gil et al, 2009) se denominan:

1. Ilusión por el trabajo. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Los ítems que

componen esta dimensión están formulados de manera positiva, de manera que bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el SQT.

2. Desgaste psíquico. Aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

3. Indolencia. Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan.

4. La cuarta dimensión del CESQT se denomina Culpa, y para su inclusión en el cuestionario se tomaron como referencia estudios en los que se considera que los sentimientos de culpa son un síntoma característico de los individuos que desarrollan el SQT.

Dividen los sujetos con Burnout en dos perfiles, el primero moderado y el segundo con severo Burnout. Y de ahí los autores plantean intervenciones terapéuticas. (Gil, 2004) (Gil et al, 2005) (Gil et al, 2009).

Diagnóstico diferencial:

Ha sido importante en la literatura y estudios relacionados con el síndrome de Burnout poder establecer las diferencias con otros constructos aceptados, pues debido a la poca especificidad y la gran variedad de los síntomas que puede desarrollar una persona que tiene Burnout, sigue siendo tema de debate si este fenómeno es solo factor de riesgo o parte de otras enfermedades psiquiátricas ya reconocidas como la depresión (‘animo depresivo y/o anhedonia persistente por al menos 2 semanas), la distimia (animo depresivo crónico que no alcanza criterios para un episodio depresivo) , el síndrome de fatiga crónica, o parte de otros fenómenos como el mobbing (también conocido como acoso laboral) o el trauma vicario (trauma que se produce en trabajadores producto del estrés que generan situaciones altamente traumatizante de los clientes o pacientes), a continuación se hace una breve caracterización de estos diagnósticos, centrándose en las diferencias con el síndrome de Burnout.

Depresión:

El Burnout es un síndrome que se desarrolla usualmente en profesionales dedicados, comprometidos a su labor, diligentes, y que desarrollan sentimientos de insatisfacción, desilusión y cinismo. Pines y Edelwich, citados por Guthrie & Black (1997), escriben acerca del componente depresivo ligado al Burnout: agotamiento físico y emocional, desesperanza, pérdida de creatividad, para el primero y pérdida progresiva del idealismo, de la energía, del “propósito”, para el segundo. Incluso hay quienes afirman que el Burnout es un factor de riesgo para el desarrollo de un episodio depresivo (Kaschka et al, 2011) (Madrigal, 2006).

La depresión se caracteriza por que la persona cursa con bajo estado de ánimo, pérdida de interés o placer en las cosas que antes se hacían, alteraciones en el apetito, el peso, el patrón de sueño, enlentecimiento o agitación psicomotora, fatiga o pérdida de energía, dificultad para concentrarse, ideas de culpa y de muerte. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, los síntomas deben ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2003).

Sin embargo, los investigadores de este síndrome lo diferencian de la depresión, en que su patrón de desarrollo y su etiología son diferentes, y en que aunque el agotamiento emocional tiene una correlación significativa con la depresión, no la tienen las otras dos dimensiones del Burnout: despersonalización y la baja realización personal. (Martínez, 2010). Un ejemplo de esto es un estudio citado por Guthrie & Black (1997), realizado por Glass et al en 1996, en donde se toma una muestra de 162 enfermeras y se les pasa el MBI y el Inventario para depresión de Beck, encontraron que el 19% de la varianza en la subescala de agotamiento emocional era atribuible a las puntuaciones en el Inventario de Beck, no así las subescalas de despersonalización y realización personal.

Según Ortega y López (2004) y Madrigal (2006), en la depresión el deterioro del sujeto es generalizado, es decir afecta al individuo en su ámbito laboral, familiar, académico, social. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer

normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Mientras que en el Burnout la disminución en el estado de ánimo es temporal y específico al ámbito laboral.

Sin embargo, la relación entre depresión y Burnout es compleja, multidireccional y se encuentra aún hoy en día en debate.

Distimia:

Según la APA, 2003, los criterios diagnósticos del trastorno distímico son: un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años, asociado a por los menos dos de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. Las personas pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles, puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., "yo siempre he sido así", "esta es mi forma de ser"). A lo largo del período de 2 años, los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses. Después de los 2 primeros años del trastorno, pueden sobreañadirse al mismo, episodios depresivos mayores. (APA, 2003)(Madrigal, 2006) A pesar de que en muchos casos la sintomatología distímica y del síndrome de Burnout son muy parecidas, en el síndrome de Burnout la etiología de la misma es diferente, y sobretodo limitada al ámbito laboral.

Síndrome fatiga crónica:

Esta es una enfermedad cuyo síntoma principal o cardinal es la fatiga, que es indispensable para el diagnóstico, que no es secundaria a actividad excesiva, no mejora con el reposo, empeora con el estrés y en seguida configura una discapacidad (física y mental) persistente, (Barbado et al, 2006). A parte de la fatiga, sus otros criterios diagnósticos son los de Fukuda et al (1994), citados por Casas (2009); asociación de 4 o más de los siguientes síntomas durante 6 meses consecutivos y no presentes antes de la aparición de la fatiga:

• Dificultades de concentración o de memoria.

• Faringitis.

• Adenopatías dolorosas.

• Dolor Muscular.

• Dolor articular sin inflamación.

• Migraña.

• Sueño no reparador.

• Fatiga tras el ejercicio (>24 horas).

En la revisión de Barbado et al (2006), anotan acerca del perfil clínico de la fatiga crónica que en el caso típico esta surge de forma aguda, e incluso de forma súbita, en general en una persona previamente activa. Esta es la primera diferencia con el síndrome de Burnout que es de origen insidioso, otra diferencia es que el síndrome de fatiga crónica está relacionado a la convalecencia de cuadros virales, como la mononucleosis infecciosa. Y en su sintomatología inicial suele predominar la fiebre, odinofagia, tos, mialgias y la fatiga, no

siendo esta la presentación del Burnout que se relaciona al ambiente laboral, se acompaña no solo de agotamiento sino también de cinismo y baja realización personal.

Mobbing, acoso laboral:

"*El mobbing es el continuo y deliberado maltrato verbal y moral que recibe un trabajador por parte de otros, que se comportan con él cruelmente con vistas a lograr su destrucción psicológica y a obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos*" (Mansilla, 2003). Consiste en el ataque cotidiano caracterizado por la implementación de una serie de tácticas o estrategias orientadas a desestabilizar, mutilar, y anular su autoestima, proyección laboral o social. (Pérez, 2008)

Podría considerarse como una forma de estrés laboral que presenta la particularidad de que no ocurre por causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con su organización sino que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen en cualquier empresa entre los distintos individuos, donde media la imposición del poder, cuestión que lo diferencia del síndrome de Burnout, debido a que sus etiologías son diferentes.

Debido a esto la persona que enfrenta una situación de estas puede iniciar con sintomatología como: cansancio, problemas de sueño, cefalea, ansiedad, irritabilidad, dificultad para concentrarse, trastornos digestivos, lumbalgias, estado depresivo (Hirigoyen, 2001)(Pérez, 2008).

Trauma vicario:

Conocido también como síndrome de desgaste por empatía, es un fenómeno cuya concepción nace a partir de la teoría del trauma, y hace alusión al estrés postraumático sufrido por terapeutas, o cualquier otro profesional o trabajador involucrado en el manejo de situaciones altamente estresantes y/o traumatizantes. (Sassón, 2004)(Cazabat, 2002). En el trauma vicario, lo que traumatiza es "*la escucha reiterada de relatos horrorosos, que tienen la característica de lo impredecible, lo que escapa de control y la impotencia para actuar diferidamente frente a lo acontecido a la víctima*". (Torres, 2010). Es decir, la traumatización vicaria, vendría a ser un trastorno de estrés postrauma secundario debido a que dentro de los criterios para el mismo, es condición suficiente para desarrollar dicho trastorno, haberse enterado de situaciones traumáticas para otros significativos. Cuestión que lo diferencia en su etiología y fisiopatología del síndrome del Burnout, pues aunque ambos están ligados al trabajo, el síndrome de desgaste por empatía se experimenta principalmente en terapeutas, cursa con sintomatología del espectro ansioso principalmente; y el síndrome de Burnout se asocia con despersonalización, lo que no está presente en el trauma vicario.

Debido a que cada vez se recurre con mayor frecuencia a terapeutas para asistir a los sobrevivientes de delitos violentos, catástrofes naturales, abuso infantil, torturas, genocidios, persecución política, guerra y ahora también terrorismo, en la literatura de la psicotraumatología se inició un debate sobre las reacciones experimentadas por los terapeutas y otros profesionales asistenciales que atienden a tales individuos (Figley, 1995, citado por Sassón 2004). Los profesionales que deben oír el relato de situaciones

traumáticas, del horror, de la crueldad humana o de pérdidas extremas pueden sentirse desbordados y comenzar a experimentar sentimientos de temor, dolor y sufrimiento parecidos al que padecen los pacientes. Además, pueden presentar síntomas del trastorno por estrés postraumático similares a los de los pacientes (por ejemplo, pensamientos intrusivos, evitación y activación fisiológica) así como también pueden sufrir cambios en la relación consigo mismos, con sus familiares, con sus amigos o con su comunidad. En consecuencia, es probable que ellos mismos precisen asistencia para poder afrontar los efectos de la exposición al relato de experiencias traumáticas ajenas (Figley, 1995 citado por Cazabat, 2002). Los síntomas del desgaste por empatía pueden clasificarse de la siguiente manera (Torres, 2010) (Sassón 2004) (Cazabat, 2002):

1. Pensamientos e imágenes asociadas con las experiencias traumáticas del paciente.
2. Deseo obsesivo y compulsivo de ayudar a ciertos pacientes.
3. Cuestiones relacionadas con el trabajo o los pacientes que invaden el tiempo personal.
4. Incapacidad para hacer a un lado los temas vinculados a la actividad profesional.
5. Percepción de los sobrevivientes como individuos frágiles y necesitados de la asistencia de un profesional («el salvador»).
6. Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial.
7. Sensación de tener derecho a prerrogativas y de singularidad.
8. Percepción del mundo en términos de víctimas y victimarios.
9. Actividades personales interrumpidas por cuestiones relacionadas al trabajo.

Ocupaciones en Riesgo: Burnout y personal de Salud

Los estudios demuestran que no todos los estamentos profesionales responden de la misma manera al estrés laboral, y que el nivel de afectación de las distintas dimensiones del síndrome de desgate profesional o Burnout puede variar en función de la profesión. Estamento se define como *"el estrato de una sociedad definida por un estilo de vida común o una análoga función social".* (Miret, 2010). Dado que el personal de los servicios de salud se enfrenta con clientes con situaciones de enfermedad física, mental, conflicto sociales muerte, violencia, es necesario mencionar algunas características de estos gremios que los exponen a sufrir de este síndrome.

Médicos (as):

En esta época de sistemas de salud que quedan en falta y son sometidos a cambios y reestructuraciones, los médicos han encontrado que su profesión es atacada desde varios puntos, causando en muchos casos cuestionamiento sobre la elección de carrera que realizaron. La medicina atrae a idealistas que tienen un deseo genuino de ayudar a otros, y generalmente se lidia con pacientes enfermos, que sufren dolor. La amenaza de la mal praxis está siempre latente; la amenaza de demanda genera cambios en la práctica del médico, a saber, registros más detallados, más cantidad de estudios solicitados, una actitud más negativa hacia el paciente y un modo defensivo que menoscaba la relación médico-paciente. (Felton, 1998). Los avances tecnológicos y científicos que generan nuevas guías de tratamiento y obligan al profesional a estar al día y seguir el ritmo. Todo esto con un sacrificio implícito de la vida en familia en muchos casos. Estar "disponible", que implica que siempre se tendrán casos nuevos para los que hay que diseñar un plan de tratamiento, pesadas carga de trabajo por número de pacientes, tener que lidiar con la muerte, toma de

decisiones que impliquen realizar medidas heroicas versus no realizar ninguna medida y dejar que la enfermedad tome su curso.

Se han realizado estudios para Burnout en varias especialidades, entre ellas, oncología y cuidados paliativos. Una población que ha sido objeto de estudio por las condiciones de estrés y trabajo a las que se ven expuesta todos los días es la de los médicos que se encuentran realizando una especialidad. Varios estudios con muestras pequeñas, no aleatorizados, han encontrado una alta incidencia de depresión (Girard, 1986), enojo y hostilidad (Wenst, 1984), en médicos residentes comparados con la población general. Otros autores citados por Felton (1998) como Taylor (1987), y Butterfield (1988), indicaron que hallazgos fueron atribuidos a la deprivación importante de sueño y fatiga a la que se ven expuestos. Otros estudios han correlacionado errores médicos y mediciones de distrés, aquellos residentes con puntuaciones elevadas para Burnout eran doblemente propensos a reportar un error en su práctica clínica en los siguientes 3 meses (Ashkar, 2010).

Los médicos residentes hoy en día tienen crecientes demandas, como manejo de un creciente conocimiento clínico y científico, acoplarse a las políticas y reglas de los sistemas de salud, lidiar con pacientes cada vez más enfermos, egresar pacientes ágilmente de las unidades de internamiento y adaptarse a adelantos tecnológicos, como sistemas computarizados, etc. Todos estos adelantos hacen más pesada la carga de trabajo.

Ashkar et al, publicaron en 2009 un estudio donde midieron la prevalencia de Burnout en 155 médicos residentes en dos Hospitales del Líbano, mediante el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory), encontrando Burnout en los 3 dominios, pero mayor en el

dominio de agotamiento emocional (67.7%). Se observó además que el sexo femenino, labora más de 80 horas semanales, experimentar mayor estrés y tener más de 8 tiempos extraordinarios o guardias al mes incrementaba las posibilidades de Burnout en al menos uno de los 3 dominios. Este estudio además aportaba un elemento importante a medir en futuros estudios, ya que fue llevado a cabo en una ciudad en vías de desarrollo como Beirute, que además de temas relacionados con bajas condiciones socioeconómicas, estaba expuesta a procesos de guerra y conflictos de índole político.

Ramírez et al (1995) y Deckard (1992) reportaron una prevalencia de Burnout de 25 a 60% respectivamente en personal médico en sus respectivos estudios. Shanafelt (2002) encontró una prevalencia de Burnout del 76% en médicos residentes y que esto se asociaba con un pobre cuidado médico del paciente. Y Toral et al (2009) en un estudio llevado a cabo entre setiembre 2003 y enero 2004, encontraron un 40% de Burnout en médicos residentes estudiados en 3 hospitales de México DF, además este 40% tenía 5.5 veces más probabilidad de reportar una o más prácticas subóptimas de cuidado de salud del paciente, generalmente asociaban depresión y tenían jornadas de trabajo de más de 12 horas.

Enfermeros (as):

Al igual que los médicos, los enfermeros (as), están expuestos a personas con enfermedad, y a la muerte, pero a diferencia de estos, cuyo contacto puede en la mayoría de veces ser intermitente, mantienen un contacto y cuidado continuo a lo largo de sus jornadas de 8 horas y a veces hasta de 12 horas. Este gremio siempre se ha visto expuesto a sobrecarga de trabajo, muchas veces en la forma de turnos dobles consecutivos. Los pacientes pueden ser demandantes y generalmente puede haber dificultades en la

comunicación como una consecuencia del tratamiento que reciben. Suelen haber sentimientos de falla personal e inutilidad en trabajo con paciente portadores de enfermedad neoplásica o VIH, en las que no se dan los procesos de cura.

Otro rasgo particular de este gremio es que generalmente se enfrentan a cambios de servicio, rotaciones, diferentes horarios y equipos de trabajo, además se ven expuestos a los riesgos de su profesión. Lesión con agujas para colocar inyecciones, exposición a enfermedades infecciosas, administración de medicamentos que pueden ser tóxicos para su salud, como antineoplásicos, agresiones físicas por parte de los pacientes, esta última más comúnmente observada en centros psiquiátricos (Grenade, 1995).

El grupo de enfermería presenta un riesgo elevado para desarrollar Burnout, pues su ocupación está expuesta a una carga pesada de trabajo e interacciones con pacientes que resultan estresantes y emocionales (Diaz, 2011). La relación entre las condiciones de trabajo de las enfermeras y la seguridad del paciente ha sido reconocida por Instituto de Medicina en Washington, DC, en el reporte “Keeping patientes safe: transforming the work environment for nurses” (McHugh, 2011).

McHugh et al (2011), realizaron un estudio con 3 propósitos, primero comparar el Burnout y el grado de satisfacción con el trabajo en enfermeras en varios escenarios intra y extrainstitucionales y roles de cuidado directo o indirecto con el paciente, segundo medir la influencia del ambiente de trabajo y las condiciones sobre el Burnout y el grado de satisfacción, y por último medir el efecto del Burnout y la satisfacción de las enfermeras sobre el grado de satisfacción del cliente. La satisfacción con el trabajo incluye aspectos

como salarios, beneficios, oportunidades para avanzar, horarios, independencia y estatus profesional. Como resultado una porción sustancial de enfermeras en hospitales y hogares de cuidado como contacto directo con el paciente reportaron estar "quemadas", insatisfechas con su trabajo y con los beneficios de su empleador. El grupo más satisfecho y con menos incidencia de Burnout fue aquel que no brindaba una atención directa. Además se encontró que un elevado porcentaje de Burnout en enfermeras de centros hospitalarios correlacionaba con niveles bajos de satisfacción del cliente, con signos de problemas para un cuidado de cualidad.

Un estudio intervencionista conducido por Hallbert en 1994 y citado por McHugh (2011), examinó la influencia de supervisión clínica de un grupo sistemático sobre experiencia en Burnout, con 11 enfermeras de cuidado pediátrico, llevando a cabo 14 sesiones de 2 horas cada una. Cada 3 semanas se analizaban las experiencias emocionales de las enfermeras con los pacientes. Aunque se reportó un aumento en la autoconfianza y cooperación de grupo, no hubo cambios en la escala MBI en la línea base, 6 meses y 12 meses tras iniciada la intervención. Como consecuencia se ha encontrado una relación entre aumento del agotamiento emocional y despersonalización y una disminución de percepción del logro personal con el abandono de la profesión a un plazo de 5 años.

Trabajadores Sociales:

Los trabajadores sociales que se desempeñan en ambientes hospitalarios presentan más síntomas relacionados con el estrés del trabajo, así como aquellos que laboran con población infantil y bienestar social (Grenade, 1995).

En un estudio publicado en 2006 por Evans et al, se encontró que de 271 trabajadores sociales del Norte de Gales en el Reino Unido, la mayoría presentaban datos de estrés emocional e insatisfacción con el trabajo y 47% mostraron datos de distrés severo. Como factores asociados encontraron sentimientos de ser subvalorados, demanda excesiva de trabajo, y poca independencia en la toma de decisiones (Evans et al 2006)

Escenarios de trabajo con muchas limitaciones y restricciones, recursos limitados, poca autonomía para acarrear resultados son algunos elementos relacionados con el Burnout en trabajadores sociales. Experimentan una gran cantidad de síntomas físicos, baja autoestima abandono de actividades tanto curriculares como extracurriculares y tendencia responsabilizar a los clientes de sus problemas. La despersonalización hacia los clientes es un rasgo característico. El entusiasmo que presentan tras finalizar sus estudios se ve confrontado con la realidad de los servicios en los que son contratados ya que los casos son muy complejos y las demandas y metas de la institución no hacen justicia a los objetivos que perciben alcanzar. Pueden asociar sentimientos de desesperanza y de ser menospreciados por los esfuerzos infructuosos de ayudar a los pacientes y comienzan a cuestionar su competencia y su motivación para mantenerse en ese campo. Sobreviene la desilusión que distancia al trabajador social de los ideales transmitidos en la teoría, cayendo en una relación despersonalizada con el cliente (Weber y Jaekel, 2000).

Profesionales de servicios oncológicos:

A pesar de múltiples intervenciones, la muerte sobreviene como un mal ineludible en esta rama de la salud. Estos profesionales de la salud deben enfrentarse a pacientes depresivos, con conocimiento de su diagnóstico y pronóstico, y que generalmente presentan

un estado emocional que no les permite ser considerados, receptivos o agradecidos con la atención recibida. Dan mucho de ellos mismos y reciben poco a cambio debido al futuro que visualizan los pacientes oncológicos y debido a la evolución natural de la enfermedad neoplásica se hace muy dificultoso mantener un sentido de esperanza. Algunos estudios han intentado medir la prevalencia del Burnout en oncólogos, Penson et al (2011), encontraron una prevalencia de 56% en Estados Unidos.

Personal de salud involucrado con pacientes portadores de VIH:

Es probablemente uno de los retos más difíciles que debe afrontar el personal de salud. El contacto con pacientes portadores de SIDA o VIH positivos genera temor de contagio, conductas evitativas, se asocian sentimientos de desesperanza en el personal y en los pacientes que provocan distintos grados de tensión en la relación terapéutica. En algunos casos la actitud y el temor a la enfermedad se convierte en algo tan negativo que se cometen acciones tales como eliminar pacientes de listas de espera para atención odontológica o médica general, negativas para cirugías, o negativa a procesar muestras de estos pacientes. Maj, citado por Felton (1998) encontró un amplio rango de reacciones emocionales desde el rechazo hasta la simbiosis con el paciente portador de VIH-SIDA.

Personal de Servicios de Emergencias:

Se encuentran expuestos a catástrofes físicas que asocian situaciones de alto riesgo emocional y se espera de ellos una respuesta rápida en situaciones de vida o muerte. En un estudio se observó que el estrés se manifestaba como insatisfacción, estrés organizacional y actitudes negativas con los pacientes (Hamme, 1986). La aparición de comentarios sarcásticos y mórbidos sobre los casos, se dan en respuesta al estrés y como un mecanismo

de defensa. En un estudio (Murphy, 1994) , en paramédicos y bomberos se enlistaron las siguientes manifestaciones de Burnout: fatiga física y emocional, apatía, sentimientos de desesperanza, indefensión, culpa, inadecuación, falla, incompetencia, cinismo, desilusión, suspicacia, resignación e indiferencia. Pese a sentimientos negativos, estos profesionales continúan llevando a cabo su labor a veces de forma heroica. Los servicios de urgencias son ámbitos especialmente generadores de estrés, soportan una importante presión asistencial y altos niveles de responsabilidad; los funcionarios están sometidos a altas exigencias por parte de familiares y de pacientes, excesivas horas de trabajo, falta de descanso, situaciones de riesgo y peligrosidad, por ello estos servicios son de especial riesgo para desarrollar Burnout o síndrome de desgaste profesional (Miret, 2010).

Trabajadores de Salud Mental:

Se han reportado muchos de los elementos del Burnout en trabajadores del campo de la salud mental, y parece que esta población es particularmente vulnerable al agotamiento emocional severo y al estrés psicológico. En 234 trabajadores de una institución psiquiátrica estatal, la principal estrategia de afrontamiento para escape se relacionaba con los tres ejes del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta del logro personal.) (Thornton, 1992). La violencia a la que está expuesta el personal de instituciones psiquiátricas se ha estudiado en los últimos años, tratando de determinar las posibles causas de estas agresiones. Se han encontrado tres categorías de circunstancias antecedentes: un paciente agitado, restricciones de tipo clínico o legal y provocación por terceros (pacientes, familiares, visitantes). La despersonalización es solamente una consecuencia lógica cuando el trabajador se expone a ambientes en los que debe

mantenerse en guardia para protegerse de ataques físicos o inclusive de tipo sexual, sin olvidar el costo emocional que acompaña al proceso.

Entre otras profesiones, dentro del área de los servicios de salud, que podrían verse afectadas por el Burnout se encuentran, los odontólogos, terapeutas de lenguaje, terapeutas físicos, trabajadores de servicios de cuidado intensivo y terapeutas ocupacionales (Felton, 1998).

Prevención y Tratamiento:

Es difícil hacer una distinción entre medidas de prevención y tratamiento. Si se toman medidas de prevención el Burnout no ocurrirá, y si el trastorno ya está establecido, las mismas medidas preventivas pueden usarse como terapéutica. El mayor aporte de las estrategias de prevención para Burnout, es el aumento de control del trabajo individual y la autonomía que genera día con día (Kirkaldy, 1991). Los altos costes personales, sociales y organizacionales generados por el estrés laboral y el desgaste profesional, han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud insistan en la importancia de la prevención e intervención en el ámbito laboral, Sin embargo la mayoría de intervenciones implementadas han sido a nivel individual. Pero al parecer las distintas organizaciones empiezan a tomar conciencia de la necesidad de implementar programas tanto de prevención como de intervención. Entre los principales procedimientos incluidos a nivel organizacional se destacan el rediseño de tareas, la clarificación de procesos de toma de decisiones, mejora en la supervisión (Rodríguez, 2011) (Felton, 1998), establecimiento de objetivos y procedimientos específicos y delimitados para cada uno de los roles profesionales, líneas claras de autoridad, mejora de las vías de comunicación dentro de la organización, mejora de las condiciones físicas y ergonómicas del trabajo. Mejora de incentivos y recompensas, ajuste de la promoción de profesionales siguiendo criterios claros, objetivos y equitativos, mejoras en los niveles de autonomía y responsabilidad del empleado, flexibilidad laboral y políticas de conciliación (Rodríguez, 2011).

Weber y Jaekel (2000), introduce el concepto de niveles de prevención y agrupa los abordajes preventivos en 2 grupos: modificaciones en el ambiente de trabajo (modificación de circunstancias) y mejoramiento en las habilidades de acoplamiento del individuo ante el estrés (medidas de prevención conductuales). Según la Organización Mundial de la salud la prevención puede dividirse en Primaria (evitación o eliminación de factores de riesgo), Secundaria (detección intervención temprana de la enfermedad manifiesta) y Terciaria (estrategias de acoplamiento de las consecuencias de la enfermedad, rehabilitación y prevención de recaídas). El cuadro 4 contiene algunos ejemplos:

Cuadro 4. Estrategias de prevención del Burnout.

Prevención Primaria **(Previene todo tipo de enfermedades relacionadas con el estrés del trabajo)**	**Prevención del establecimiento del Burnout**
• Estrategias para lidiar con el estrés. • Aprendizaje de técnicas de relajación. • Delegar responsabilidades (aprender a decir “no”). • Pasatiempos (deporte, cultura, naturaleza). • Manejo adecuado de relaciones interpersonales. • Profilaxis de frustración (disminución de falsas expectativas).	**Orientadas al ambiente de trabajo:** • Creación- preservación de un ambiente saludable (manejo del tiempo, comunicación, liderazgo). • Reconocimiento del desempeño (recompensa, apreciación, salario). • Entrenamiento de los supervisores. **Orientadas a la persona:** • Entrenamiento y evaluación previa al trabajo. • Programas específicos (grupos). • Monitoreo médico- ocupacional regular (tamizajes para Burnout).

Fuente: Weber y Jaekel, 2000

Reuniones:

Las reuniones de discusión de los equipos de trabajo permiten aumentar y mejorar la comunicación entre sus miembros. Cuando ha sucedido un evento traumático, estas reuniones permiten la liberación de sentimientos, de molestias, permiten además el intercambio de ideas que ayuden a la elaboración del evento y previenen la manifestación de reacciones persistentes de culpa, inadecuación o ineficiencia. Esta práctica también puede llevarse a cabo cuando se obtienen resultados negativos en el trabajo. Estas reuniones deben caracterizarse por un ambiente permisivo para la expresión de ideas, quejas, sugerencias o preguntas. Es fundamental que también promuevan un intercambio de ideas que ayude a la toma de decisiones, y que no sea una situación meramente informativa de las decisiones que los coordinadores tomaron. Si se aportan ideas como posible fuente de solución de los problemas actuales, los coordinadores o superiores deberían tomar acciones inmediatas de forma que los participantes perciban que se da un seguimiento a las ideas aportadas.

Trabajo en equipo:

Otro aspecto importante es el trabajo en equipo, que permite que el trabajo sea rediseñado, de forma que se asignen nuevos deberes, se roten las funciones y aumente o disminuya la responsabilidad, refrescando cada día las tareas a realizar. Este se diferencia del trabajo en grupo en que el primero se organiza en torno a un objetivo común; los miembros de un equipo son los más conocedores y cercanos a los componentes prácticos del trabajo.

Visitas de supervisores y coordinadores:

Las visitas de los coordinadores o supervisores de los equipos también son una estrategia de prevención, permite al trabajador tener una sensación de que su trabajo es significativo para el servicio y permite aclarar dudas y brindar explicaciones sobre las funciones de los diferentes miembros o del grupo en general, no solo monitorea la calidad del trabajo, sino que refuerza un ambiente de confianza e intercambio.

Aspectos relacionados con el trabajo:

La introducción de horarios de trabajo flexibles, que permitan a los trabajadores acomodarse con las labores domésticas, el cuidado y atención de la familia y el cuidado personal.

Procesos de toma de decisiones:

Los procesos de toma de decisiones se pueden estructurar de manera que el trabajador conozca el modus operandi y pueda realizar preguntas o sugerencias. Es más importante que se exprese una opinión, que simplemente se tome una decisión, esto a su vez equipara las responsabilidades, y le brinda al trabajador una sensación de apoyo y respaldo, que no tendría si estuviera tomando una decisión por su propia cuenta. Los miembros de un equipo de trabajo deben obtener un crecimiento tanto personal al desempeñar sus labores, como profesional, y la institución debe ser facilitadora para que ambos procesos sean llevados a cabo simultáneamente (el trabajo y el crecimiento personal) (Felton, 1998).

Entrenamiento e información:

Los empleados nuevos que inician apenas en una posición, deben recibir total explicación tanto de sus funciones como de todo lo concerniente al ambiente de trabajo, sus expectativas deben ser evaluadas y las dudas ampliamente aclaradas, esto fortalece el compromiso con la labor a desempeñar y la sensación de seguridad y motivación en el trabajo. Es fundamental que los supervisores fomenten la enseñanza, la investigación y la participación en actividades académicas que mejoren la preparación del empleado, así como hacerles llegar literatura y material escrito.

También cabe mencionar en este apartado, la enseñanza de estrategias individuales orientadas al manejo del estrés o el aprendizaje de técnicas de relajación para manejar el agotamiento y desgaste psíquico que generan situaciones de estrés tanto agudo como crónico. El ejercicio físico reduce de forma significativa los niveles de ansiedad. Y propiamente en materia de prevención individual del Burnout, se recomienda entrenamiento en resolución de problemas, manejo eficaz del tiempo, y adopción de estilos de vida saludable que faciliten el distanciamiento del trabajo en horario extra-laboral (Rodríguez, 2011).

Programas de asistencia al trabajador:

Al ser los ambientes de trabajo en ocasiones fuente de estrés y de tensión, donde además se agregan los eventos personales estresantes sin resolver, es fundamental la existencia de un programa de asistencia al trabajador (Felton, 1998). Cuando el estrés laboral y/o personal lleva a un trabajador a presentar problemas con su salud física de forma constante, que le impide desempeñarse adecuadamente y promueve el ausentismo, es

importante que haya algún abordaje. Freehill citado por Felton (1998), señaló que los trabajadores de servicios de salud, sobre todo el personal médico de servicios de urgencias son los menos proclives a buscar ayuda profesional en caso de malestar físico y mucho menos si el malestar es de índole emocional. Estos programas de asistencia a los trabajadores nacieron como una alternativa para abordar problemas de alcoholismo detectados en trabajadores y brindaban un apoyo y consejería, y generalmente eran dirigidos por alcohólicos rehabilitados. En la década de 1970, estos programas de control del alcoholismo fueron remplazados por programas de asistencia a empleados con problemas de índole psicológico, marital, familiar o legal (Dubreil, 1983). Estos programas podían encontrarse dentro de una empresa o institución o inclusive ser de carácter comunal. Poco a poco se fueron incorporando psicólogos al programa para brindar consejería. Según Dubreil (1983), si se detectaba un trabajador con Burnout este era referido al programa donde obtenía algún tipo de consejería. Era fundamental tener un motivo de referencia claro, por ejemplo, disfunción laboral, desinterés hacia los clientes u obtención de resultados negativos de forma frecuente.

Formación de grupo de intervención:

Si se identifica que un número mayor de trabajadores están viéndose afectados por consecuencias del estrés, sería pertinente la formación de un grupo de control y manejo del estrés. Según Felton (1998), en estos grupos se utiliza el método Balint, que crea un foro de simpatía y aceptación para discutir aspectos sobre la relación trabajador-cliente y las dificultades que pueden aflorar en determinados momentos. Se exploran los estados emocionales de los trabajadores en la relación con el cliente, hasta donde estos afectan la relación médico- paciente.

Cambios en el ambiente de trabajo:

Hay cambios que se pueden realizar a nivel del ambiente de trabajo, de forma que este sea “salutogénico” (Heerwagen, 1995). Características como la falta de control sobre el ambiente, distracciones, falta de privacidad, multitudes, exceso de ruido, falta de higiene, falta de iluminación y ventilación, aumentan el estrés en el trabajo. En contraposición, paisajes atractivos, que ofrezcan decoración agradable a la vista, contacto con la luz natural, áreas estéticas, espacios para relajación, etc., generan una atmósfera de confort tanto para el trabajador como para el cliente.

Otras medidas que favorecen el ambiente de trabajo incluyen el ofrecimiento de seguros de salud que ofrezcan programas de atención en salud mental, abuso de sustancias; programas de acondicionamiento físico, nutrición; programas de inducción y orientación a los nuevos empleados para que tenga una mejor comprensión de la filosofía de la institución que los está contratando, su perfil, y no perciban ambigüedad de roles; el desarrollo de políticas en torno a la familia de forma que si hay conflictos entre el hogar y el empleo, estos sean resueltos; eventos recreativos que incluyan a los trabajadores y a la familia; y por último el estímulo de actividades de tiempo libre como ejercicios, natación, deportes, etc.

Percepción de apoyo social:

Es crucial para el individuo, las relaciones interpersonales con compañeros y clientes adquieren una especial relevancia para la propia identidad como personas y para el equilibrio físico y mental. A través del apoyo social las personas obtienen información, nuevas habilidades (o mejoran las que ya poseen), obtienen refuerzo social, apoyo

emocional y retroalimentación sobre el nivel de ejecución de la tarea. Los programas de prevención e intervención que incluyan este tipo de apoyo permitirán una mejora casi inmediata de los climas laborales (Rodríguez, 2011).

Calidad de relaciones interpersonales en el trabajo:

Entre las estrategias para mejorar este aspecto se encuentran, la creación de grupos de apoyo, grupos de trabajo, entrenamiento en habilidades sociales y en manejo de situaciones conflictivas, habilidades para la comunicación, etc.

La consejería vocacional temprana:

Es otro abordaje de tipo preventivo, ya que ayuda a medir las demandas físicas y psicológicas de un potencial prestador de servicios de salud. Es claro que un trabajador que no se siente identificado con la labor que desempaña tendrá un menor rendimiento y puede sufrir más fácilmente las consecuencias del estrés. Esto sin embargo es controversial, pues según algunos autores (Penson, 2000), entre menos fuerte sea la relación del trabajador y el compromiso con el cliente y con el trabajo, menor serán las posibilidades de sufrir de Burnout. Cabe destacar que líneas actuales de manejo del estrés y del desgaste profesional, se orientan al uso de nuevas tecnologías, para elevar índices de penetración en el mercado laboral y de adhesión de los participantes.

Otras terapias:

Rodríguez, 2011, cita a varios autores que apoyan terapias basadas en la aceptación y el contacto con el momento presente, tal es el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso y Mindfullness o Conciencia Plena, ya que han acumulado evidencia a favor

de prevención y reducción del estrés y otros efectos negativos del ámbito laboral (Bond et al, 2010, citado por Rodríguez, 2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), pretende aumentar la flexibilidad psicológica del individuo, esta se define como "estar en contacto con el momento presente, como un ser humano consiente y en base a lo que la situación ofrece, de acuerdos con los valores elegidos. (Hayes et al, 2010, citado por Rodríguez, 2010). Esta terapia trabaja seis componentes: aceptación, difusión cognitiva, contacto con el momento presente, el yo como contexto, el esclarecimiento de los valores del individuo y la acción comprometida.

Por otro lado la terapia del Mindfullness busca que el individuo mejore sus capacidades de concentración en el presente, focalizando su energía y su atención sin juzgar (Marianetti et al, 2010, citado por Rodríguez, 2010).

Diversos estudios de intervención (Flaxman, 2010; Berceli & Napoli, 2006; citados por Rodríguez, 2010), han demostrado que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) genera mayores niveles de flexibilidad psicológica, y que esto se correlaciona con resultados positivos, por ejemplo en trabajadores sociales, médicos, policías, a la hora de enfrentarse con el peligro y el sufrimiento humano, y para reducir la incidencia de trauma secundario o indirecto. También ha resultado eficaz en la prevención del desgaste profesional o Burnout, y en la reducción del mismo y del estrés laboral (Ruiz, 2008) (Brinkborg, 2011) (Flaxman, 2010). Además según Vilardaga et al. (2011), citado por Rodríguez y Hermosilla, (2011), a pesar de las características del propio lugar del trabajo, son importantes en los programas de intervención tanto del estrés laboral como del Burnout o desgaste profesional, los procesos basados en la aceptación, los valores y el Mindfullness, ya que parecen mostrar una relación más fuerte y consistente con la reducción de ambos.

Resiliencia:

Para concluir unas palabras sobre este término, ya que se ha observado que puede ser una línea de intervención a trabajar, mediante entrenamientos enfocados en hacer "más fuertes" a los individuos ante el estrés; estrategias de resistencia, resiliencia y recuperación (Atkinson, citado por Rodríguez 2010), pero aún no hay estudios que soporten su eficacia en distintos programas de intervención. Esta será un área que deba explorarse más a fondo en el futuro.

Para aquellos con síndrome clínico de Burnout, se debe implementar un abordaje interdisciplinario. El cuadro 5 muestra un ejemplo del mismo.

Cuadro 5. Síndrome de Burnout: Sugerencias de tratamiento

- Tratamiento farmacológico según los síntomas: antidepresivos, beta-bloqueadores, ansiolíticos.
- Distintas técnicas de psicoterapia, técnicas de relajación.
- Reorganización del ambiente de trabajo: manejo del tiempo, estructura del trabajo, carga de trabajo.
- Cambios en el ambiente laboral, rehabilitación y reentrenamiento.

Tomado de Weber y Jaekel, 2000.

Diseño Metodológico:

Diseño del Estudio:

Se trata de una investigación de tipo observacional, descriptiva, transversal, mediante la cual se determinó la prevalencia del síndrome de Burnout en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños en el mes de setiembre del 2012. Para esto se empleó la escala Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey, en su versión validada en español.

Búsqueda Bibliográfica:

Los consultados para la presente investigación fueron buscados utilizando las palabras “Burnout”, “desgaste laboral”, “mental health”, “nurses”, “pediatric nurses”, en los buscadores de las bases de datos de PubMed, Medline, Highwire y Google. Se eligieron los más apegados a los objetivos según criterio de las investigadoras, además que fueran de no más de 20 años en su publicación.

Fuentes de Información:

La fuente de información fue de tipo primario, y estuvo constituida por los profesionales en enfermería del Hospital Nacional de Niños, que se encontraban laborando en los tres turnos de trabajo (6 am a 2 pm, 2 pm a 10 pm y 10 pm a 6 am), durante el mes de setiembre 2012, en labores de atención directa a pacientes, en todos los servicios de hospitalización y consulta externa, entre estos. En este grupo se incluyeron hombres y mujeres de los servicios de Medicina 1, Medicina 2, Medicina 3, Medicina 4 y Endocrinología, Medicina 5, Medicina 6, Infectología, Unidad de Cuidado Intensivo e

Intermedio Neonatal, Unidad de Trasplante, Cirugía 1 (Unidad de Cuidado Intensivo Cardiaco), Cirugía 2, Cirugía 3, Cirugía 4 (Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios), Sala de Operaciones, Recuperación, y Programas Especiales (Que incluye Consulta de Alergología, Neurodesarrollo, Adolescentes, Gastroenterología, Cardiología, Terapia Respiratoria, Neumología, Oncohematología, Cuidados Paliativos, y Vigilancia Epidemiológica).

Muestreo:

No se empleó técnica de muestreo, puesto que la población estuvo conformada por el universo, es decir por el total de enfermeros (as) profesionales que se encontraban laborando en servicios de atención directa a pacientes durante el período de recolección de datos que se extendió del 20 al 29 de setiembre 2012 en el Hospital Nacional de Niños. Pese a que no hubo muestreo, el grupo de participantes obtenido (conformado por todos aquellos profesionales que accedieron a la participación) fue representativo, ya que se incluyeron en el estudio todos los servicios de atención directa a pacientes del hospital, y se logró que en todos los servicios participara la mayoría de los profesionales en enfermería que se encontraban asignados.

Técnica de recolección de datos e instrumentos utilizados:

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, el primero de ellos el Cuestionario de Datos Sociodemográficos y Laborales (CDSDL) (ver anexo 1), y el Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) (ver anexo2), en su versión validada en español. Además se le entregó a cada persona antes de la participación un Formulario de Consentimiento Informado (FCI) diseñado por las investigadoras de

acuerdo a lo estipulado en el Reglamento para Investigaciones Observacionales del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), y con la última versión digital aprobada (24/02/12) para tal fin, que contenía una amplia explicación del propósito del estudio, así como aspectos concernientes a la participación y al riesgo (ver anexo 3).

El primer cuestionario (CDSDL) consistía en un instrumento diseñado por las investigadoras para la recopilación de datos personales y relacionados con las características laborales (ver anexo), y contenía un total de 18 preguntas de selección única. El segundo cuestionario (MBI-HSS), se trata de la escala más utilizada para estudiar el síndrome de Burnout a nivel mundial, según Millán (2009), se ha utilizado en aproximadamente el 90% de todos los estudios realizados para el 2008. Se utilizó la versión que se emplea en personal de salud, esto porque hay otras versiones de la escala para otras áreas de trabajo, como la educación. Cabe mencionar que esta escala en nuestro país ya había sido validada en el estudio de Millán, en el 2008, mediante el análisis factorial de cada una de las subescalas. Este cuestionario está conformado por 22 ítems de selección única, que utilizan una escala de Likert. Esta escala a su vez está conformada por 3 subescalas, con cada uno de los ítems asignados a una de ellas, siendo los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 de la subescala Agotamiento Emocional, los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 correspondientes a la subescala de Despersonalización, y los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 correspondientes a la subescala de Realización Personal. El total obtenido en la suma de estos ítems de cada una de las subescalas corresponde a un puntaje que permite determinar si hay un nivel bajo, intermedio o alta para cada subescala; lo anterior porque tradicionalmente los estudios hablan de que el diagnóstico de Burnout se hace cuando se

obtienen puntajes altos en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos en la subescala de Realización Personal, tal y como lo mencionamos en la parte teórica de este trabajo. Es importante recalcar que en los diferentes estudios consultados antes de realizar esta investigación hay diferencias en los puntos de corte para determinar qué es una puntuación baja, intermedia o alta de cada subescala. Incluso algunos estudios no parten de puntos de corte teórico, sino establecen sus propios puntos de corte. En el caso de este estudio las investigadoras establecieron los puntos de corte según los datos obtenidos, basándose en lo estipulado por Maslach (1996), en cuanto a que por debajo del percentilo 33 se habla de un nivel bajo, entre los percentilos 33 y 66 se habla de un nivel medio y por encima del percentilo 66 se habla de un nivel alto, esto para cada subescala.

En el caso del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), tenía una extensión de 5 páginas con los apartados estipulados en la última versión del documento, aprobada por la subunidad de bioética e investigación del Centro de Desarrollo Estratégico e Información y Seguridad Social (24/02/2012) y un acuerdo al final, en el cual se consignaba la firma del participante, el investigador y un testigo.

Otro aspecto fundamental es que ninguno de los instrumentos de recolección de datos contiene algún apartado que identifique al participante, esto para garantizar la confidencialidad de la información aportada. Y para reforzar la confidencialidad cada juego de instrumentos fue entregado en conjunto con el consentimiento informado (FCI), dentro de un sobre de manila, de manera que a la hora de entregar los documentos se le solicitaba al participante entregar el Formulario de Consentimiento Informado por separado y fuera del sobre de manila que contenía los cuestionarios completos. Esto último para cuidar aún más la confidencialidad.

En cuanto al reclutamiento y la metodología de recolección de datos, las investigadoras se desplazaron por cada uno de los servicios del Hospital de Niños mencionados anteriormente, en cada uno de los turnos de trabajo (I turno de 6 am a 2 pm, II turno de 2 pm a 10 pm, y III turno de 10 pm a 6 am), y en aquellos servicios con horario de atención diurno de 7 am a 4 pm (Programas Especiales). En la medida de lo posible se trataba de reunir al personal enfermero profesional, para explicarles sobre los principales aspectos del estudio y sobre la participación; en algunos casos los participantes completaban el cuestionario inmediatamente luego de acceder voluntariamente a la participación y firmar el consentimiento, en otros casos fue necesario dejar los sobres de manila para recogerlos posteriormente, esto por las demandas de atención de los servicios durante la jornada laboral.

Los cuestionarios fueron extraídos de sus respectivos sobres de manila y revisados hasta que finalizó la etapa de recolección de datos y se inició la tabulación de la información.

Criterios de Inclusión:

a. Adultos mayores de 18 años
b. Género femenino y masculino
c. Profesionales en enfermería que tengan al menos 1 año de laborar de forma continua para el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica.
d. Firma del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

a. Enfermeros profesionales que tengan menos de un año de trabajar de forma continua en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica.
b. Profesionales en enfermería que se encuentren de vacaciones, con licencia o incapacitados durante todo el período de recolección de datos.
c. Profesionales que se dediquen de forma exclusiva a labores administrativas y/o preventivo-promocionales.

Análisis Riesgo- Beneficio:

Debido a diseño del estudio (Observacional, Descriptivo, Transversal), que consiste en el llenado de un cuestionario, se consideró el riesgo como mínimo. Las investigadoras consideraron como única complicación posible como resultado de la participación, que las preguntas contenidas en la escala BMI pudieran ocasionar algunos sentimientos de incomodidad en los participantes y esto se incluyó en el proceso de Consentimiento Informado. A la fecha de realización del presente trabajo final no se documentó complicación o lesión con ningún participante.

Métodos de Análisis Estadístico:

La información recolectada entre el personal de enfermería se digitó en una base de datos elaborada para este estudio, a la cual una vez llenada, se le realizaron pruebas de inconsistencia y errores. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 17 y se utilizó Excel para la elaboración de los gráficos. De acuerdo a las escalas utilizadas se estimó la prevalencia del síndrome de Burnout, la cuál será reportada con su respectivo intervalo de confianza al 95%

Las variables fueron descritas calculando las frecuencias simples y relativas, además para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. Se realizaron comparaciones entre las características de los entrevistados según hubiesen sido clasificados como "Burnout", riesgo o normales. Para efecto del análisis se agrupó los funcionarios clasificados con "Burnout", con los que se identificaron en riesgo.

Los resultados de las comparaciones de variables se sometieron a pruebas de significancia estadística; para las variables cualitativas se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado, bajo la Hipótesis nula de Independencia; para las cuantitativas se utilizó el T-Test o el Anova de una vía y la prueba post hoc de Bonferroni. En ambos análisis se consideró significativo a un nivel de confianza $p < 0,05$. La información se consolidó en cuadros y gráficos.

Viabilidad de Estudio:

Dada la metodología, consideramos que el estudio es factible, por cuanto ambas investigadoras se desplazaron para la recolección de los datos, es decir contamos con recurso humano suficiente, lo cual en la muestra obtenida no resulto ser dificultoso; se

empleó el lapso de una semana para la recolección de la información, y la inversión consistió en el costo de la impresión y fotocopiado de los cuestionarios y de los consentimientos informados, esta inversión, dicho sea de paso corrió por cuenta de ambas investigadoras.

Resultados.

Caracterización de la población.

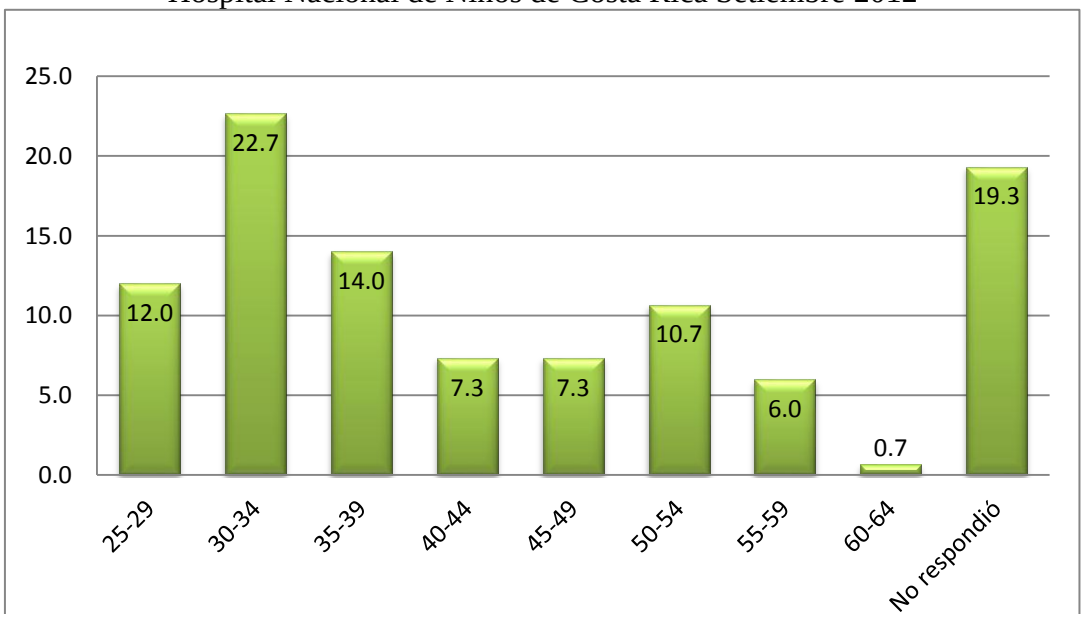
Según datos aportados por la Dirección de Enfermería del Hospital Nacional de Niños durante el mes de setiembre 2012 se encontraba laborando un aproximado de 200 profesionales en enfermería, en labores de atención directa a pacientes; por lo tanto 200 profesionales conformaron la población de estudio. De estas (os) 200 enfermeras (os), 27 se encontraron de vacaciones, o en condición de incapacidad por enfermedad durante el todo el periodo de recolección de datos. Otras 23 enfermeras (os) no accedieron a participar en el estudio.

En total se obtuvo una participación de 150 profesionales en enfermería. Es decir, obtuvimos una tasa de respuesta del 86%, esto significa que el porcentaje de participación es suficiente para extrapolar los resultados al resto de la población, lo anterior con un intervalo de confianza del 95%

En cuanto a los resultados (ver anexo 4 que corresponde a la tabla de distribución de frecuencias), el promedio de edad de la muestra se encuentra en 39 años. El 19,3% de las personas que participaron en este estudio no respondieron esta pregunta, consideramos que esto ocurrió debido a que la pregunta de la edad estaba justo debajo del número de registro del cuestionario de datos sociodemográficos y laborales y esto haya podido hacer pasar por alto la pregunta. En general la frecuencia de distribución de edades es bastante similar, a excepción del rango de los 30 a los 34 años de edad en donde hay un pico de 22,7% de

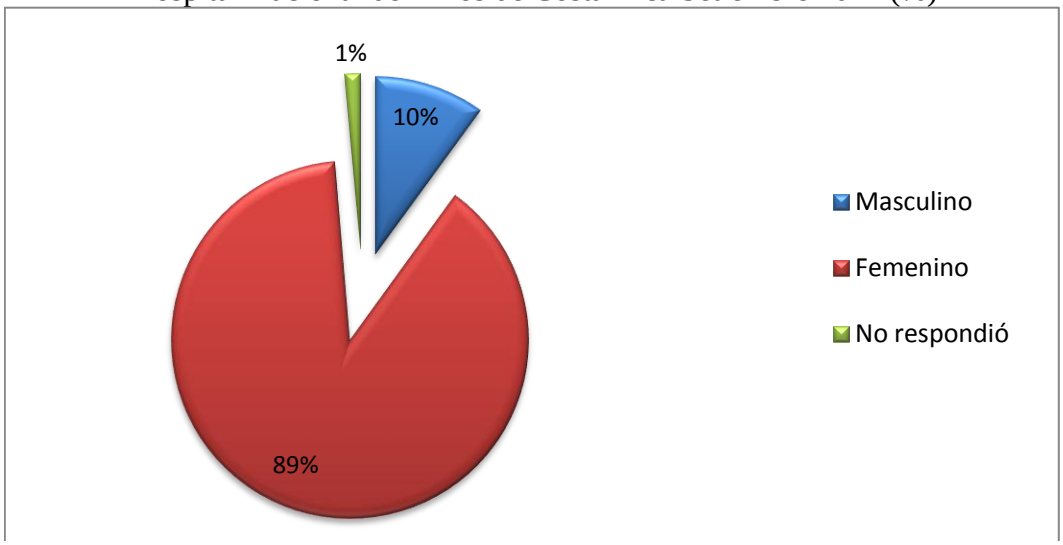
enfermeras (os). Un 17,4% tiene una edad igual o superior a los 50 años. La menor edad reportada para las y los enfermeras (os) es de 25 años.

Gráfico 1. Distribución por edad del personal de enfermería
Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012



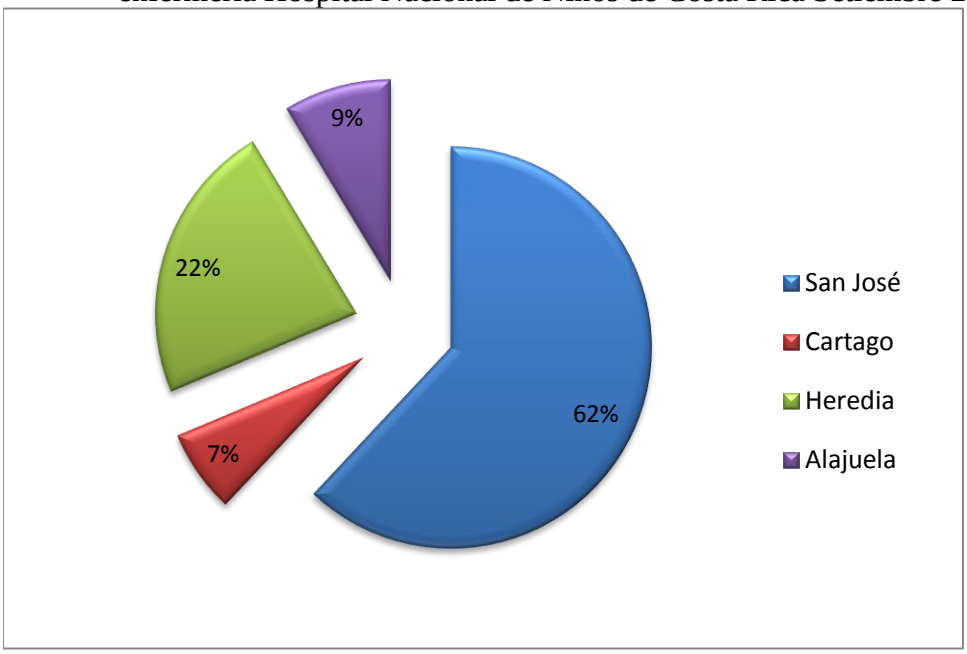
Como se observa en el gráfico 2, la muestra está constituida en su mayoría por mujeres, en un 88,7%, los hombres representan el 10% de la población.

Gráfico 2. Distribución por género del personal de enfermería
Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



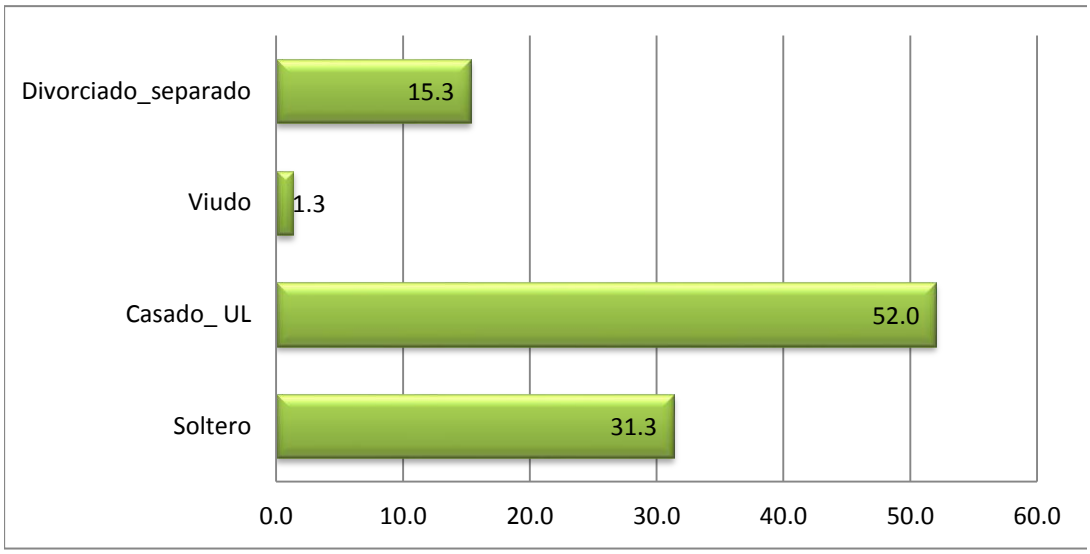
En cuanto al lugar en donde actualmente viven, las y los enfermeras (os) habitan en las provincias con más crecimiento poblacional del país, el 62% vive en San José, el 22,7% en Heredia, el 8,7% en Alajuela y el 6,7% en Cartago, no hay enfermeras (os) que vivan en Guanacaste, Limón o Puntarenas, el gráfico 3, a continuación nos ilustra.

Gráfico 3 Distribución porcentual por provincia de residencia edad del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012



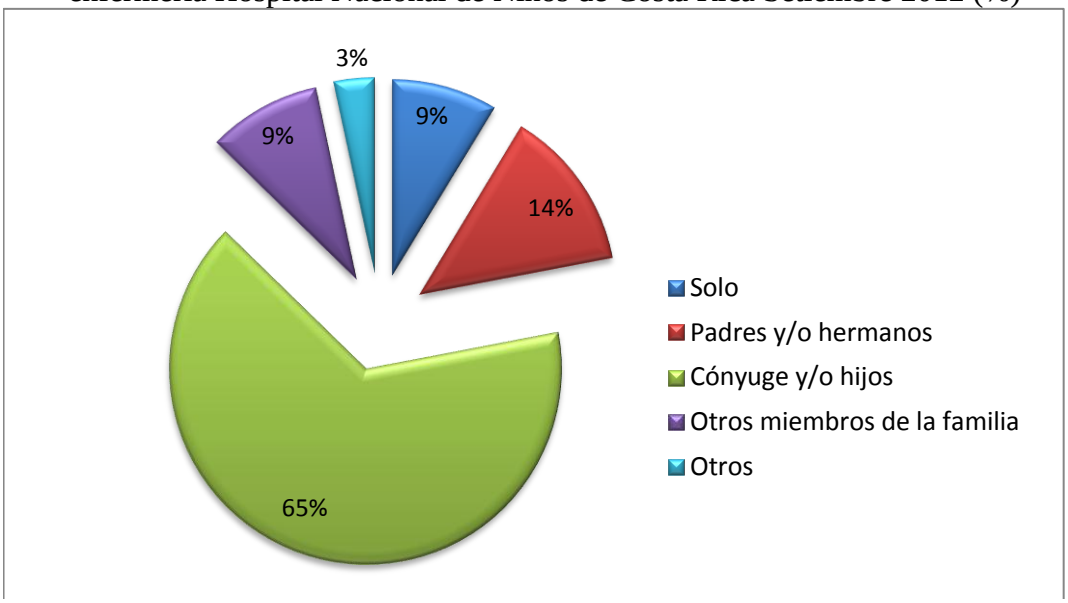
En cuanto al estado civil actual, y según el gráfico 4, el 52% de los y las enfermeros (as) se encuentran casados o en unión libre, hay 31,3% de los enfermeros (as) solteros (as), 15,3% divorciadas (os) y 2 personas se encuentran viudas.

Gráfico 4. Distribución por estado civil del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



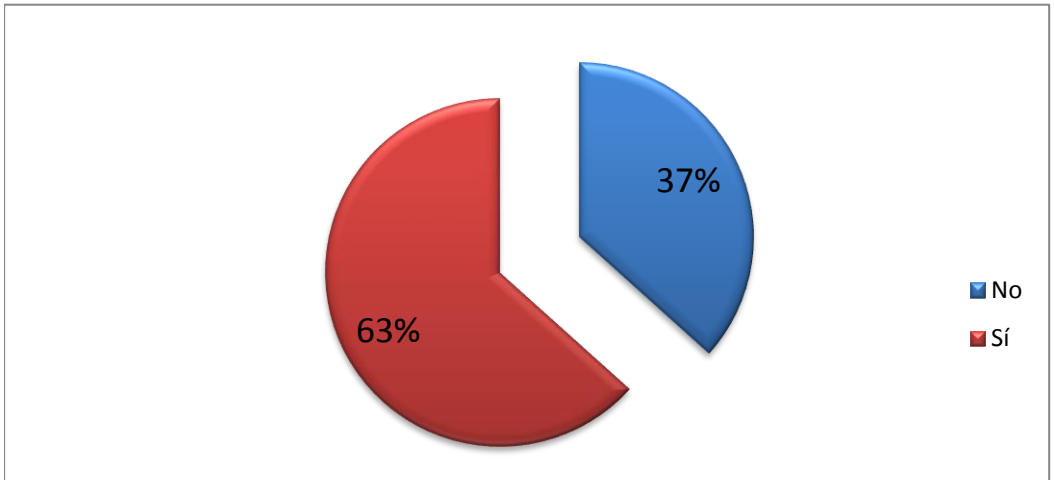
Como nos ilustra el gráfico 5, la mayoría de los y las enfermeros (as) conviven con su cónyuge o hijos (65,3%), el 13,3% conviven con padres o hermanos, o con otros miembros de la familia en un 9,3%. Un 8,7% de los participantes viven solos.

Gráfico 5. Distribución según las personas con quien convive el personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



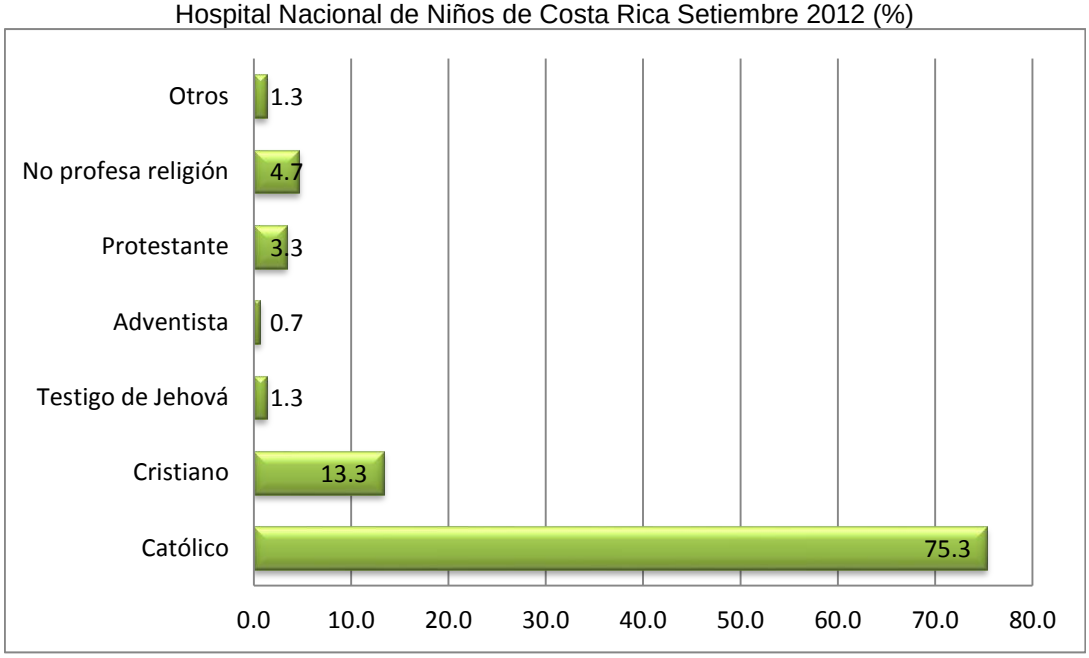
En cuanto a la pregunta de si tienen hijos un 36,7% de enfermeras (os) contestaron que no tienen hijos, y 63,3% que tienen al menos un hijo. Esta distribución la podemos observar en el gráfico 6.

Gráfico 6. Distribución de la población según si tienen hijos del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012



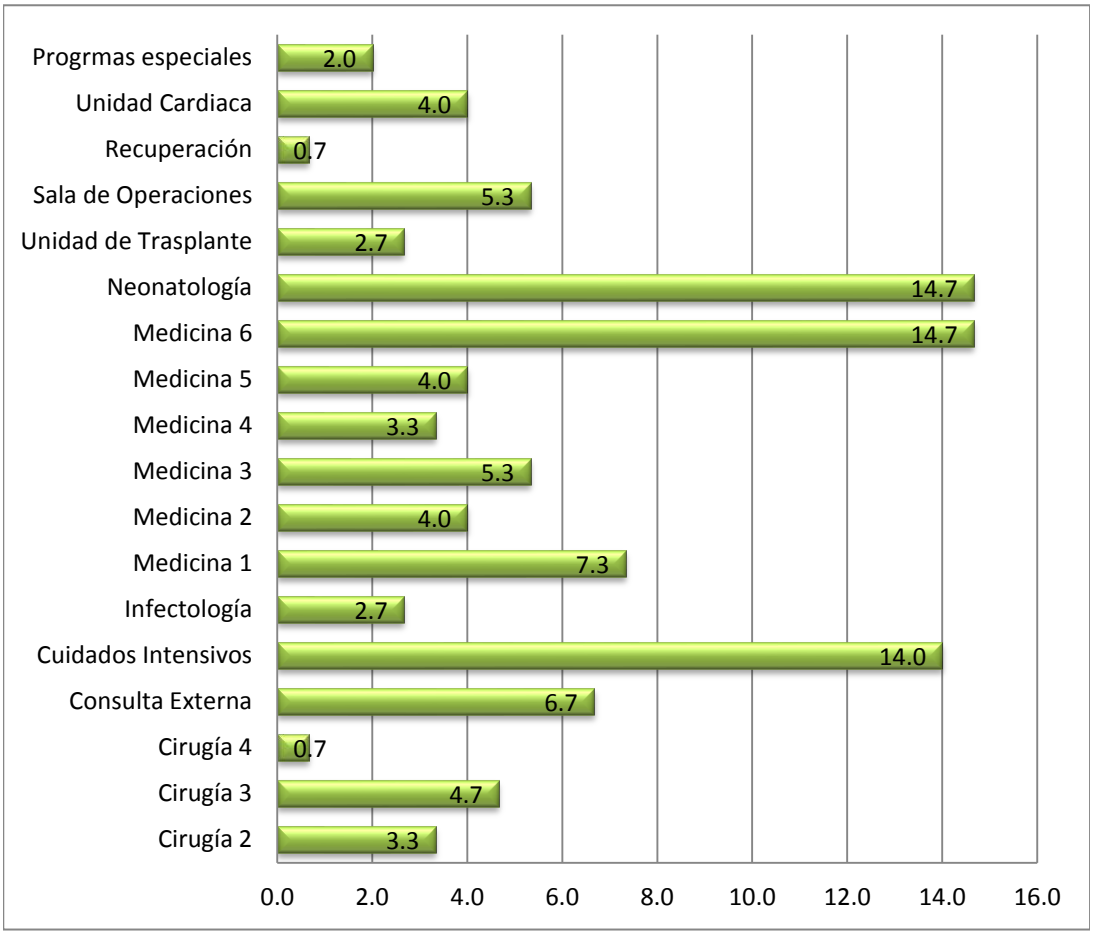
Según la religión profesada, la mayoría profesan la religión católica 75,3%, le siguen quienes profesan el cristianismo en un 13,3%, seguido de un 4,7% que no profesan religión, los protestantes constituyen el 3,3% de la población.

Gráfico 7. Distribución por religión del personal de enfermería
Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



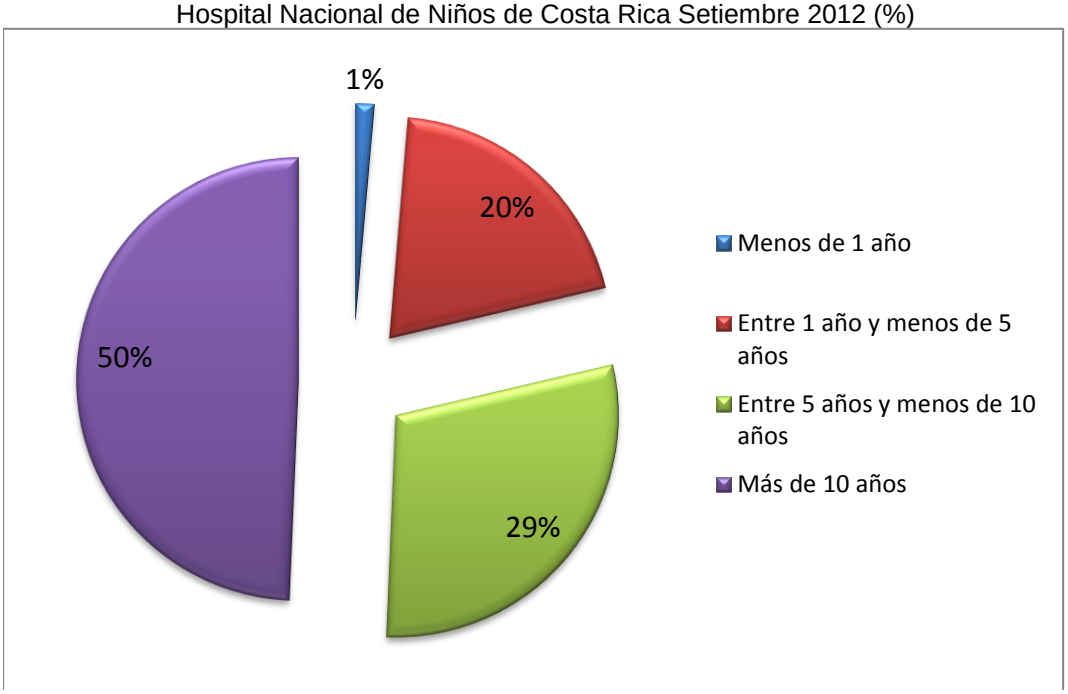
Entrevistamos al menos un enfermero (a) de cada área de servicio como es el caso de recuperación, los servicios con mayor cantidad de personal captado son Neonatología y Medicina 6, cada uno con un 14,7% del total de la población encuestada y las Unidades de Cuidados Intensivos, con un 14%, que además tienen mayor cantidad de personal asignado por turno.

Gráfico 8. Distribución por servicio de trabajo del personal de enfermería
Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



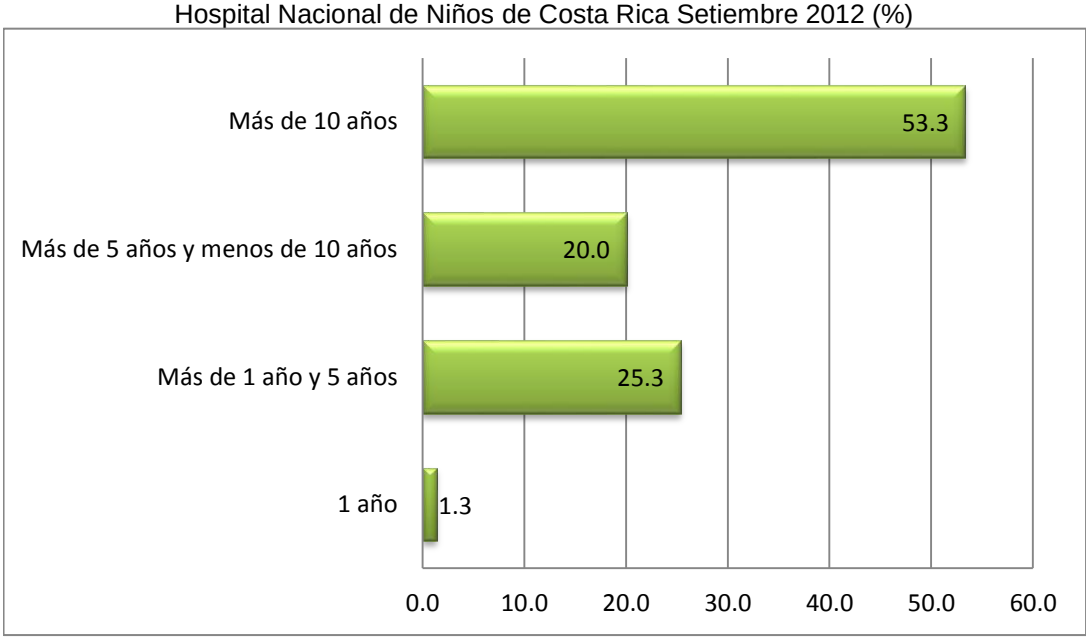
El 50% de los y las enfermeras (os) tienen más de 5 años de laborar en el mismo servicio, lo que nos habla de personal con gran experiencia en su labor. Solo un 1,3% tiene un año o menos de mantenerse en el servicio actual (Ver gráfico 9).

Gráfico 9. Distribución por años de trabajo en el mismo servicio del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



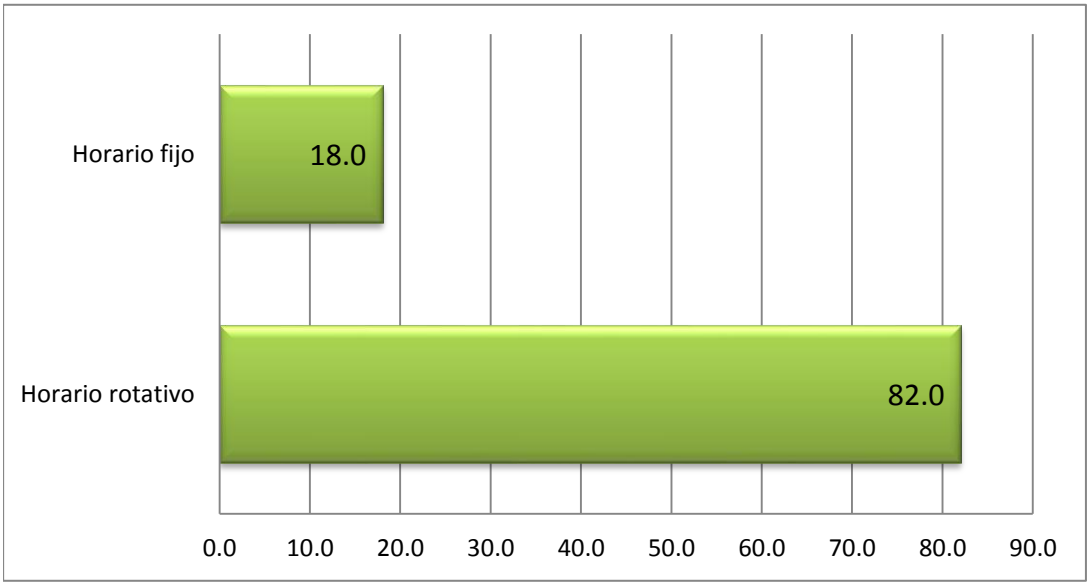
Más de la mitad (53,3%) de los entrevistados tienen más de 10 años de trabajar para la institución (Hospital Nacional de Niños), 20% tiene entre más de 5 y menos de 10 años de laborar en el hospital, solo 1,3 tiene 1 año de trabajar para el HNN. (Ver gráfico 10).

Gráfico 10. Distribución por años de trabajo en el hospital del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



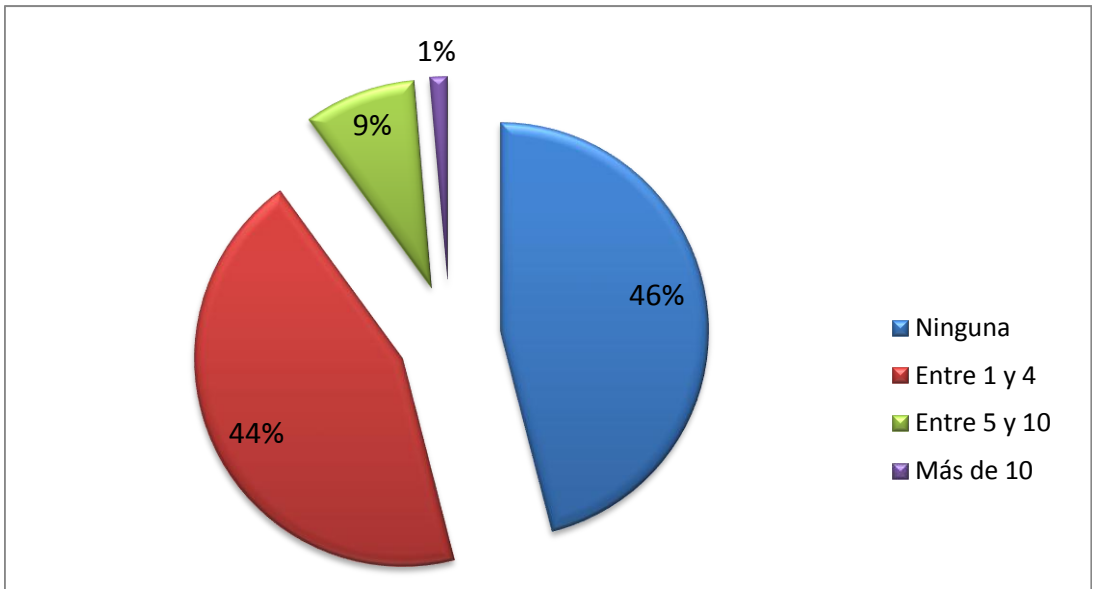
Como podemos ver en el gráfico 11, el 82% de las y los enfermeras (os) tiene jornadas laborales rotativas. El 18% restante tiene un horario laboral fijo (esto en servicios como: consulta externa, algunos programas especiales y sala de operaciones).

Gráfico 11. Distribución por tipo de jornada laboral del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



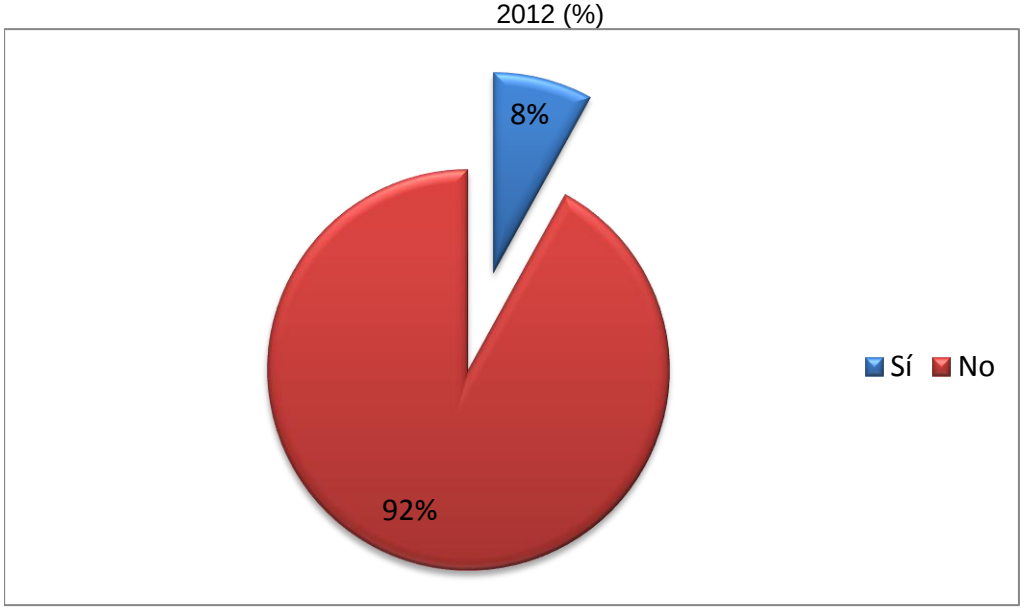
Según el gráfico 12, casi la mitad de las (os) enfermeros (as) captados no realizan jornadas extraordinarias (46%), y los que sí realizan jornadas extraordinarias en su mayoría tienen entre 1 a 4 "extras" al mes, es decir un 44% de la población participante. Un 9% realiza entre 5 y 10 jornadas extraordinarias al mes, y un 1,3% de las personas captadas indicaron que realizan más de 10 jornadas extraordinarias al mes. La jornada extraordinaria puede constar de realizar 8 horas de jornada laboral extra, o en el caso del personal de sala de operaciones funcionar como una guardia de 04:00 pm a 07:00 am o fines de semana o feriados de 24 horas.

Gráfico 12. Distribución por número de jornadas extraordinarias del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



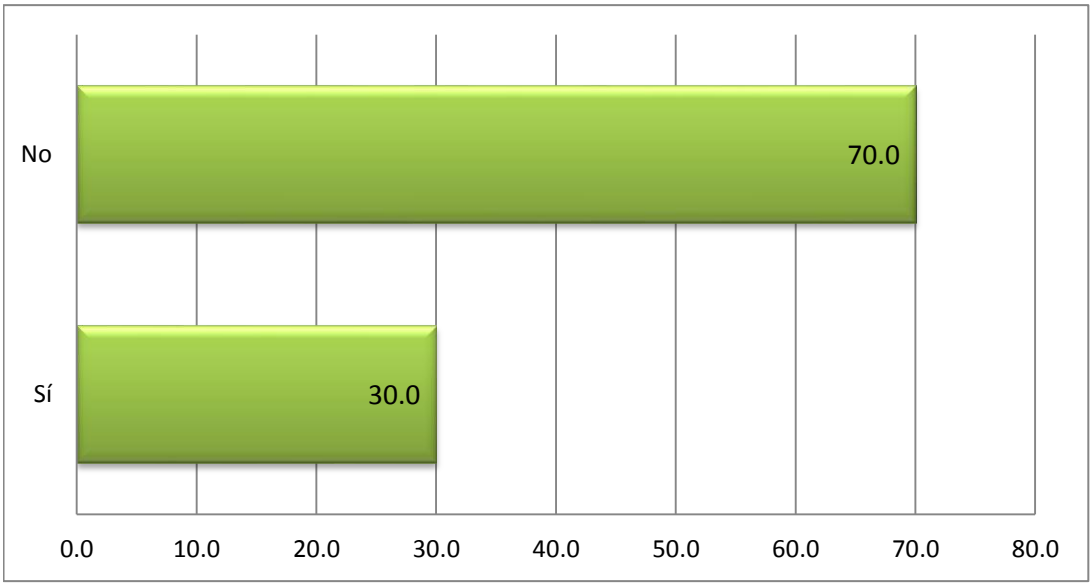
Según nos informó la jefatura de enfermería, en el Hospital Nacional de Niños se llevan a cabo actividades individuales de prevención contra el Burnout, pero solo el 8% de los y las encuestados conocen de ellas (ver gráfico 13).

Gráfico 13. Distribución por si tiene conocimiento de actividades preventivas del síndrome de burnout del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



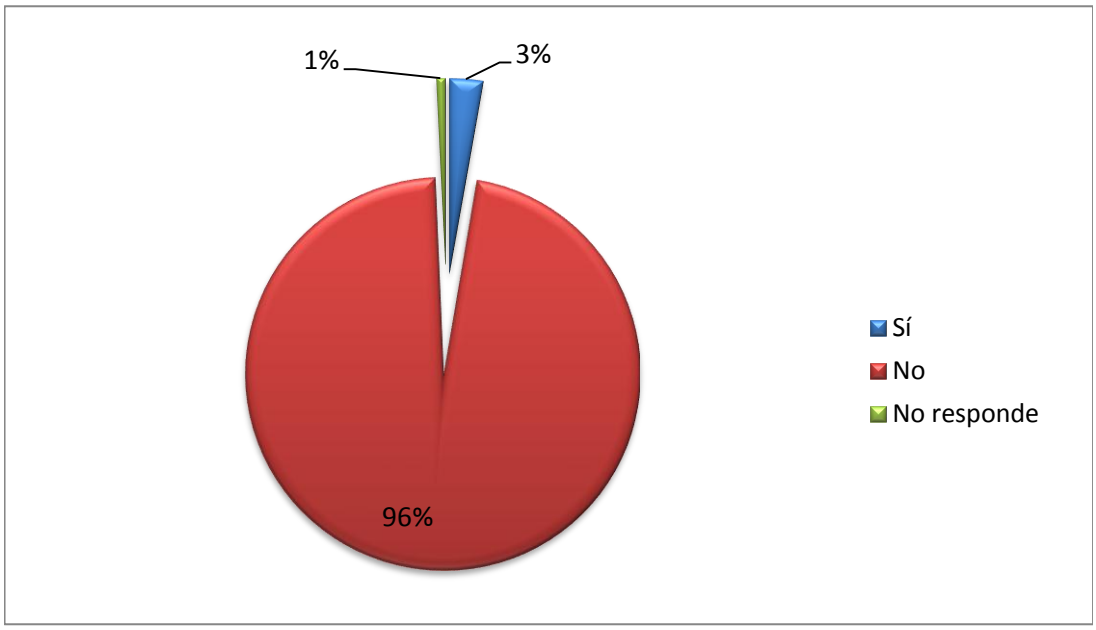
El gráfico 14 nos muestra que el 70% no percibe tener conflictos a nivel interpersonal, mientras que el 30% sí se percibe con ellos.

Gráfico 14. Distribución según percepción de conflictos interpersonales a nivel laboral del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



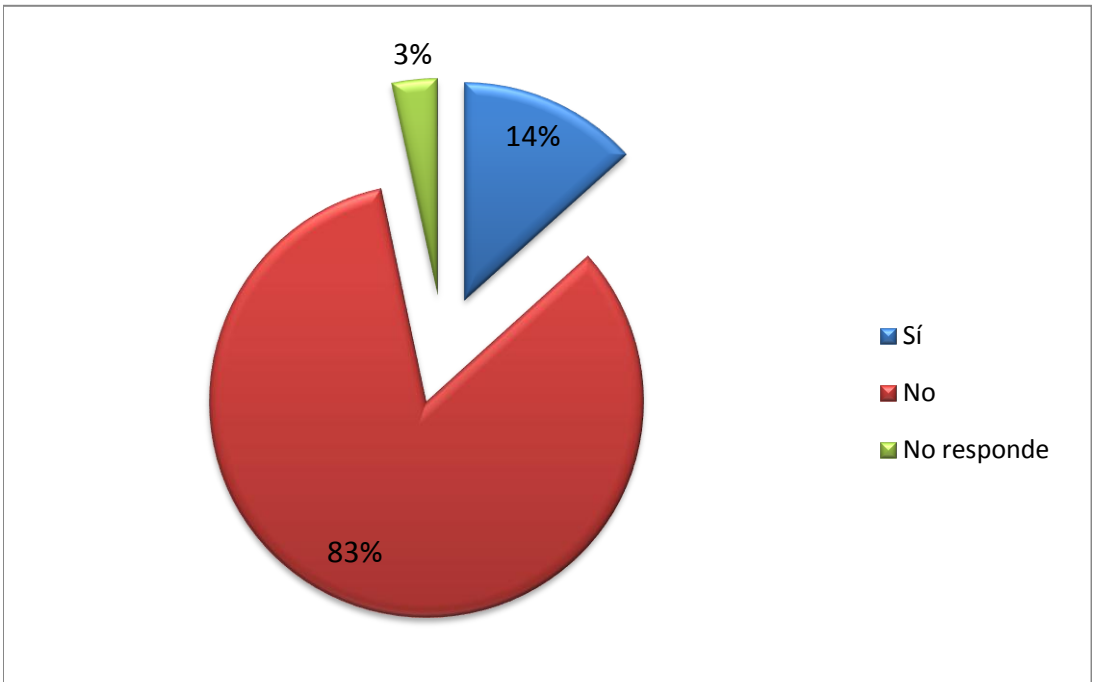
El 2,7%, equivalente a 4 personas, admiten consumo de tabaco, es decir el 96,7% contestaron que no fuman. (Ver gráfico 15).

Gráfico 15. Distribución según consumo de tabaco en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



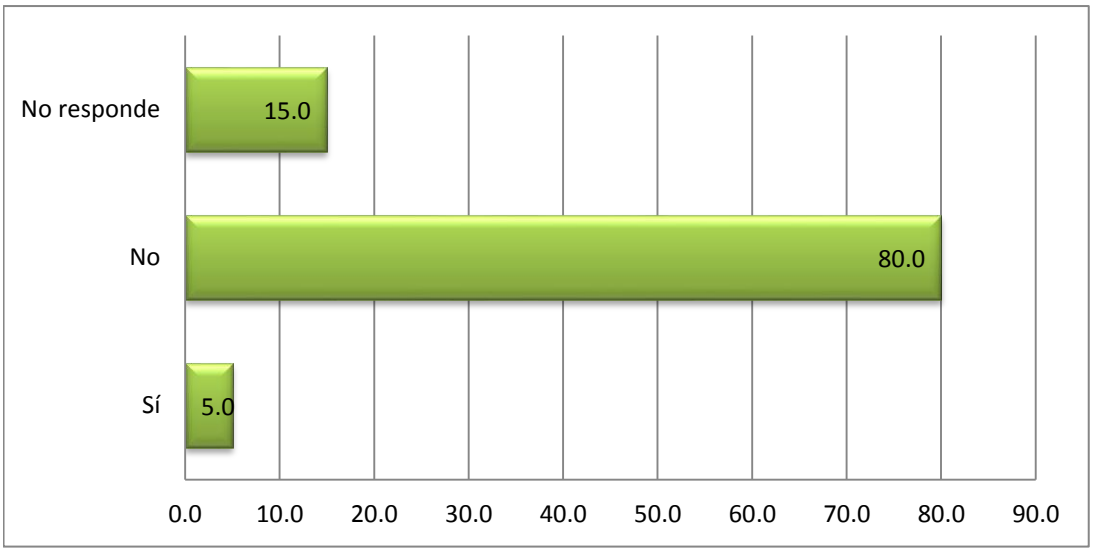
El 13,3% admitió consumo de alcohol, mientras que el 83,3%, negó el consumo (Ver gráfico16).

Gráfico 16. Distribución según consumo de alcohol en el personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



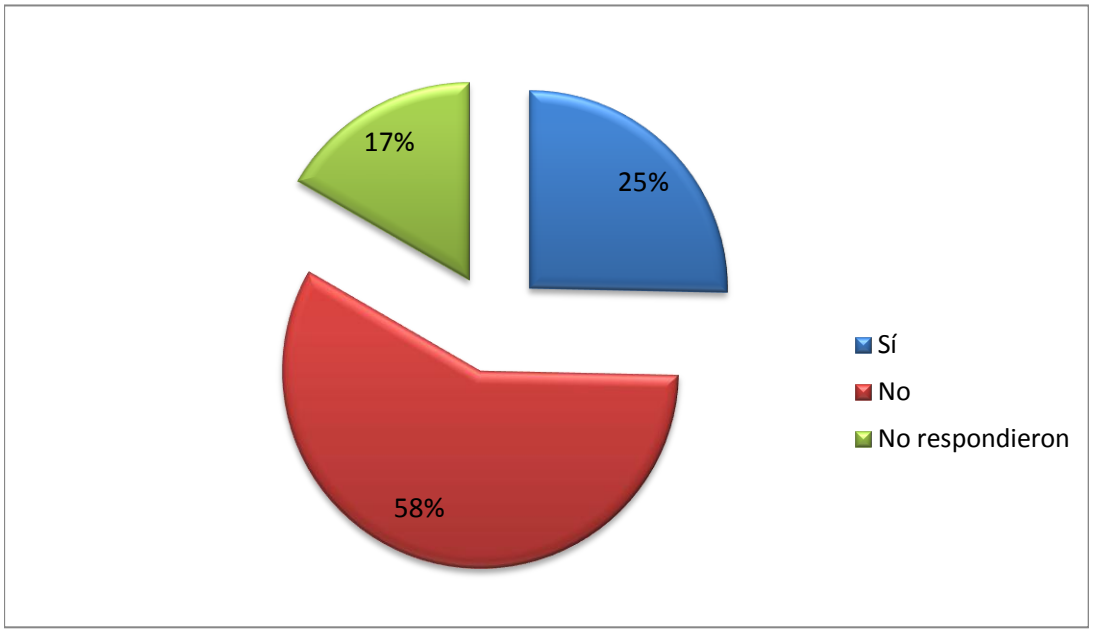
De los que admitieron consumo de alcohol, al 80% nunca les han expresado su preocupación por la forma de beber, el 15% no respondió esta pregunta. Una persona contesto afirmativamente. (Ver gráfico 17).

Gráfico 17. Porcentaje de las personas que consumen alcohol a quienes les han expresado preocupación por el hábito de tomar



El gráfico 18 muestra que 58% negó padecimientos crónicos, el 25,3% reportaron tener algún padecimiento crónico y el 16,7% no respondieron.

Gráfico 18. Distribución según reporte de padecimientos crónicos del personal de enfermería Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Setiembre 2012 (%)



Subescalas según MBI:

En cuanto al análisis de la escala de Inventario para Burnout de Maslach, seis cuestionarios fueron invalidados, uno de ellos invalidó solo la subescala de realización personal, el resto invalidó la escala en su totalidad, tal como lo muestra la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de Inventario para Burnout de Maslach invalidados y las razones.

Distribución de Inventario de Burnout de Maslach invalidados	Frecuencia
Invalidó dejó una página sin contestar	2
Invalidó marcó varias	2
Invalidó no respondió de 5 a 9	1
Invalidó no respondió la 12 y 19	1
Total	6

Por lo tanto, el análisis se realizó con 145 cuestionarios. Se realizó la sumatoria de los puntajes obtenidos en las diferentes subescalas (despersonalización, agotamiento emocional y realización personal), según número de ítem y tal como se indica en el marco teórico; a continuación se aplicó a los percentiles 33 y 66 a la distribución de los pacientes obtenidos en el estudio, con la finalidad de obtener a partir de los mismos los puntos de corte que definen cada una de la subescalas en bajo, media, alto, tal y como lo vemos en las tablas a continuación. Para las tablas se debe interpretar: los rangos que están en el color rojo se consideran como altos, los que se encuentran en amarillo como puntajes medios, y los que se encuentran en verde corresponden a los puntajes bajos (ver tabla 3, 5 y 7).

Subescala de despersonalización

Como podemos observar en el gráfico 19 y en la tabla 4, en cuanto a la subescala de despersonalización el 40% obtuvo un puntaje bajo, es decir, poco despersonalizados, un 32% tienen puntajes medios y 28% se encuentran con alta despersonalización. En la tabla 3 se muestra la distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala.

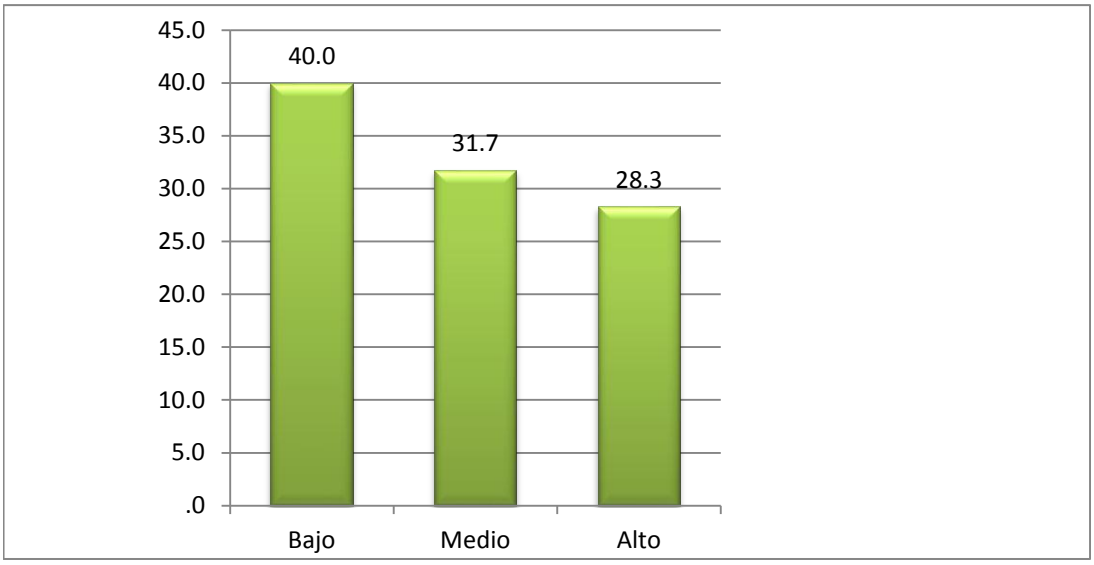
Tabla 3. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la escala de despersonalización y su distribución según percentilos; en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012

Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
5	29	20,0	20,0
6	12	8,3	28,3
7	17	11,7	40,0
8	23	15,9	55,9
9	14	9,7	65,5
10	9	6,2	71,7
11	8	5,5	77,2
12	9	6,2	83,4
13	8	5,5	89,0
14	4	2,8	91,7
15	2	1,4	93,1
16	2	1,4	94,5
17	3	2,1	96,6
19	3	2,1	98,6
20	1	0,7	99,3
21	1	0,7	100,0
Total	145	100.0	

Tabla 4. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de despersonalización, dividido en alto, medio y bajo; en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012

Puntaje subescala despersonalización	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	58	40,0
Medio	46	31,7
Alto	41	28,3
Total	145	100,0

Gráfico 19. Distribución porcentual de los puntajes obtenidos por la población de estudio en la subescala de despersonalización del Inventario para Burnout de Maslach, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012



Subescala de Agotamiento Emocional

En cuanto a la subescala de agotamiento emocional, en la tabla 4, tenemos la distribución de frecuencias de los puntajes de la misma, resumidas en la tabla 5 e ilustradas con el gráfico 20. En las tablas se muestra que el 34% de la población obtuvo puntajes de bajo desgaste emocional, el 35% presentan puntajes de desgaste emocional moderado y el 31% de alto desgaste emocional.

Tabla 5. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de desgaste emocional, dividido en alto, medio y bajo, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012

Puntaje subescala desgaste emocional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	49	33,8
Medio	51	35,2
Alto	45	31,0
Total	145	100,0

Gráfico 20. Distribución porcentual de los puntajes obtenidos por la población de estudio en la subescala de desgaste emocional del Inventario para Burnout de Maslach, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012

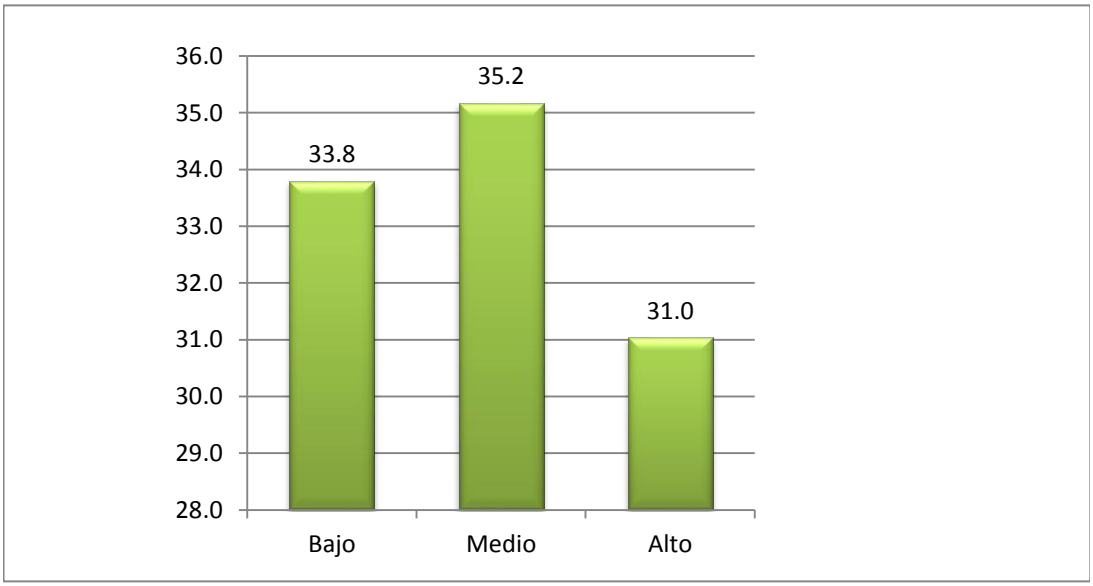


Tabla 6. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la escala de agotamiento emocional y su distribución según percentilo, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012

Desgaste emocional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	4	2,8	2,8
10	3	2,1	4,8
11	3	2,1	6,9
12	4	2,8	9,7
13	4	2,8	12,4
14	4	2,8	15,2
15	8	5,5	20,7
16	6	4,1	24,8
17	7	4,8	29,7
18	6	4,1	33,8
19	11	7,6	41,4
20	9	6,2	47,6
21	10	6,9	54,5
22	4	2,8	57,2
23	3	2,1	59,3
24	2	1,4	60,7
25	7	4,8	65,5
26	5	3,4	69,0
27	5	3,4	72,4
28	4	2,8	75,2
29	5	3,4	78,6
30	9	6,2	84,8
31	1	,7	85,5
32	2	1,4	86,9
33	3	2,1	89,0
34	4	2,8	91,7
35	2	1,4	93,1
37	4	2,8	95,9
38	1	0,7	96,6
39	1	0,7	97,2
40	1	0,7	97,9
41	2	1,4	99,3
44	1	0,7	100,0
Total	145	100,0	

Subescala de Realización Personal.

En cuanto a la subescala de realización personal, podemos ver las tablas de distribución de frecuencias (tabla 7 y 8) y el gráfico 21. En el que se muestra que el 36,8% de las y los enfermeras (os) tienen bajos niveles de realización personal, el 31,9% muestran puntajes medios en realización personal, y el 31,3% tienen alta realización personal.

Tabla 7. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de realización personal, dividido en alto, medio y bajo, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012

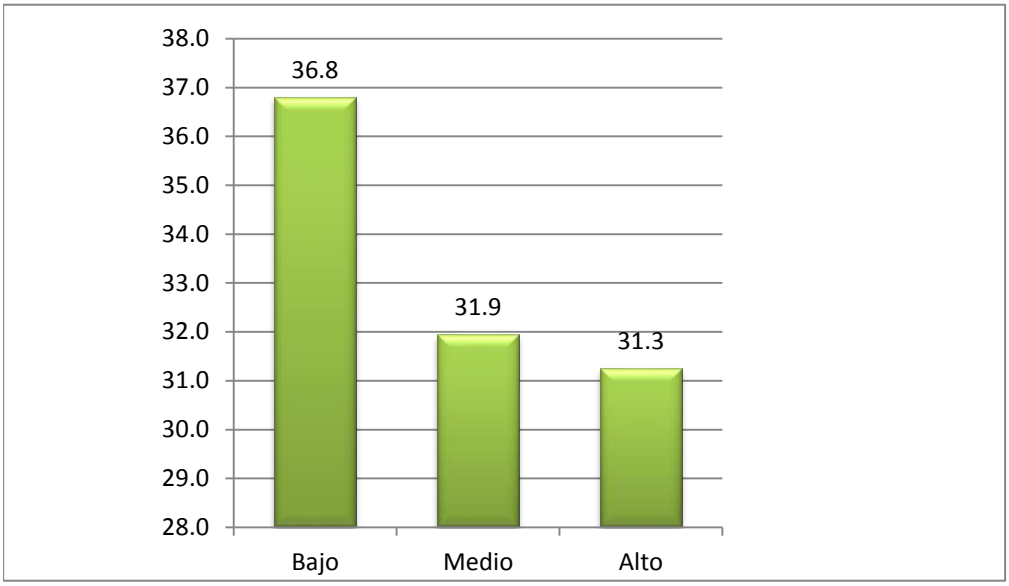
Puntaje subescala realización personal	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	53	36,8
Medio	46	31,9
Alto	45	31,3
Total	144	100,0

Tabla 8. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la escala de realización personal y su distribución según percentilos, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012

Realización personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
17	1	,7	,7
18	2	1,4	2,1
20	1	,7	2,8
21	2	1,4	4,2
22	2	1,4	5,6
23	1	,7	6,3
24	2	1,4	7,6
25	5	3,5	11,1
26	7	4,9	16,0
27	4	2,8	18,8
28	7	4,9	23,6
29	8	5,6	29,2
30	11	7,6	36,8
31	6	4,2	41,0
32	10	6,9	47,9
33	10	6,9	54,9
34	10	6,9	61,8
35	10	6,9	68,8
36	19	13,2	81,9
37	12	8,3	90,3
38	6	4,2	94,4
39	3	2,1	96,5
40	5	3,5	100,0
Total	144	100,0	

En este estudio el porcentaje de enfermeras (os) que se encuentran con baja realización personal es de un 36,8%. Este porcentaje está representado por el color rojo en la tabla 8. Y estipulado de igual forma en el gráfico 21 como se muestra a continuación.

Gráfico 21. Distribución porcentual de los puntajes obtenidos por la población de estudio en la subescala de realización personal del Inventario para Burnout de Maslach, en el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012



Prevalencia Burnout.

El primer objetivo de nuestro estudio fue la determinación de la prevalencia de Burnout en la población de estudio. La cual resultó ser de 1,4% (DS: 0,17- 4,9), con un intervalo de confianza del 95%. Para el cálculo de la misma, se definió como "caso" a toda persona que obtuviera un puntaje en ambas subescalas de despersonalización y de agotamiento emocional ubicados en el tertil superior o igual a 66, y que a la vez tuvieran un puntaje de realización personal bajo, es decir, ubicado por abajo o igual al tertil 33; partiendo de los puntos de cortes específicos en esta población y obtenidos en esta investigación; es decir que tuvieran alteración presente en las tres dimensiones que definen el síndrome de Burnout.

Asociación de variables sociodemográficas y laborales con Burnout.

Como segundo y tercer objetivo de nuestro trabajo, nos planteamos establecer si existe asociación entre las variables sociodemográficas (edad, género, lugar de habitación, estado civil, etc) y la variable Burnout y entre características laborales (es decir, tipo de jornada laboral, cantidad de jornadas extraordinarias, percepción de conflictos interpersonales, etc) con Burnout.

Para ello, se tomó la variable Burnout, dada por la unidad de las tres subescalas del Inventario para Burnout de Maslach (despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal) y se dividió en tres grupos: un grupo de bajo riesgo, uno de mediano riesgo y los que presentaban Burnout. El bajo riesgo fue delimitado a aquellos participantes que obtuvieron puntajes clasificados como bajos o medianos en todas las subescalas. En el mediano riesgo se ubicaron todas las personas que habían obtenido puntajes de alto riesgo

en al menos una o dos de las subescalas; y los que presentaban Burnout, ya definidos anteriormente, los que obtuvieron puntajes de alto riesgo en las tres subescalas. A partir de estos tres grupos se intentó realizar pruebas estadísticas de relación entre variables, pero debido a que solo dos personas cumplían con el criterio para Burnout, la muestra de este subgrupo se vió insuficiente para compararla estadísticamente con el resto de los subgrupos, por lo que se realizó un reagrupamiento en dos grupos, pero manteniendo los criterios citados de previo, es decir el grupo de bajo riesgo de Burnout y se unió el grupo de mediano riesgo con el grupo de los que presentaban Burnout, logrando así establecer la presencia o ausencia de relación entre variables.

A pesar de que en la primera estratificación, el grupo de Burnout por sí solo resultó insuficiente para compararlo estadísticamente, se llevará a cabo una descripción de los resultados obtenidos; luego de lo cual se llevará a cabo la descripción y la discusión de los resultados con base en la estratificación en dos grupos.

Como podemos observar en la tabla 10, se realiza la distribución de frecuencias según variable demográfica y bajo riesgo, mediano riesgo o participantes quemados. A continuación se realiza la descripción de la información obtenida.

Tablas 9.1 a 9.11. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y variables sociodemográficas, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

Tabla 9.1. Edad según grupos de riesgo

Edad	**Grupos**					**Total**
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
25-29	13	12,9	5	11,9	0	18
30-34	22	21,8	11	26,2	1	34
35-39	15	14,9	5	11,9	0	20
40-44	6	5,9	5	11,9	0	11
45-49	7	6,9	4	9,5	0	11
50-54	8	7,9	6	14,3	0	14
55-59	7	6,9	1	2,4	0	8
60-64	1	1,0	0	0,0	0	1
Sin datos	22	21,8	5	11,9	1	28
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Tabla 9.2. Género según grupos de riesgo

Género	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Masculino	9	9	6	14	0	15
Femenino	91	91	36	86	2	129
Total	100	100,0	42	100,0	2	144

Tabla 9.3. Provincia según grupos de riesgo

Provincia en la que vive actualmente	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
San José	61	60,4	25	59,5	2	88
Cartago	8	7,9	2	4,8	0	10
Heredia	24	23,8	10	23,8	0	34
Alajuela	8	7,9	5	11,9	0	13
Total	101		42		2	145

Tabla 9.4. Estado civil según grupos de riesgo						
Estado civil	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Soltero	32	31,7	15	35,7	0	47
Casado_UL	55	54,5	19	45,2	1	75
Viudo	1	1,0	0	0,0	0	1
Divorciado-separado	13	12,9	8	19,0	1	22
Total	101		42		2	145

Tabla 9.5. Situación de convivencia según grupos de riesgo						
¿Con quién convive?	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Solo	10	9,9	3	7,1	0	13
Padres y/o hermanos	13	12,9	7	16,7	0	20
Cónyuge y/o hijos	67	66,3	25	59,5	1	93
Otros miembros de la familia	6	5,9	7	16,7	1	14
Otros	5	5,0	0	0,0	0	5
Total	101		42		2	145

Tabla 9.6.Número de hijos según grupos de riesgo						
Hijos	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
No	37	36,6	16	38,1	1	54
Si	64	63,4	26	61,9	1	91
Total	101	100	42	100	2	145

Tabla 9.7. Religión profesada según grupos de riesgo						
Religión profesada	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Católico	79	78,2	29	69,0	2	110
Cristiano	9	8,9	9	21,4	0	18
Testigo Jehová	2	2,0	0	0,0	0	2
Adventista	1	1,0	0	0,0	0	1
Protestante	2	2,0	3	7,1	0	5
No profesa	7	6,9	0	0,0	0	7
Otros	1	1,0	1	2,4	0	2
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Tabla 9.8. Consumo de tabaco según grupos de riesgo						
Consumo de tabaco	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Si	3	3,0	1	2,4	0	4
No	97	96,0	41	97,6	2	140
No respondió	1	1,0	0	0,0	0	1
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Tabla 9.9. Consumo de alcohol según grupos de riesgo						
Consumo de alcohol	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Si	15	14,9	2	4,8	2	19
No	81	80,2	40	95,2	0	121
No respondió	5	5,0	0	0,0	0	5
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Tabla 9.10. Preocupación por consumo de alcohol según grupos de riesgo						
Le han indicado preocupación por el consumo de alcohol	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Si	1	6,7	0	0,0	0	1
No	12	80,0	1	50,0	2	15
No respondió	2	13,3	1	50,0	0	3
Total	15	100,0	2	100,0	2	19

Tabla 9.11. Enfermedad crónica según grupos de riesgo						
Es portador de enfermedad crónica	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Si	28	27,7	5	11,9	2	35
No	55	54,5	32	76,2	0	87
No respondió	18	17,8	5	11,9	0	23
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Podemos observar que en cuanto a la edad, en el grupo de bajo riesgo el 21,8 % de las (os) enfermeros tienen entre 30 y 34 años de edad, seguido por el grupo entre los 35 y 39 años de edad y posteriormente el grupo entre los 25 y 29 años de edad con 14,9% y 12,9% respectivamente (Tabla 9.1). Que el 9% son del sexo masculino y por lo tanto el 91% son mujeres (Tabla 9.2), que el 80,2% de ellos no consume alcohol (Tabla 9.9) y el 27,7% son portadoras (es) de enfermedad crónica (Tabla 9.11).

En el grupo de mediano riesgo la distribución de rangos de edad es más variada, entre los más frecuentes el rango de edad comprendido entre los 30 y 34 años y el de 50-54 años (Tabla 9.1). Entre ellos el 14% son hombres y el 86% son mujeres (Tabla 9.2). El 95,2% no consume alcohol (Tabla 9.10), el 76,2% no son portadoras (es) de enfermedad crónica (Tabla 9.11).

Tanto en el grupo de bajo riesgo como el de mediano riesgo, la mayoría vive en San José y Heredia (Tabla 9.3), la mayor parte están casados (54,5% y 45,2% respectivamente) o solteros (31,7% y 35,7%), conviven con su cónyuge o hijos (Tabla 9.4). Un 63,4% del grupo de bajo riesgo y un 61,9% de los de mediano riesgo tienen hijos (Tabla 9.6).

De los que puntearon para Burnout, ambas son mujeres, una está en el rango entre los 30 y 34 años, la otra no respondió (Tabla 9.1), una de ellas es casada y la otra divorciada (Tabla 9.4), ambas viven en San José (Tabla 9.3), ninguna vive sola (Tabla 9.5), solo una de ellas tiene hijos (Tabla 9.6), ambas son católicas (Tabla 9.7). Ninguna fuma tabaco o ingiere licor, y ambas son portadoras de enfermedad crónica (Tablas 9.11).

En las tablas 10.1 a 10.6 se muestra la distribución de frecuencias según grupo de bajo, mediano o que presenta Burnout y las variables laborales.

Tablas 10.1 a 10.6. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de Burnout y variables laborales, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

Tabla 10.1. Años en el mismo servicio con respecto a grupos de riesgo

Número de años mismo servicio	**Grupos**					**Total**
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
1 - 5 años	48	47,5	22	52,4	1	71
Más de 5 menos de 10	23	22,8	7	16,7	0	30
Más de 10	29	28,7	12	28,6	1	42
Menos de un año en el servicio	1	1,0	1	2,4	0	2
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Tabla 10.2. Tipo de jornada según grupos de riesgo						
Tipo de jornada	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Horario rotativo	82	81,2	35	83,3	2	119
Horario fijo	19	18,8	7	16,7	0	26
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Tabla 10.3. Número de jornadas extraordinarias según grupos de riesgo						
Número de jornadas extraordinarias/ mes	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Ninguna	45	44,6	21	50,0	1	67
Entre 1 y 4	42	41,6	20	47,6	1	63
Entre 5 y 10	12	11,9	1	2,4	0	13
Más de 10	2	2,0	0	0,0	0	2
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Tabla 10.4. Años de laborar en el Hospital Nacional de Niños según grupos de riesgo						
Años de trabajo en el Hospital de Niños	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
6 meses a 1 año	2	2,0	0	0,0	0	2
Más de 1 año menos de 5	23	22,8	14	33,3	1	38
Más de 5 años menos de 10	22	21,8	8	19,0	0	30
Más de 10 años	54	53,5	20	47,6	1	75
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Tabla 10.5. Conocimiento de actividad preventiva según grupos de riesgo						
Tiene conocimiento de actividad preventiva	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Sí	11	10,9	1	2,4	0	12
No	90	89,1	41	97,6	2	133
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

Tabla 10. 6. Percepción de conflictos interpersonales según grupos de riesgo						
¿Percibe tener conflictos interpersonales a nivel laboral?	Grupos					Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo		Quemado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Sí	23	22,8	20	47,6	1	44
No	78	77,2	22	52,4	1	101
Total	101	100,0	42	100,0	2	145

En promedio las (os) enfermeras (os) del grupo de bajo riesgo tienen 11,95 años de trabajar para el servicio actual y el grupo de mediano riesgo tiene un promedio de 11,93 años de trabajar para el mismo servicio (Tabla 10.1). El 81,2% de los entrevistados pertenecientes al grupo de bajo riesgo, y el 83,3 % de los que pertenecen al grupo de mediano riesgo, tienen horarios rotativos (Tabla 10.2).

En cuanto a las jornadas extraordinarias, el 44,6% de los enfermeros de bajo riesgo no realizan y el 41,6% realizan entre 1 y 4 jornadas extraordinarias al mes. Los del grupo de mediano riesgo de Burnout el 50% no realiza jornadas extraordinarias y el 47,6% realizan entre 1 y 4 al mes (Tabla 10.3).

El 89,1% de las (os) enfermeros que obtuvieron bajo riesgo de Burnout y 97,6% del grupo de mediano riesgo no conocen acerca de la realización de actividades preventivas del Burnout que se realizan en el centro de trabajo (Tabla 10.5). El 77,2% de las personas de bajo riesgo para Burnout no perciben conflictos interpersonales en su trabajo; un 47,6% de personas en el grupo de mediano riesgo sí perciben conflictos interpersonales a nivel laboral (Tabla 10.6).

Ambas portadoras de Burnout tiene en promedio 15,50 años de laborar para el servicio donde estaban ubicadas al momento de la entrevista, tienen horarios rotativos, realizan menos de 4 jornadas extraordinarias al mes, ninguna conoce acerca de actividades preventivas (Tablas 10.1, 10.2, 10.3 y 10.5).

Recordamos que la información de la tabla anterior y descrita previamente es la que se obtuvo a partir de la división de la población entre grupos de alto, mediano riesgo y los portadores de Burnout. Se llevó a cabo solo la descripción pues la muestra en el grupo portadores de Burnout es de dos personas.

A continuación, se realiza la descripción de los resultados obtenidos a partir de la división de la población en dos grupos: el de bajo riesgo y el de mediano riesgo al que se le adicionaron los portadores de Burnout. Para poder definir si hay alguna relación entre las variables se utilizó la prueba de chi cuadrado. En las variables cuantitativas se utilizaron los promedios de los mismos y medidas de dispersión.

Hay un 30,34% de personas que participaron en el estudio que se encuentran con mediano riesgo de Burnout o portadores del síndrome.

Tabla 11. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y promedios de edad del personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012

	Frecuencia	Promedio de edad	
Bajo riesgo	79	38.78	
Mediano riesgo/quemado	38	38.50	
Total	117	38.69	
Valor p			**0.881**

La tabla 11 nos muestra que el promedio de edad de las y los enfermeras (os) entrevistadas ubicadas en el grupo de bajo riesgo es de 38.78 años, y en el de mediano riesgo e promedio es de 38.5 años, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos como lo muestra el valor de p en 0,881. Aparecen en total 117 personas pues 28 personas no respondieron esta pregunta por lo que no fueron tomados en cuenta para esta parte del análisis.

En la tabla 12 que se encuentra a continuación, se muestran las frecuencias según rangos de edad y los dos grupos de riesgo; el grupo entre los 30 y 34 años es el más frecuente para ambos grupos de riesgo (de un 21,8% y 27,3% respectivamente) no existe relación estadísticamente significativa entre el grupo de edad y el riesgo de presentar Burnout.

Tabla 12. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y rangos de edad del personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012

Edad	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/Portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
25-29	13	12,9	5	11,4	18
30-34	22	21,8	12	27,3	34
35-39	15	14,9	5	11,4	20
40-44	6	5,9	5	11,4	11
45-49	7	6,9	4	9,1	11
50-54	8	7,9	6	13,6	14
55-59	7	6,9	1	2,3	8
60-64	1	1,0	0	0,0	1
Sin datos	22	21,8	6	13,6	28
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.738**

La tabla 13 nos muestra las frecuencias según la variable género de los diferentes grupos de riesgo y Burnout, se aclara que aparecen 144 personas, porque una de ellas no respondió a la pregunta y por lo tanto no puede ser incluida del análisis de correlación. La prueba Chi cuadrado no muestra que haya asociación entre el género y el estar quemado o tener mediano riesgo de padecer de Burnout.

Tabla 13. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y género del personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012

Género	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	9	90,0	6	13,6	15
Femenino	91	91,0	38	86,4	129
Total	100	100,0	44	100,0	144
Valor de p					**0,401**

Tabla 14. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y provincia de habitación, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012

Provincia donde vive actualmente	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
San José	61	60,4	27	61,4	88
Cartago	8	7,9	2	4,5	10
Heredia	24	23,8	10	22,7	34
Alajuela	8	7,9	5	11,4	13
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0,818**

Como ya se ha señalado anteriormente y como lo corrobora la tabla 14, la mayoría de los y las entrevistados (as) vive en San José y Heredia para ambos grupos de riesgo y no existe una relación significativa entre los grupos de riesgo y el lugar de habitación.

Todos los enfermeros respondieron su estado civil, la mayoría de ellos son casados o solteros, solo hay una persona que se encuentra viudo (a). No se demostró relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el riesgo de Burnout. (Ver tabla 15).

Tabla 15. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y estado civil obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012

Estado civil	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Soltero	32	31,7	15	34,1	47
Casado_UL	55	54,5	20	45,5	75
Viudo	1	1,0	0	0,0	1
Divorciado-separado	13	12,9	9	20,5	22
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.545**

En el grupo de bajo riesgo, la mayor parte de la población convive con el cónyuge y/o hijos (66,3%) o con padres y hermanos (12,9%). El grupo de mediano riesgo o portadores de Burnout la mayoría vive con cónyuge y/o hijos (59,1%) o con otros miembros de la familia (18,2%), sin embargo, esta variable no se relaciona con riesgo de padecer Burnout. (Tabla 16).

Tabla 16. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y personas con quien vive el personal de enfermería del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

Personas con quien vive	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Solo	10	9,9	3	6,8	13
Padres y/o hermanos	13	12,9	7	15,9	20
Cónyuge y/o hijos	67	66,3	26	59,1	93
Otros miembros de la familia	6	5,9	8	18,2	14
Otros	5	5,0	0	0,0	5
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.103**

Más de un tercio de la población que participó en el estudio no tiene hijos independientemente del grupo de riesgo, es decir, no se encontró una relación significativa entre tener hijos o no con el riesgo de Burnout (Ver tabla 17).

Tabla 17. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y la presencia de hijos obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

¿Tiene hijos?	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	37	36,6	17	38,6	54
Si	64	63,4	27	61,4	91
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0,819**

Tabla 18. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y la religión obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

Religión	Grupos				Total
	Bajo Riesgo		Mediano riesgo/portador de Burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Católico	79	78,2	31	70,5	110
No católicos	15	14,9	13	29,5	28
No profesa	7	6,9	0	0,0	7
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0,035***

Como se puede observar en la tabla 18, los no católicos representan un 14,9% de las personas de bajo riesgo y un 29,5% en los de mediano riesgo de Burnout y portadores de Burnout; esta diferencia es significativamente mayor, interpretándose que los no católicos tienen más porcentaje de personas en el mediano riesgo y portadores de Burnout (prueba de correlación estadísticamente significativa con $p<0,05$, IC 95%).

En el grupo de bajo riesgo de Burnout, el 47,5% de las (os) enfermeras (os) tienen entre uno y cinco años de laborar para el servicio al que se encuentra asignado al momento del estudio; de los que presentaron mediano riesgo o portan Burnout, la mayoría, (52,3%) también tienen entre uno y cinco años de laborar en el servicio actual. No hay una relación significativa entre los años laborados en el servicio actual y el riesgo de Burnout. (Tabla 19).

Tabla 19. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y los años de trabajo en el mismo servicio obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

Años mismo servicio	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1 - 5 años	48	47,5	23	52,3	71
Más de 5 menos de 10	23	22,8	7	15,9	30
Más de 10	29	28,7	13	29,5	42
Menos de 1 año	1	1,0	1	2,3	2
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.750**

Tampoco existe una relación, en este estudio, entre el riesgo de Burnout y el hecho de tener jornadas rotativas o fijas (Tabla 20)

Tabla 20. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y el tipo de jornada, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

Tipo de Jornada	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Horario rotativo	82	81,2	37	84,1	119
Horario fijo	19	18,8	7	15,9	26
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.675**

No existe relación entre el riego de Burnout y el número de jornadas extraordinarias realizadas o el hecho de que una persona realice, o no, jornadas extraordinarias (Tabla 21).

Tabla 21. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y el número de jornadas extraordinarias obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

Número de Jornadas extraordinarias/m	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Ninguna	45	44,6	22	50,0	67
Entre 1 y 4	42	41,6	21	47,7	63
Entre 5 y 10	12	11,9	1	2,3	13
Más de 10	2	2,0	0	0,0	2
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.213**

En cuanto a la variable de los años totales laborados en el Hospital Nacional de Niños, no se identificó ningún individuo con un año o menos de laborar entre las personas que portan un mediano riesgo o portan Burnout, En ambos grupos (Bajo riesgo y Mediano riesgo/Burnout) la mayoría tienen más de 10 años de trabajo, con porcentajes de un 53,5% y un 47,7% respectivamente. No existe relación estadísticamente significativa de los años de trabajo con el riesgo de Burnout (Ver tabla 22).

Tabla 22. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y años de trabajo en el Hospital Nacional de Niños, obtenidas en las y los enfermeros del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

Años de trabajo	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1 año	2	2,0	0	0,0	2
Más de 1 año menos de 5 años	23	22,8	15	34,1	38
Más de 5 años menos de 10 años	22	21,8	8	18,2	30
Más de 10 años	54	53,5	21	47,7	75
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.431**

En cuanto a la variable relacionada con la percepción de conflictos interpersonales a nivel laboral (tabla 23) encontramos que el 47,7% de las personas que se encuentran en el grupo de mediano riesgo o portadores de Burnout tienen la percepción de tener conflictos a nivel interpersonal, mientras que esta condición se presenta en el 22, 8% de las personas de grupo de bajo riesgo. Existe asociación estadísticamente significativa entre percibir conflictos interpersonales a nivel laboral y tener mediano riesgo o ser portador de Burnout (prueba de correlación estadísticamente significativa con $p<0,05$, IC 95%). Es importante recalcar que esta variable engloba tanto las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo de trabajo del mismo servicio, como con otras instancias como jefaturas de enfermería, supervisión y dirección.

Tabla 23. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y percepción de conflictos interpersonales a nivel laboral, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, durante el mes de setiembre 2012.

Percepción de conflictos interpersonales	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	23	22,8	21	47,7	44
No	78	77,2	23	52,3	101
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.003***

En cuanto al consumo de tabaco la mayoría de las personas entrevistadas, para ambos grupos de riesgo, respondieron que no son consumidores, esto representado en un 96% para el grupo de bajo riesgo y 97,7% para personas de alto riesgo o portadores de Burnout. (Tabla 24).

Tabla 24. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y el consumo de tabaco, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012.

Consumo de tabaco	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	3	3,0	1	2,3	4
No	97	96,0	43	97,7	140
Sin datos	1	1,0	0	0,0	1
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.779**

En cuanto al consumo de alcohol, tampoco hay relación estadísticamente significativa con el riesgo de Burnout. Insistimos que en las respuestas obtenidas hay un porcentaje bajo (13,3%) de personas que dicen consumir alcohol. No existe relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y el riesgo de Burnout (Ver tabla 25).

Tabla 25. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y el consumo de alcohol, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012.

Consumo De alcohol	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	15	14,9	4	9,1	19
No	81	80,2	40	90,9	121
Sin datos	5	5,0	0	0,0	5
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					0.185

La tabla 26 muestra la distribución de personas con enfermedad crónica en los diferentes grupos de riesgo de Burnout, aquí se obtuvo un relación estadísticamente significativa entre los que no portan ninguna enfermedad y los que pertenecen al grupo de mediano riesgo y portadores de Burnout (prueba de correlación estadísticamente significativa con $p<0,05$, IC 95%).

Tabla 26. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y el ser portador de enfermedad crónica, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012.

Portadores de enfermedad crónica	Grupos				Total
	Bajo riesgo		Mediano Riesgo/portadores de burnout		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	28	27,7	7	15,9	35
No	55	54,5	32	72,7	87
Sin datos	18	17,8	5	11,4	23
Total	101	100,0	44	100,0	145
Valor de p					**0.006***

La tabla 27 muestra la relación entre el servicio de trabajo y los grupos de riesgo para Burnout.

Tabla 27. Distribución de frecuencias según grupo de riesgo de burnout y el servicio donde labora actualmente, obtenidas en las y los enfermeras (os) del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica durante el mes de setiembre 2012.

Servicio actual	Grupos		Total
	Bajo riesgo	Mediano riesgo/portadores de burnout	
Sala operaciones, recuperación, cirugías 2 y 3	16	4	20
Medicinas 1 a 6,neonatología, infectología	55	28	83
Unidades de cuidado intensivo, trasplante	21	9	30
Consulta externa y programas especiales	9	3	12
Total	101	44	145
Valor de p			**0,66**

Debido a que en algunos servicios como cirugía 3 y recuperación los participantes fueron muy pocos, se decidió agrupar los servicios con la finalidad de poder realizar comparación con los grupos de riesgo. En la tabla 28 se muestra la distribución de los servicios según grupo de riesgo de Burnout, no se encontró relación estadísticamente significativa con los servicios de trabajo y el riesgo de Burnout.

Discusión

Iniciamos mencionando acerca de la participación, ya que es probable que no obtuviéramos un 100% debido a la gran demanda laboral que coexistió durante el periodo de recolección de datos, pues este coincidió con el pico estacional de enfermedades infecciosas respiratorias, que se presenta en nuestro país para los meses de mayor precipitación, siendo uno de ellos el mes de setiembre. Este pico de infecciones respiratorias estuvo caracterizado por un aumento del número de pacientes hospitalizados por esta causa, sobrepasando la capacidad de servicios como las Unidades de Cuidado Intensivo, por lo que para solventar la demanda fue necesario que los otros servicios de manejo de pacientes no críticos asumieran pacientes con ventilación mecánica asistida. Incluso las autoridades del Hospital de Niños activaron un plan de contingencia que consistió en la apertura de una unidad transitoria de pacientes con sintomatología respiratoria que ameritara ventilación mecánica asistida en el servicio de Infectología. Lo anterior provocó que los profesionales en enfermería estuvieran casi el 100% de su jornada en contacto directo con el paciente, monitorizando los signos vitales y los cambios en el patrón del estado de salud. Esto hizo que el espacio para que las investigadoras expusieran el estudio y los participantes completaran los cuestionarios fuera limitado e interrumpido en varias ocasiones.

Entre otros aspectos que llamaron la atención, las preguntas referentes a la edad y al padecer de alguna enfermedad crónica del cuestionario de datos sociodemográficos y laborales (CDSDL) no fueron debidamente completadas en algunos casos. Una razón podría deberse a la ubicación de las mismas; la edad, por ejemplo, localizada debajo del número de registro (apartado que había sido completado previamente por las

investigadoras). El hecho de que un alto porcentaje de la población participante no haya respondido la pregunta sobre padecimientos crónicos lo achacamos a que esta estaba ubicada al reverso de la última página del cuestionario de recolección de datos sociodemográficos y laborales, era la última pregunta del cuestionario, y estaba al inicio de la página, lo que pudo haber provocado que para algunos pasara desapercibida.

Otra pregunta que llamó la atención fue la relacionada con el consumo de alcohol, ya que se obtuvo un bajo porcentaje de consumo (13.3%), en comparación con la población general que en nuestro país ronda el 57% (de la población adulta), según estadísticas del Instituto para Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Esto se debe probablemente a que hay una connotación negativa con consumir alcohol, es asociado con una conducta desadaptativa que no es socialmente aceptada en un trabajador del campo de la salud, con probable conocimiento de los efectos negativos de esta sustancia. Esto pudo dar lugar a que personas que tomaran alcohol, pero de manera ocasional o social, sin dependencia o abuso del mismo, contestaran negativamente esta pregunta.

Con respecto a los datos obtenidos a partir de la escala MBI, en la subescala de despersonalización, en este estudio los resultados fueron congruentes con algunos estudios publicados en personal de enfermería latinoamericano en donde esta subescala es en la que la mayoría de los enfermeros (as) obtienen los más bajos puntajes, es decir, hay bajos índices de despersonalización hacia los pacientes que se atienden (Grau et al, 2007) (Martínez y López, 2005) (Mercado, 2004) (Parada et al, 2005) (Albadejo et al 2004). Esto podría apoyar el modelo psicopatológico en el que se expone que la despersonalización es la última etapa del Burnout y que funciona como mecanismo de defensa ante el desgate emocional y la baja realización personal. En nuestro estudio solo tres personas obtuvieron

el máximo puntaje en la subescala de despersonalización, hipotetizamos, en nuestro estudio, que esto se relaciona con que las y los enfermeros son conmovidos por el trabajo con la población infantil, y que al ver un niño sufriendo las consecuencias de una enfermedad podrían removerse sentimientos de protección hacia el infante que tal vez no se presenten de igual forma ante un adulto con enfermedad, que es más autosuficiente. A continuación exponemos algunas asociaciones que se han encontrado como variables asociadas a despersonalización en diferentes estudios.

En general debido a las diferencias en metodológicas y de población es difícil comparar resultados de los distintos estudios que se revisaron para la presente investigación, sin embargo, es notorio que las mujeres puntuan más alto en la subescala de agotamiento emocional, y los hombres en la de despersonalización y realización personal, esto ha sido explicado por las diferencias de socialización según el género (Houkes et al, 2011). Otro estudio en el que se obtiene que los hombres puntuan más alto en la subescala de despersonalización, es el realizado por Gil en una población de enfermeros; entre otras características también encontró este autor, que los hombres tienen más inclinación hacia el absentismo (Gil, 2002). De igual forma en el estudio realizado por Martínez y López (2005), se encontró una despersonalización más alta en hombres.

Grau et al (2007), plantearon como resultado de su estudio que ser mujer mostraba un efecto protector en la escala de despersonalización al igual que la valoración laboral, el tener hijos, el optimismo, y la satisfacción profesional. Como factores que se asocian a alta despersonalización, encontraron el ser soltero, el hacer guardias (jornadas extraordinarias) y el haber estado de baja laboral durante el año precedente al estudio. A mayor edad aumentaban los puntajes en despersonalización.

Varios otros estudios han encontrado que los hombres obtienen más altos puntajes de despersonalización que las mujeres. (Houkes et al, 2011) (Millán & Mesén, 2009).

Soler et al (2008), encuentra asociación estadísticamente significativa entre los que tenían altos puntajes en la subescala de despersonalización con género masculino, los que realizaban "visitas de fin de semana" al centro de trabajo, con el uso de alcohol, y con los que han expresado la intención de cambiar de trabajo. Y con bajos puntajes en esta subescala se asoció a aquellos que realizan labores académicas, y los que no se han incapacitado o ausentado por enfermedad. Parada et al (2005) encuentran correlación entre los (as) enfermeros (as) mayores de 40 años, con menos de 20 años de servicio, y que laboran en hospitalización con altos puntajes en despersonalización. Meltzer y Missak (2004), obtuvieron en sus resultados que las enfermeras entre 18 y 30 años tienen más altos índices de despersonalización que las que se encontraban entre 50 y 60 años. Evans et al (2006) han encontrado que la despersonalización se asocia con el género masculino, y con sentimientos negativos acerca del rol del trabajador social.

En cuanto a la subescala de agotamiento emocional la población estudiada se distribuye prácticamente en tercios, lo que no se ha observado en otros estudios, en donde la distribución de los puntajes mantiene mayores diferencias. Podría deberse que un tercio de la población en nuestro estudio se encuentre con altos niveles de agotamiento emocional, a la gran demanda laboral que tenían durante el período de recolección de datos, a la luz de que el estudio coincidió con un periodo crítico en el hospital, generado por el pico anual de infecciones respiratorias, que generó altos niveles de demanda de atención de niños con síntomas de enfermedades del aparato respiratorio, aumento en el número de internamientos por esta causa, y la consiguiente plétora de diferentes servicios en el

hospital, con el aumento de las medidas de cuidado y atención personalizada requerida por los pacientes. Esto fue percibido por las investigadoras a un nivel subjetivo durante la recolección de la información, así mismo algunos profesionales expresaron sentirse con una gran sobrecarga de trabajo por este motivo. Otro aspecto que podría relacionarse es la corta edad de la población atendida en el Hospital Nacional de Niños, en algunos casos pacientes con apenas meses de edad, implicando altos niveles de vulnerabilidad y dependencia; además en la mayoría el personal enfermero profesional debía atender no solo las necesidades del paciente, sino las inquietudes y la angustia de los familiares que lo acompañan, teniendo que abordar situaciones altamente estresantes, que implican la inversión de recursos emocionales, funcionando en muchos casos como un personal de choque.

Por otro lado, se evidenció que del equipo de enfermería de los servicios de internamiento (Cirugías 2 y 3, Medicinas 1 a 5), conformado por asistentes de pacientes, auxiliares y jefes de enfermería, estos últimos se encontraban la mayoría de las veces en menor número con respecto a los otros trabajadores. Esto implicaba que prácticamente toda la responsabilidad del servicio se encontraba en manos de una o a lo sumo dos personas, generando una mayor sobrecarga de trabajo; esto porque muchas de las funciones podían ser llevadas a cabo únicamente por las enfermeras (os) profesionales del servicio, por ejemplo la administración de medicamentos.

Grau et al, en su estudio realizado en 2007 encontraron que las mujeres, los individuos que se encontraban separados, los que trabajaban realizando turnos de guardia, los que padecían una enfermedad crónica y los que habían estado de baja laboral por cualquier causa durante el año precedente, son los que obtuvieron los más altos puntajes en

la subescala de desgaste emocional. La valoración laboral junto con la percepción de sentirse valorado por quienes le rodean, se ha mostrado como variable protectora de agotamiento emocional. Además a mayor edad, a más años de ejercicio profesional o más años en el puesto de trabajo actual, menor probabilidad de presentar altos puntajes en agotamiento emocional.

Soler et al (2008), encontraron también que los solteros, los que se han incapacitado o ausentado por enfermedad, los que consumen alcohol, y medicamentos psicotrópicos tienen altos puntajes de agotamiento emocional, y que los que se dedican a labores académicas tienen bajos niveles en esta escala.

Antance, 1997, encontró también que las mujeres tienen mayores índices de agotamiento emocional, al igual que los mayores de 44 años, y los que tenían entre 10 y 20 años de trabajo. Meltzer y Missak (2004), encontraron que las (os) enfermeras (os) que consideran la religión como una parte importante de su vida, tienen puntajes más bajos en agotamiento emocional que los que no profesan religión o reportan que la religión no es tan importante en sus vidas. Por otro lado, López y Bernal (2002) no encontraron relación entre las variables sociodemográficas y la presencia de altos puntajes en agotamiento emocional.

Con respecto a la subescala de Realización Personal (con resultado de 36,8%), similares resultados han sido encontrados por Grau et al (2007) y Albadejo et al (2004) (ver tabla 9). Hay otros estudios que han encontrado cifras más elevadas de baja realización personal. Diversos estudios han encontrado relación entre esta subescala con la edad, la

capacidad de toma de decisiones a nivel laboral, el estado civil, y otras tal como se resume a continuación.

Grau et al (2007), encuentran que las mujeres percibían, en su estudio, una menor realización personal que los hombres. Las personas solteras expresaron valores más bajos de realización personal que el resto de participantes. El sentirse valorado en el trabajo (valoración laboral) fue altamente protector de baja realización personal, ya que reducía casi a la mitad la probabilidad de encontrase con bajas puntuaciones en realización personal. Hacer guardias y la baja laboral durante el año anterior se asociaron a un nivel bajo de realización personal.

Soler et al 2008, encontraron que los solteros, los fumadores, los que utilizan medicación psicotrópica, los que se han incapacitado o ausentado del trabajo por enfermedad por más de 3 días, tenían bajos puntajes en realización personal, en comparación con los que tenían hijos, que obtenían menores puntajes, los que se dedican a la academia, los que no realizan "visitas de fin de semana" al centro de trabajo.

Martínez y López (2005) encontraron asociación entre tener bajos puntajes en realización personal y estar quemado, con tener un estado civil casado; lo contrario sucedía con los solteros. Igual hallazgo se encontró en el estudio de Millán y Mesén (2009), realizado en residentes en nuestro país, y en el estudio llevado a cabo por Antance (1997) realizado en Guadalajara.

Parada et al, (2005) hallaron que las (os) enfermeras (os) con menos de 40 años de edad, unidos y con más de 4 horas de contacto directo con los pacientes obtuvieron bajos puntajes en realización personal.

López y Bernal (2002) también encuentran en su estudio que a menor edad y menos años de servicio, hay más baja realización personal. Evans et al (2006) encontraron que la capacidad de tomar decisiones en el trabajo mejora los puntajes en realización personal, pero no encontraron asociación con el hecho de sentirse valorado en el trabajo, con alto grado de demandas laborales o los sentimientos experimentados por los trabajadores sociales acerca del rol que cumplen (Poncet et al, 2007).

Hipotetizamos en nuestro estudio que el porcentaje superior a un tercio de la población con baja realización personal puede estar dado por sensación de pobre reconocimiento a la labor de las enfermeras, esto ante una situación de sobrecarga laboral como la ya mencionada anteriormente y pocos incentivos (de índole no económico) en el centro de trabajo por parte de las autoridades, esto aunado a la sensación de impotencia que se presenta ante la visión de un paciente crítico que empeora a pesar del trabajo realizado puede contribuir con este resultado.

En la tabla 28, se exponen los resultados obtenidos a nivel latinoamericano en personal sanitario de las diferentes subescalas.

Tabla 28. Porcentaje de personas que en diferentes estudios latinoamericanos obtuvieron puntajes altos en despersonalización y agotamiento emocional, y puntajes bajos en realización personal.

Estudio	Subescala despersonalización	Subescala agotamiento emocional	Subescala realización personal
Grau et al, 2007	15%	48%	36%
Martínez López, 2005	26,6%	28%	54%
López et al 2005	23,9%	14,5%	67,7%
Parada et al 2005	22,1%	16,4%	59,6%
Albadejo et al 2004	9,2%	11,7%	35%
López, Bernal 2002	20,2%	26,5%	30%

Con respecto al primer objetivo de nuestro estudio, la prevalencia de Burnout calculada con un intervalo de confianza del 95% fue de 1,4% (DS: 0,17- 4,9), al respecto traemos a discusión varios puntos.

El primero de ellos es "… *la ausencia de un criterio consensuado de "caso de Burnout" y las numerosas variaciones metodológicas hacen imposible comparar correctamente prevalencias de Burnout*." (Grau et al, 2007) Maslach y Jackson, citadas por Ferrero y Martins (2011), dan su recomendación *"... en el sentido de mantener separadas las puntuaciones de cada dimensión (cansancio emocional, despersonalización y realización personal), y no combinarlas en una puntuación única. Se debe recordar que*

este instrumento no arroja un puntaje total que determine presencia o ausencia de Burnout, sino puntajes individuales para cada una de las tres dimensiones evaluadas, que se categorizan como bajo, medio o alto de acuerdo a puntos de corte predeterminados para cada cultura y grupo profesional…"

Sin embargo, la necesidad de establecer una prevalencia del síndrome, y la ausencia de consenso, ha llevado a que se establezcan múltiples métodos para establecer la definición de caso.

Hay artículos en donde se parte de puntos de corte preestablecidos, según los puntajes totales de cada una de las subescalas y la población, por ejemplo el de Parada et al (2005) en donde se obtuvo un 6,73% de prevalencia del síndrome, el realizado por Órdenes (2008) con una prevalencia del 31%, y el de López et al (2005) que encuentran un 59,4%, sin embargo, en algunas ocasiones, incluso los puntos de corte varían de autor en autor.

Otros autores realizan sus puntos de corte sobre los resultados obtenidos en su población de estudio (lo realizado en este trabajo), por ejemplo, el realizado por Martínez y López (2005) en donde se obtiene un 33,6% de prevalencia y el realizado por Grau et al (2007), con un 11,4%, este último autor de hecho cita en su artículo, donde se toma una muestra de 11530 trabajadores sanitarios de Latinoamérica, "s*iguiendo las recomendaciones de las autoras del MBI se consideró caso de Burnout cuando la persona participante expresaba un alto nivel de agotamiento emocional y despersonalización (quedando ubicado en el tertil superior de ambos), y un bajo nivel de realización personal (ubicado en el tertil inferior de RP). La clasificación por tertiles se realizó según los*

resultados obtenidos en la muestra sujeta a estudio, sin recurrir a puntos de corte "normativos" de otras poblaciones."

En algunos estudios no se reporta la prevalencia del síndrome en el conjunto de sus subescalas, es decir, la alteración al mismo tiempo en las tres subescalas, tal como el estudio de Palmer (2007) realizado en México y que reporta una prevalencia del 6,8% o el de Matínez y López (2005) ya supracitado; sino la alteración de cada una de las subescalas por separado, partiendo de que con solo una de las escalas alteradas la persona ya es portadora de síndrome de Burnout (Gil et al, 2005), como es el estudio realizado por López y Bernal (2002) en el cual concluyen que ente un 20 y 30% de la población presenta "*...alto grado de Burnout en alguna de sus tres dimensiones*".

Otros autores definen "una persona caso" como aquellas que obtienen un puntaje alto en la subescala de agotamiento emocional, asociado ya sea a altos puntajes en la subescala de despersonalización o bajos puntajes en la escala de realización personal. (López y Bernal, 2002) (Órdenes, 2008).

Asociado a esta disparidad en las metodologías, y como se indicó en el marco teórico, hay críticas al Inventario para Burnout de Maslach en cuanto a su consistencia interna sobre todo en lo que se refiere a la subescala de despersonalización (Gil, 2002) (Gil et al, 2009).

Otro factor que se señala, también discutido por Gil, (1997) y Rodríguez y Hermosilla, (2011), es la gran cantidad de modelos explicativos acerca de la etiología y fisiopatología del síndrome, y que a falta de un consenso en estos dos ítems se dificulta una medición más específica del Burnout.

También está la posibilidad de que las personas portadoras de Burnout tienden a reportar menores puntajes del mismo, citamos a Gil et al (2005) de forma textual: *"...los niveles del SQT (Instrumento creado por estos autores para medir Burnout y mencionado anteriormente) tienden a ser infravalorados por los individuos que responden a los cuestionarios debido a efectos de deseabilidad social, o por la formulación negativa de los ítems*."

Todo esto lleva a que se reporten prevalencias tan altas como de un 72% (Millán y Mesén 2009) o como en el trabajo publicado por López et al (2005) que encuentran en su estudio realizado en el hospital pediátrico Santiago de Compostela en Barcelona, una prevalencia de Burnout de 59,4%; hasta prevalencias como las de Vinnacia y Alvarán (2004) en donde no encuentran personas con Burnout en su estudio llevado en auxiliares de enfermería colombianas, lo que sucede también en el estudio llevado a cabo en el Cuzco en enfermeros (as) y médicos (as) (Quiroz y Saco, 2000).

Es importante traer a colación la prevalencia de Burnout encontrada en el estudio (1,4% (DS: 0,17- 4,9), por cuanto solo dos personas cumplían a cabalidad con la definición de caso de Burnout (alta despersonalización y agotamiento emocional y baja realización personal). Esta es una prevalencia baja, comparada con la encontrada en otros centros de atención pediátrica a nivel de otros países; esto no permite una comparación estadística de relación entre variables con los otros grupos de riesgo. Es importante de nuevo mencionar que la ausencia de un criterio consensuado de "caso de Burnout" y las numerosas variaciones metodológicas hacen imposible comparar correctamente las prevalencias. El realizar una división de la población en dos grupos que permita la comparación estadística, uniendo los portadores de Burnout con las personas que poseen un mediano riesgo de

Burnout, nos permitió hacer comparaciones de correlación. Las variables que se relacionaron estadísticamente con el riesgo de Burnout, lo hicieron con valores de “p” que muestran alta correlación.

En este estudio se encuentran relaciones estadísticamente significativas en tres variables, la primera de ellas es con la variable religión, en donde los no católicos tienen mayor asociación con los portadores de Burnout y de mediano riesgo del mismo. Consideramos que el hecho de tener una denominación religiosa no es un indicador del grado de involucramiento que una persona pueda tener o la convicción de sus principios religiosos; es decir, no necesariamente alguien que marcó profesar alguna religión necesariamente se congregue, o participe de las actividades que se realizan. Además, los datos en otros estudios de investigación al respecto son escasos, pero el hallazgo en nuestro trabajo es contrario a lo ya publicado en la literatura, en donde se ha correlacionado el hecho de tener una creencia religiosa como un factor protector de Burnout, al tener las personas que practican alguna religión un acceso más cercano a una red de apoyo extra (comunidades religiosas) y que la religión da un marco de referencia para poder interpretar algunos eventos del vivir. (Kovács, 2009).

La segunda variable que presentó una relación estadísticamente significativa con el riesgo de Burnout, fue la percepción de conflictos interpersonales a nivel laboral. Es decir, los que perciben conflictos con sus pares en el trabajo tienen más riesgo de pertenecer al grupo de mediano riesgo y portadores de Burnout. Esto ha sido encontrado también en los estudios de Grau, et al (2007) y Poncet et al (2007). Al respecto se señala que la valoración laboral (el hecho de sentirse valorado en el trabajo) se mostró altamente protectora de

Burnout, de modo que cada nivel de valoración disminuía a la mitad la probabilidad de tenerlo (Grau et al 2007).

La última variable que se correlacionó con el riesgo de Burnout fue la presencia de enfermedad crónica, en donde encontramos diferencias con respecto a la literatura publicada en donde autores encuentran relación entre el ser portador de Burnout o de alto riesgo y ser portador por ejemplo de fibromialgia, enfermedad coronaria, diabetes mellitus (Melamed, 2006), (Toker, 2012), (Gonzáles, 2010), hipotetizamos que la persona portadora de una enfermedad crónica, a través de su experiencia como enfermo, está más sensibilizada con los procesos que pueden pasar los mismos pacientes que atiende, y le permite poner en perspectiva cuáles son sus metas con el mismo. Otro aspecto que podría relacionarse es que la enfermedad crónica podría ser generadora de síntomas de desgaste emocional, fuera del contexto laboral, estas personas están más familiarizadas y desensibilizadas a este, por lo podrían tener dificultad para relacionar la presencia de estos síntomas con la labor per se, y por ende no resultar con Burnout.

Con el resto de variables sociodemográficas: edad, género, lugar de habitación, personas con quien habita, estado civil, presencia de hijos no se encontró relación alguna. Tampoco se demostró relación estadísticamente con el riesgo de Burnout y variables laborales como: años de servicio en el hospital, años de trabajo en el mismo servicio, tipo de jornada laboral, número de jornadas extraordinarias, servicio donde se labora, o con el consumo de alcohol o tabaco. Tampoco se hallaron factores protectores del síndrome de Burnout. Al respecto realizamos un resumen de los principales hallazgos encontrados en la literatura en cuanto a la asociación encontrada en diferentes investigaciones, con la finalidad de demostrar lo heterogéneo de los resultados en el Burnout.

Grau et al (2007), encontraron que del 11,4% de los profesionales con Burnout, la mayoría era mujeres, y solteros. Trabajar realizando turnos de guardia, haber estado de baja laboral y padecer una enfermedad crónica se asociaron de manera independiente con el caso de Burnout.

A mayor edad, más años de ejercicio profesional o más años en el puesto de trabajo actual, menor probabilidad de Burnout, sin embargo la variable edad ha tenido hallazgos contradictorios pues se ha encontrado que ha mayor edad mayor probabilidad de tener Burnout. (Martínez & López, 2005).

Tener hijos tuvo efecto protector. Y las variables de sexo y el estado civil no mostraron una asociación estadísticamente significativa (Grau et al, 2007).

Se ha encontrado asociación del síndrome de Burnout con haber expresado la intención de cambiar de trabajo, abuso y uso de alcohol, tabaco, y medicación psicotrópica, edad joven y género masculino. (Soler et al 2008).

Sin embargo estos hallazgos son contradictorios, por ejemplo Órdenes (2008) encontró que la distribución según edad, sexo, estado civil y antigüedad laboral no mostró diferencias significativas entre los casos sintomáticos y los sin Burnout. Además, que trabajar más de 60 horas a la semana se correlacionaba con la presencia de Burnout. Mandiracioglu y Cam (2006) tampoco halló asociación entre estar quemado y la edad, el salario y tipo de trabajo realizado.

En un estudio realizado en Turquía, se encuentra mayor prevalencia de Burnout entre el personal de enfermería del sexo femenino, y en este estudio no se encontró

asociación entre haber estado expuesto al ataque violento por parte de algún paciente y Burnout (Mandiracioglu & Cam, 2006).

Parada et al (2005), no encontraron relación entre las variables: nivel profesional, el salario, o el turno de trabajo y la presencia de Burnout en los enfermeros (as) estudiadas; e indican que el perfil del enfermero quemado es aquel menor de 40 años, con menos de 20 años de servicio, unidos (situación de pareja) y con más de 4 horas de contacto directo con el paciente. Meltzer y Missak (2004), encuentran correlación entre las enfermeras que rotan en las unidades de cuidados intensivos y el síndrome de Burnout.

Poncet et al (2007) encuentran que los enfermeros de cuidados intensivos que tenían Burnout, percibían problemas interpersonales con algún compañero de trabajo, con algún médico o familiar del paciente que tenían a cargo, o habían participado en la decisión de suspender los tratamientos curativos a un paciente y solo dejar los de soporte. También encuentran que la posibilidad de ajustar el horario de acuerdo a sus necesidades personales tenía una correlación significativa con bajas puntuaciones de Burnout.

Quiroz y Saco (2000) encuentran que los hombres, los solteros y los que tienen más de 12 años de servicio son los que obtuvieron los más altos puntajes en el IBM.

En un estudio realizado en Chile encuentran relación entre los que presentan Burnout y tienen hijos, pero no encuentran asociación con el género, estado civil, años de profesión, horas trabajadas, o turnos extraordinarios (Castillo et al, 2012).

Finalmente, aunque la prevalencia del síndrome como tal encontrada en el presente estudio fue tan baja, hay un 30,34% de personas que se encuentran con mediano riesgo de desarrollar por cuanto tienen alteración en una o 2 subescalas (se debe recalcar que este

porcentaje engloba a las 2 personas portadoras del síndrome); consideramos que es hacia este grupo que se dirijan actividades de tipo preventivo, para evitar el desarrollo del síndrome como tal.

Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones se presentó durante la etapa de recolección de datos, en la que las investigadoras se desplazarían por cada uno de los servicios del Hospital Nacional de Niños, cuyo desarrollo se dio concomitantemente con el pico estacional de enfermedades respiratorias en nuestro país. Esto significó un aumento significativo del número de niños ingresados con infecciones respiratorias, con la consecuente plétora en algunos de los servicios del hospital, sobre todo en las unidades de cuidado intensivo. Fue necesario incluso que las autoridades del hospital activaran un plan de contingencia para solventar las necesidades de atención. El escenario encontrado a la hora de recolectar datos era el de servicios llenos de trabajo, con pacientes con patologías con un nivel moderado -alto de complejidad y que demandaban un monitoreo constante, esto comprometió en alguna medida la participación, razón por la cual algunos participantes hicieron entrega de los cuestionarios uno o dos días después de haberles sido facilitados, esto con la intención de que tuvieran suficiente tiempo para la lectura del consentimiento y evacuaran las dudas, para esto último las investigadoras facilitaron números de teléfono para que el participante sin necesidad de identificarse evacuara las dudas.

Esto pudo también haber influido en que 23 personas no accedieran a la participación, ya que en muchos casos se encontraban muy atareados (as) en labores propias del personal de enfermería, como administrando medicamentos, atendiendo inquietudes y educando a familiares, monitoreando los signos vitales y la respiración de los pacientes, etc., disminuyendo así el total de participantes. En futuros estudios debería

considerarse el ritmo de trabajo de la población a estudiar, a la hora del diseño metodológico, sobre todo para la etapa de recolección de datos.

Otra limitante se relaciona con que algunos participantes no completaron algunas de las preguntas de los cuestionarios, lo cual según lo estipulado en el consentimiento era posible, sin embargo consideramos esto se debió a la ubicación de algunas de las preguntas, sobre todo las correspondientes a edad y presencia de patología crónica, que no eran lo suficientemente visibles para el lector. En el caso de la escala MBI, algunas personas no completaron varios ítems, por lo que se invalidaba el instrumento y no fue posible contemplar su información en los resultados.

El trabajar con niños portadores de enfermedad, en alguna medida resulta satisfactorio, pese a las circunstancias, esto por la concepción de inocencia que engloban las poblaciones infantiles, y por su posición de vulnerabilidad o de ser catalogados como una población especial, esto podría correlacionarse con que pese a que se presenten niveles elevados en la subescala de Agotamiento Emocional, no se halle aún una respuesta de baja realización personal. Así mismo por esta posición de vulnerabilidad, no son socialmente validadas las actitudes de despersonalización hacia estos usuarios, por lo que se podría introducir un sesgo a la hora de calificar la subescala.

En algunos casos los participantes se mostraron algo resistentes en tener que leer y firmar el formulario consentimiento informado (FCI), lo cual era voluntario y se daba tras la explicación del estudio por parte de las investigadoras, esto porque el documento en sí tenía una extensión de 5 páginas con 12 apartados, para algunos participantes se

consideraba como poco práctico. En cuanto a la firma el documento solicita el nombre completo, firma, cédula y la fecha y hora de la firma, lo cual en algunos casos generaba algún grado de incomodidad en los participantes, quienes preferían mantener esos datos en la confidencialidad, en algunos casos esto generó que los profesionales en enfermería declinaran la participación. Esto último pese a la explicación verbal ofrecida por las investigadoras y la técnica de recolección de los documentos, ya que a cada participante se le solicitaba que entregara los cuestionarios dentro del sobre de manila y los formularios de consentimiento informado eran recolectados por separado para que no pudieran ser ligados a los cuestionarios y así garantizar la confidencialidad.

Por último con respecto al llenado de la escala MBI-HSS, por parte de los participantes y con la prevalencia obtenida, realmente baja en comparación con otros estudios realizados en personal de salud que trabaja con población infantil, consideramos que pudo haber influido que fuera un cuestionario de llenado individual; esto aunado al poco tiempo con el que contaban las (los) participantes pudo haber generado que hubiera menos cautela a la hora de responder, y tal vez hasta una lectura o interpretación incorrecta de una o más pregunta.

Conclusiones

1. El síndrome de Burnout fue descrito a inicios de la década de los sententa por Freudenberger y es popularizado en los años ochenta por Maslach y Jackson. Se encuentra definido con base en tres ejes principales: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que son la base del instrumento más utilizado para medir Burnout: el Maslach Burnout Inventory.

2. No existe un consenso en cuanto a la fisiopatología del síndrome, existen diversos modelos que tratan de dar una explicación a la evolución del mismo. Estas teorías se agrupan en tres grandes grupos, las enmarcadas en la teoría sociocognitiva del yo, los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Esta falta de consenso, ha dado lugar a un sinnúmero de investigaciones heterogéneas que no permiten tener un criterio estándar al definir el síndrome.

3. Existen múltiples escalas utilizadas como medio de tamizaje de Burnout, el Inventario para Burnout de Maslach es el utilizado en la mayoría de las investigaciones; además, ha sido validado a través de investigaciones en múltiples países, posee una sensibilidad y una especificidad aceptables como test de tamizaje. A pesar de las fuertes críticas a nivel de parámetros psicométricos que le realizan algunos autores.

4. La ausencia de la definición de “caso” de Burnout, no ha permitido estandarizar estudios epidemiológicos del síndrome, lo que se ve reflejado en una alta variación en las medidas de prevalencia y de incidencia que diversos estudios hacen, incluso al subclasificar el Burnout en grupos de alto, mediano o bajo riesgo.

5. Las características clínicas del síndrome de Burnout son sumamente variadas, presentando síntomas a nivel somático, cognitivo, emocional e interpersonal; debida a esta amplia variedad de síntomas es importante para el clínico realizar un diagnóstico diferencial con entidades que pueden parecerse o se traslapan con el Burnout, como son la depresión, la distimia, el mobbing, trauma vicario, síndrome de fatiga crónica, etc.

6. La prevalencia de síndrome de Burnout en los y las enfermeros (as) del Hospital Nacional de Niños en el mes de setiembre del 2012 es de 1,4%.

7. En nuestro estudio la religión, la percepción de conflictos personales a nivel laboral y la ausencia de enfermedad crónica tuvieron relación estadísticamente significativa con el riesgo de Burnout.

8. Hay un 30,3% de la población estudiada que se encuentra en mediano riesgo de Burnout o son portadores del mismo, este es casi un tercio de la población de enfermeros entrevistada. Es necesario, llevar a cabo acciones de prevención enfocadas en esta población, con la finalidad de que estas personas que se encuentran en riesgo puedan hacer introspección hacia sus emociones y su labor, esto podría evitar el ausentismo o los días incapacidad del servicio.

Recomendaciones

1. En cuanto al diseño metodológico, es importante retomar la estrategia de recolección de datos. Sería recomendable procurar para futuros estudios la garantía de un espacio y un tiempo fuera del ambiente de trabajo (por ejemplo una reunión de profesionales) para el llenado de cuestionarios, de forma que se agrupe a los participantes y estos tengan un tiempo establecido para completar esta tarea, sin sentirse presionados en cuanto al tiempo y al cumplimiento de labores. El diseño de los cuestionarios debe ser sencillo, las preguntas claras y colocadas de forma visible para evitar que los participantes las pierdan de vista y se pierda información.

2. En cuanto a los resultados obtenidos, llama la atención que la gran mayoría de los participantes no conociera de la existencia de alguna estrategia de prevención, por lo que es importante dar a conocer los métodos de prevención para el Burnout que se llevan a cabo en la institución, socializarlos y ponerlos a disposición de todos los trabajadores. Muchos de los participantes incluso desconocían el significado y las características de este síndrome por lo que además sería recomendable implementar espacios educativos relacionados con el tema.

3. Otro aspecto de suma importancia es el de capacitar a profesionales de enfermería del Hospital Nacional de Niños en materia de Burnout, no solo desde el punto de vista psicoeducativo, sino de forma que se conviertan en capacitadores de grupos y tengan el conocimiento necesario para el abordaje de casos y situaciones relacionadas con este síndrome.

4. En cuanto a las variables estadísticamente asociadas, consideramos que se podrían plantear estrategias, en la que se relaciona con la percepción de conflictos interpersonales en el trabajo, se podrían plantear la implementación de grupos de discusión supervisados por profesionales formados en el tema, que faciliten la expresión de emociones y la resolución asertiva de conflictos, cuando estos sean detectados. También consideramos sería un aporte el desarrollo de actividades que fomente el trabajo en equipo en un contexto más lúdico y recreativo, por ejemplo la realización de dinámicas más dirigidas al fortalecimiento del equipo de trabajo y no tanto orientadas al cliente.

5. La formación de grupos para la discusión de situaciones estresantes, posterior a eventos traumatizantes para el personal, como el fallecimiento de pacientes, accidentes y otras situaciones altamente impactantes, siempre se recomienda como estrategia de prevención; así mismo se recomienda la formación de grupos que practiquen actividades de ejercicio y programas de estilos de vida saludable. Esto a la luz de que casi un tercio de la población estudiada presenta riesgo elevado de llegar a desarrollar el síndrome, con la alteración de las 3 subescalas.

6. Como parte de las estrategias para prevenir que el grupo de mediano riesgo avance a desarrollo del síndrome como tal sería importante que se replantearan las necesidades en cuanto al recurso humano necesario para hacerse cargo de los servicios, sobre todo en períodos de alta demanda de atención en salud, como la que experimentamos al momento de la realización del estudio, así como plantear la

necesidad de justificar más plazas para profesionales que garanticen que no haya sobrecarga de labores y que las responsabilidades sean compartidas.

7. Por último nos parece importante el establecimiento de una línea de comunicación abierta con las jefaturas, para que los trabajadores puedan comunicar sus inquietudes y perciban que sus necesidades están siendo tomadas en consideración.

Bibliografía

Ackerley, G. B. (1988). Burnout among licensed phsychologists. *Professional Phsychology: Reserch and Parctice*, 19 (6), 624-631.

Albadejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública, 78*, 505-516.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública, 78*, 505-516.

Anon, B. (1994). Burnished or burnt out: the delights and dangers of working in health. *Lancet, 344*, 1583-1584.

Antance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 293- 303.

Apiquian, A. (2007, Octubre 22). *El Síndrome del Burnout en las Empresas.* Retrieved Abril 19, 2012, from Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac: http://www.anahuac.mx/psicologia/.

Arias, F., Barboza, N., Blanco, J., Fajardo, E., Rivera, R., Rodríguez, S., Lépiz, R. (2007). Síndrome del desgaste profesional o de Burnout en el personal de enfermería. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 12-16.

Ashkar, K. R. (2010). Prevalence of burnout among medical residents: experience of a developing country. *Postgrad. Med J.*, 86:266-271.

Association., A. P. (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV.* Barcelona: Masson.

Barbado, F., Gómez, J., López, M., & Vásquez, R. (2006). El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. *An Med Interna*, 238-244.

Bargellini, A., Barbieri, A., Rovesti, S., & al, e. (2000). Relation between immune variables and Burnout in a sample of physicians. *Occup. Environ. Med*, 453 - 457.

Bianchini, M. (1997). ElSíndrome del Burnout en personal profesional de la salud. . *Med. leg. Costa Rica*, 13-15.

Borritz, M., Bultmann , U., Rugulies, R., Christensen, K., Kristensen, T., & Villadsen, E. (2005). Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3 year follow up of de PUMA Study. *J. Occup. Environ. Med, 47*, 1015-1025.

Brinkborg, H. M. (2011). Acceptance and comitment therapy for the treatment of stress among social workers: A ramdomized controlled trial. *Behav Res Ther.*, 49 (6- 7) 389-398.

Buela, G., & Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada.* Madrid: Siglo XXI.

Burke, R. (1987). "Burnout in police work: An examination of the Cherniss model". *Group and Organization Studies*, 174-188.

Calíbrese, G. (2006). Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología, 34*, 233-240.

Carlotto, M., & Gobbi, M. (2001). Desempleo y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología, 10*, 131-139.

Casas, J. (2009). Síndrome de fatiga crónica. *Pediatr Integral*, 277-284.

Castillo, A., Benavente, S., Arnold, J., & Cruz, C. (2012). Presencia de Síndrome de Burnout en Hospital El Pino y su relación con variables epidemiológicas. *Revista ANACEM*, 9-13.

Castillo, S. (2001). El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. *Med. leg. Costa Rica*, 17-24.

Cazabat, E. (2002). *Interpsiquis* . Retrieved Julio 26, 2012, from Desgaste por empatía, conferencia del Tercer congreso virtual de psiquiatría: http://www.psiquiatria.com/ bibliopsiquis/bitstream/10401/2285/1/interpsiquis_2002_6185.pdf

Chapel, D. D. (1998). Violence at Work: *Geneve: International Labour Office.*

Cooper, C. (1999). *The theories of organisational stress.* Oxford: Oxford University Press.

De las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos, 5*, 107-113.

Deckard, G. H. (1992). The ocurrence and distribution of burnout among infectious deseases physicians. *J Infect Dis.*, 165: 224-228.

Diaz, L. A. (2011). Inmediate effects of Reiky on hearth rate, cortisol levels and body temperature in health car profesionals with burnout. *Biol Res Nurs*, 13: 376-382.

Dubreil, E. K. (1983). Employee assistance programs: Industrial and clinical perspectives. *New Dir Men Health Serv*, 20:85-94.

Ernst, M., Messmer, P., Franco, M., & Gonzalez, J. (2004). Nurses' job satisfaction, stress, and recognition in a pediatric setting setting. *Pediatr Nurs.* , 219-227.

Evans, S. H. (2006). Mental health burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 188: 75-80.

Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., . . . Katona, C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of pshychiatry* , 75-80.

Faragher, E., Cass, M., & Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* , 105–112.

Farber, F. (1985). Clinical psychologist' perceptions of psychotherapeutic work. *Clinical Psychologist*, Winter 10-13.

Felton, J. (1998). Burnout as a clinical entity—its importance in health care workers. *Occup. Med.*, 237 - 250.

Ferrero, F., & Martins, A. (2011). Prevalencia del Burnout en pediatras cartas al editor. *Arch Argent Pediatr* , 382.

Flaxman, P. B. (2010). Worksite stress management trainning: Moderate effects and clinical significance. *J Occup Health Psychol.*, (15): 347-358.

Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues, 30*, 159-166.

Gallagher, R., & Gormley, D. (2009). Perceptions of stress, burnout, and support systems in pediatric bone marrow transplantation nursing. *Clin J Oncol Nurs*, 681-685.

Gil, P. (2002). influencia del género sobre el proceso de desarrollo de síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 3-10.

Gil, P. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 181-197.

Gil, P. (2004). El Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. . *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 19-33.

Gil, P., & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología.*, 261-268.

Gil, P., & Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema, 11*, 679-689.

Gil, P., Carretero, N., Roldán, M., & Núñez, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 107-123.

Gil, P., Unda, S., & Sandoval, J. (2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental, 31*, 205-214.

Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 19-33 .

Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema, 11*, 679-689.

Gil-Monte, P., Unda, S., & Sandoval, J. (2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental, 31*, 205-214.

Girard, D. E. (1986). The internship: prospective investigation of emotions and attitudes. *West J Med.* , 144: 93e83.

Glasberg, A. E. (2007). Burnout and "stress of conscience" among health care personnel. *J Adv Nurs*, 57:392-403.

González, M., Landero, R., & García, J. (2010). Fibromialgia: relación de síntomas somáticos, burnout e impacto de la enfermedad. *C. Med. Psicosom* , 16-21.

Gorgievski, M., & Hobfoll, S. (2008). *Work Can Burn Us Out or Fire Us Up: Conservation of Resources in Burnout and Engagement.* Retrieved Mayo 15, 2012, from http://icos.groups.si.umich.edu/ENGGFN.pdf

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., & Prats, M. (2007). Influencia de factores personales, profesionales, y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español. *Revista Española de Salud Pública*, 215-230.

Grenade, G. M. (1995). Risk of physical assaults among student nurses. *Occup Med.*, 45: 256-258.

Gustafsson, E. S. (2012). Burnout and perceptions of conscience among healthcare personnel: A pilot Study. *Nursing Ethics*, 17(1) 16-38.

Guthrie, E., & Black, D. (1997). Psychiatric disorder, stress and burnout. *Advances in Psychiatric Treatment* , 275-281.

Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, F., Farias, F., & Suárez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Arch Neurocien* , 305-309.

Hamme, r. J. (1986). Occupational stress within the paramedic profession: an inicial report of estress levels, compared to hospital employees. *Ann Emerg Med*, 15: 536-539.

Heerwagen, J. H. (1995). Environmental design, work and wellbeing- managing occupational stress throuth changes in the workplace environment. *AAOHNJ*, 43: 458-468.

Hernández, R. (2007, Febrero). Relación entre Indicadores de Estrés Laboral e Indicadores de Depresión en el Grupo Ocupacional de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico. *Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología*. San José, San José, Costa Rica.

Hirigoyen, M. (2001). *El acoso moral en el trabajo.* Barcelona: Paidós.

Hobfoll, S., & Shirom, A. (2000, Noviembre). *Stress and Burnout in the Workplace: Conservation of Resources,*. Retrieved Julio 10, 2012, from http://www.tau.ac.il/~ashirom/PDF_new/Stress_and_Burnout_in_the_Workplace_Conservation_of_Resources_chapter_Nov_2000.pdf

Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health* , 1-13.

Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., & Katoh, T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med* , 764–768.

Kandolin, I. (1993). Burnout in female and male nurses in shiftwork. Special issue: Night and shiftwork. *Ergonomics*, 36(1-3) 141-147.

Kaschka, W., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* , 781–787.

Kenny, D., Carlson, J., & McGuigan, F. (2000). *Stress and health: research and clinical applications.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Kirkaldy, B. S. (1991). Occupational stress among mental health profesionals-the relationship between work and reational pursuits. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 26: 238-244.

Klersy, C., & Callegari, A. (2007). Burnout in Health Care Providers of dialysis service in Nothern Italy, a multicenter study. *Nephrol Dial Transplant*, 2283- 2290.

Kovács, B. (2009). The relationship between burnout and religious belief among nuns serving as nurses. *Psychiatr Hung.* , 74-87.

Kumar, S., Nath, R., Lau, T., & Bradley, N. (2006). Psychiatrists in New Zealand: are they burning out, satisfied at work and, in any case, who cares? . *Australasian Psychiatry*, 20- 23.

Lasalvia, A., Bonetto, C., Bertani, M., & al, e. (2009). Influence of perceived organisational factors on job Burnout: survey of community mental health staff. *The British Journal of Psychiatry*, 537 - 544.

Leiter, M., & Harvie, P. (1996). Burnout Among Mental Health Workers: a Review and a Research Agenda International. *Journal of Social Psychiatry*, 90-101.

Leiter, M., Frank, E., & Matheson, T. (2009). Demands, values, and Burnout: Relevance for physicians. *Can Fam Physician*, 1224 - 1225.

López, F., & Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial* , 201-205.

López, F., Rodríguez, N., Fernández, M., Marcos, S., Martinón, F., & Martinón, J. (2005). Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr (Barc).*, 248-251.

Madrigal, M. (2005). Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en la Psiquiatría Costarricense. San José, San José, Costa Rica: Tesis Final de Graduación.

Madrigal, M. (2006). "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. *Med. leg. Costa Rica*, 23-29.

Mandiracioglu, A., & Cam, O. (2006). Violence exposure and burnout among Tukish nursing home staff. *Occupational Medicine, 56*, 501-503.

Mansilla, F. (2003). El Síndrome de Fatiga Crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 15-23.

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* , 1-40.

Martínez, C., & López, G. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar* , 6-9.

Martins, S., Pereira, L., Fonseca, A., & Carvalho, A. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 317 – 326.

Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual.* California: Consulting Psychologists Press.

McHugh, M., Kutney, A., Cimiotti, J., Sloane, D., & Aiken, L. (2011). Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. *Health Aff.*, 202 - 210.

Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. *Psychosom Med* , 863-869.

Meltzer, L., & Missak, L. (2004). Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *American Journal of Critical Care* , 202- 208.

Millán, R., & Mesén, A. (2009). Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta méd. Costarric*, 1-9.

Miret, C. M. (2010). El profesional de urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist. Sanit. Navar.*, Vol 33 (suplem 1) 193-201.

Mommersteeg, P., Heijnen, C., Annemieke, K., & Van Dorornen, L. (2006). Immune and Endocrine Function in Burnout Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 879–886.

Montero, J., García, J., Andrés, E., & (GAIAP)., G. A. (2008). Análisis exploratorio de un modelo clínico basado en tres tipos de Burnout. *C. Med. Psicosom*, 41- 49.

Montero, J., García, J., Mosquera, D., & López, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber proposal. *J Occup Med Toxicol*, 31-40.

Murphy, S. B. (1994). Firefighter and paramedics: years of service, job aspirations and burnout. *AAOHNJ*, 42:534-540.

Nakamura, H., Nagase, H., Yoshida, M., & Ogino, K. (1999). Natural killer (NK) cell activity and NK cell subsets in workers with a tendency of burnout. . *J Psychosom Res* , 569 –78.

Oehler, J., & Davidson, M. (1992). Job stress and burnout in acute and nonacute pediatric nurses. *Am J Crit Care.*, 81-90.

Órdenes, N. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr*, 449-454.

Órdenes, N. (2008). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr*, 449-454.

Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*, 137-160.

Ortíz, R., & Jiménez, B. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educ Med*, 49-55.

Palmer Y, P. R. (2007). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enferm Clín.*, 256-260.

Parada, M., Moreno, B., Mejías, R., Rivas, Z., Rivas, A., Cerrada, F., & Rivas, J. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 33-45.

Penson, R., Dignan, F., Picard, C., & Lynch, T. (2000). Burnout: Caring for the Caregivers. *The Oncologist*, 425-434.

Pérez, X. (2008). *Hostigamiento laboral: Mobbing.* (1st ed). San Pedro: Editorial UCR.

Pimentel, G., Bottura, A., Nogueira, L., & Salloum, S. (2011). Burnout in nursing residents. *Rev Esc Enferm USP*, 8-12.

Poncet, M., Toullic, P., Papazian, L., & et al. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 698 - 704.

Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta colombiana de psicología*, 117-125.

Quiroz, R., & Saco, S. (2000). Factores asociados al Síndrome Burnout en Médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. *Rev SITUA* , 11-22.

Ramírez, A., Graham, J., Richards, M., & al., e. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* , 1263–1269.

Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado dirigido a personal de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica.* , 1-6.

Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado dirigido a personal de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica.*, 1-6.

Rodríguez, S., & Hermosilla, R. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med Segur Trab* (Suplemento 1.), Pp 1-262.

Ruiz, C. R. (2008). Psychological intervention for profesional burnout an the Palliative Care Unit at Gregorio Maranón University Hospital. *Medicina Preventiva*, 15 (2) 93-97.

Sassón, M. (2004). *Universidad Belgrano. Tesina.* Retrieved Julio 26, 2012, from Catástrofes y Salud Mental. Abordajes Teóricos y Modalidades de Intervención: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/140_sasson.pdf.

Schaufeli, W. (2006). The balance of give and take: toward a social exchange model of burnout. *The Internationl review of social Psychology*, 87-131.

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 293-315.

Schaufeli, W., Enzmann, D., & Girault, N. (nd, nd nd). *Measurement of Burnout a review.* Retrieved Julio 16, 2012, from ni: http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/044.pdf

Schaufeli, W., Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 204-220.

Shanafelt, T. B. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.*, 136: 358-367.

Soler, J., Yamanb, H., Estevac, M., Dobbsd, F., Spiridonova, R., Desgrangesg, J., Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice Advance Access*, 245-265.

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psiconcologia. *Boletin de Psicologia*, 75-85.

Soriano, J. (Julio 2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psiconcologia . *Boletin de Psicologia*, No 75, 75- 85.

Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (1999). Predictors of nurses's professional burnout: a study in a university hospital. *Rech Soins Infirm.*, 57-67.

Tejada, P., & Gómez, V. (2009). Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiatr*, 488-512.

Thomas, N. (2004). Resident Burnout. *JAMA*, 2880-2889.

Thornton, P. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *J Psychol*, 126: 126-271.

Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, S., & Shapira, I. (2012). Burnout and Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Study of 8838 Employees. *Psychosom Med* , 840-847.

Toral, R., Aguilar, G., & Juárez, C. (2009). Burnout and patient care in Junior doctors in Mexico Cit . *Occup. Med*, 8 - 13.

Torres, P. (2010). Trauma vicario y catástrofes: propuestas para el autocuidado de equipos con dramaterapia. *Rev GPU*, 194-204.

Tuesca, R., Iguarán, M., Suárez, M., Vargas, G., & Vergara, D. (2006). Síndrome de Desgaste Profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 84-91.

Vinaccia, S., & Alvaran, L. (2004). Síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Univ. Psychol.*, 35-45.

Weber, A., & Jaekel, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med.*, Vol 50 N7 pp 512-517.

Wenst, D. (1984). The internship: a study of sleep, mood states and psychophysiologic parameters. *South Med J.*, 77: 1435e42.

Yao, S., Tian, L., Pang, B., Bai, Y., Fan, X., Shen, F., & Jin, Y. (2008). Investigation on job stress of pediatricians and nurses working in pediatric department. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.* , 529-532.

Anexos

Anexo 1: Cuestionarios de datos sociodemográficos y laborales.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Centro de Desarrollo Estratégico e Información

en Salud y Seguridad Social
Área de Bioética
Subárea de Bioética en Investigación
Teléfono: (506)519-3044
www.cendeisss.sa.cr

Cuestionario de datos sociodemográficos y laborales

Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros profesionales del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica en el mes de Setiembre 2012.

Instrumento para la recolección de datos sociodemográficos y laborales.

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas con números o marcando con una equis (selección única) según corresponda en cada caso. Si tiene alguna duda no dude en preguntar.

Número registro: _____

Edad cumplidos (años):_____

1. Género:

1) Masculino

2) Femenino

2. Dónde vive actualmente:

1) San José

2) Cartago

3) Heredia

4) Alajuela

5) Puntarenas

6) Guanacaste

7) Limón.

3. Estado civil:

1) Soltero

2) Casado o unión libre

3) Viudo

4) Divorciado

4. Escolaridad:

1) Primaria incompleta

2) Primaria completa

3) Secundaria incompleta

4) Secundaria completa

5) Estudios universitarios completos.

6) Estudios universitarios incompletos

5. Convive con:

1) Solo

2) Padres y/o hermanos

3) Cónyuge o compañero y/o hijos

4) Otros miembros de la familia

5) Otros. Especifique: _____

6. Tiene hijos:

1) No

2) Sí

7. Religión profesada:

1) Catolicismo

2) Cristianismo

3) Testigo Jehová

4) De la iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días

5) Adventista

6) Bautista

7) Protestante

8) Budista

9) Ateo

10) No profesa religión

11) Otras.

8. ¿En cuál servicio ha estado nombrado durante al menos los últimos 6 meses?

1) Cirugía 1
2) Cirugía 2
3) Cirugía 3
4) Cirugía 4
5) Consulta Externa.
6) Cuidados Intensivos
7) Cuidados Intensivos Endocrinológicos
8) Endocrinología
9) Infectología
10) Medicina 1
11) Medicina 2
12) Medicina 3
13) Medicina 4
14) Medicina 5
15) Medicina 6- Emergencias
16) Neonatología
17) Unidad de Transplante
18) Rotativo; Supernumerario.
19) Sala de Operaciones
20) Recuperación
21) Programas especiales

9. ¿Desde hace cuánto se encuentra asignado a ese servicio?

1) Entre >1 año y 5 años.
2) Entre >5 años y 10 años.
3) Más de 10 años.

10. Su jornada laboral es de:

1) Horarios rotativos
2) Horario fijo

11. ¿Cuál es el número, aproximadamente, de días con jornada extraordinaria que realiza en 1 mes, en el Hospital Nacional Niños?

1) Ninguna jornada extraordinaria
2) Entre 1 y 4 jornadas extraordinarias
3) Entre 5 y 10 jornadas extraordinarias
4) Más de 10 jornadas extraordinarias.

12. ¿Cuántos años tiene usted de trabajar para el Hospital Nacional Niños?

1) Entre 6 meses y 1 año.
2) Entre >1 año y 5 años.
3) Entre >5 años y 10 años.
4) Más de 10 años.

13. ¿Según lo que usted conoce, se lleva a cabo en el Hospital Nacional de Niños alguna actividad preventiva en contra del desgaste profesional?

1) Sí
2) No

14. ¿Considera usted que tiene conflictos a nivel interpersonal en su trabajo?

1) Sí
2) No

15. ¿Consume usted tabaco?

1) Sí, ¿cuántos cigarros por día? _____
2) No

16. ¿Consume usted alcohol?

1) Sí, pase a la pregunta número 18.
2) No, pase a la pregunta número 19

17. Si comenta que sí consume alcohol: ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional en salud ha mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o que deje de beber?

1) Sí
2) No

18. Se encuentra usted bajo algún tratamiento actualmente para alguna de las siguientes enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Cardiaca, Enfermedad Arterial Coronaria, Fibromialgia, Gastritis, Coliitis Migrana, Cáncer otras.

1) SÍ

2) No

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 2: Inventario para Burnout de Maslach

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Centro de Desarrollo Estratégico e Información
en Salud y Seguridad Social
Área de Bioética
Subárea de Bioética en Investigación
Teléfono: (506)519-3044
www.cendeisss.sa.cr

Cuestionario 2: Inventario de Burnout de Maslach

Por favor, señale el número que considere más adecuado, para completar las oraciones:

1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

8. Siento que mi trabajo me está desgastando.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

10. Siento que me he hecho más duro con la gente.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

12. Me siento muy enérgico en mi trabajo.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

13. Me siento frustrado por el trabajo.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

Anexo 3: Formulario de Consentimiento Informado

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Centro de Desarrollo Estratégico e Información

en Salud y Seguridad Social
Área de Bioética
Subárea de Bioética en Investigación
Teléfono: (506)519-3044
www.cendeisss.sa.cr

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES ASOCIADOS EN ENFERMEROS PROFESIONALES DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DE COSTA RICA EN EL MES DE SETIEMBRE 2012

INVESTIGADOR PRINCIPAL: PATRICIA ARIAS GARRO, MELINA CASTRO LEITÓN
SUBINVESTIGADORES:

CENTRO ASISTENCIAL Y SERVICIO: Hospital Nacional de Niños, servicio de enfermería.

TELEFONO DISPONIBLE 24 HORAS Y CORREO ELECTRÓNICO: **88135982, 87106734**
melinacastro11@gmail.com, angelesarias@gmail.com.

1. EXPLICACION AL PARTICIPANTE.

Este documento que usted está empezando a leer se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Mediante este documento, se le está invitando a usted a participar en un estudio de investigación. Este estudio trata sobre el Síndrome de Burnout, también conocido como de Desgate o del Quemado que afecta a los trabajadores de distintas disciplinas y se caracteriza por la presencia de agotamiento emocional, conductas frías y cínicas hacia los pacientes y sentimientos de baja realización personal. El presente estudio pretende determinar cuántos casos de Burnout hay entre los profesionales de enfermería del Hospital Nacional de Niños y aprender si hay asociación con algunas características individuales y del trabajo. Se le invita a usted porque forma parte del equipo de enfermeros profesionales que laboran en el Hospital Nacional de Niños, que conforma la población que pretendemos estudiar. Aproximadamente 211 personas tomarán parte en este estudio. Su participación durará aproximadamente unos 30 a 40 minutos (el tiempo

que le tome leer este documento, aclarar sus inquietudes y de aceptar la participación, completar los cuestionarios que se adjuntan). Su participación en este estudio es voluntaria. Su decisión de participar o no, no afectará sus derechos como asegurado de la Caja. Con su decisión, usted no renuncia a sus derechos o a la potestad de hacer algún reclamo legal. Si usted decide participar en este estudio, es libre de cambiar de opinión y retirarse en el momento que usted así lo quiera.

El presente estudio no cuenta con fuentes externas de financiamiento, sino que será costeado en su totalidad por las investigadoras.

2. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.

Si usted decide participar en el estudio, a usted se le realizarán los siguientes procedimientos:

- Se realizará una única visita a su servicio de trabajo
  Se le pedirá que tome unos minutos de su tiempo para que llene los cuestionarios adjuntos a este documento, siguiendo las instrucciones que se detallan en cada uno. Son 2 cuestionarios, el primero consiste en un instrumento de recolección de datos sociodemográficos y relacionados con el trabajo, el segundo consiste en la escala más utilizada a nivel internacional y ya validada en Costa Rica para el tamizaje del Síndrome de Burnout o de Desgaste y conocida con el nombre de Inventario para Burnout de Maslach, nombrada con el apellido de su creadora. Esta última consta de 3 secciones y de 22 ítems en total.

3. POSIBLES RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS.

Dado que el presente estudio es de carácter observacional, no se realizará ninguna intervención que ponga en riesgo al o la participante, esto por cuanto consiste en el llenado de un cuestionario.

Los posibles riesgos o molestias que usted puede experimentar durante este estudios consisten en que la lectura de alguno de los ítems, le resulte incómodo o remueva algunas emociones displacenteras.

4. CUESTIONARIOS O ENCUESTAS.

Algunas de las preguntas del cuestionario o de la encuesta que se le van a hacer pueden incomodarlo. Usted puede escoger si contesta o no una o varias de las preguntas que lo hagan sentir incómodo.

5. CASOS DE LESION O CUIDADOS DE EMERGENCIA.

Usted participará en este estudio bajo la supervisión de las doctoras Patricia Arias Garro y Melina Castro Leitón. Todos los procedimientos se realizarán en el Hospital Nacional de Niños. Si usted sufre una lesión o se enferma como resultado de su participación en este

estudio, se le ofrecerá el tratamiento que sea necesario. Si la lesión es consecuencia del procedimiento realizado, usted recibirá atención directa por parte de las investigadoras, quienes orientarán el tipo de ayuda que amerite cada caso, de manera que sea referido a las instancias laborales y/o de atención correspondientes, que podrían consistir en atención psiquiátrica y/o psicológica, de manera que el participante tenga un seguimiento.

Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica por las lesiones sufridas durante el estudio.

6. POSIBLES BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE

Los posibles beneficios para usted por participar en este estudio son que de acuerdo a los resultados, se podrían justificar a futuro acciones institucionales, administrativas o de investigación que permitan la prevención y el tratamiento del Síndrome de Burnout o del Quemado en los trabajadores del área de enfermería del Hospital Nacional de Niños.

7. OTRAS OPCIONES PARA EL PARTICIPANTE.

Una alternativa para usted podría ser no participar en el estudio.

8. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

Para garantizar la privacidad de su participación, los formularios de este documento serán recolectados por aparte del resto de cuestionarios, y solo en caso de que usted decida participar. Ya que si decide no hacerlo no es necesario que consigne ni su firma ni ningún dato personal en el presente documento. La información que usted anotará en los cuestionarios será de carácter anónima, no debe anotar ni su nombre ni su número de cédula en el documento. Los cuestionarios serán depositados por los participantes en una urna debidamente rotulada y sellada, que únicamente se abrirá al terminar de recolectar todos los cuestionarios de los participantes y al concluir la etapa de recolección de datos. Solo las investigadoras tendrán acceso a los cuestionarios. Los datos aportados serán manejados en forma de números, por lo que ninguno de los resultados obtenidos lo identificará. Los resultados de este estudio podrán ser publicados o presentados en

reuniones profesionales, pero las identidades de todos los participantes de la investigación permanecerán anónimas. El investigador y el Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) mantendrán los registros relacionados con este estudio de manera privada, hasta donde la ley lo permita. Sin embargo, puede que la información de este estudio se publique en revistas médicas o científicas o que los datos sean presentados en congresos o conferencias. De ser así, nunca se utilizará su nombre.

9. COSTO POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

La participación en este estudio no le generará ningún costo económico el participar o no en estudio. La presente investigación no cuenta con ninguna fuente externa de financiamiento, los participantes no obtendrán ninguna remuneración económica por la participación

10. NUEVA INFORMACIÓN GENERADA DURANTE EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

Durante el estudio, puede que aparezcan nuevos detalles acerca de los riesgos o beneficios de participar en él. De ser así, esta información se le dará a usted. Usted puede decidir no seguir participando en el estudio, desde el momento en que reciba esta nueva información. Si a usted se le da nueva información, y decide continuar en el estudio, se le solicitará que firme el consentimiento.

11. PERSONAS A LAS CUALES PUEDE ACUDIR EL PARTICIPANTE.

Usted puede llamar a la Dra. Melina Castro Leitón o Dra. Patricia Arias Garro al teléfono 8813-5982, 87106734 si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su participación en este estudio.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante en esta investigación, comuníquese con el, presidente del Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI-CENDEISSS-CCSS) de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual se encuentra localizado en las instalaciones del CENDEISSS, contiguo al Hospital México, al teléfono 2519-3044 o a la dirección electrónica bioética@ccss.sa.cr, o al Comité Local de Bioética en Investigación del Hospital Nacional de NIñOS (CLOBI- HNN-CCSS) de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual se encuentra localizado en las instalaciones del HNN, teléfono 25233600, extensión 3517; con la Dra. María Luisa Ávila.
Además, usted puede comunicarse con el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) del Ministerio de Salud para evacuación de otras inquietudes al respecto.

12. ACUERDO.

Yo he leído (o alguien ha leído para mí) la información que se detalló anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de preguntar. Todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. He decidido, voluntariamente, firmar este documento para poder participar en este estudio de investigación.

_____ _____ _____ _____ _____ *a.m. / p.m.*

Nombre del participante Cédula Firma Fecha Hora

_____ _____ _____ _____ _____ *a.m. / p.m.*

Nombre del testigo Cédula Firma Fecha Hora

Yo he explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente en participar en esta investigación.

_____ _____ _____ _____ _____ *a.m. / p.m.*

Nombre del investigador/ Cédula Firma Fecha Hora

Persona que obtiene el Consentimiento

Anexo 4.

Tabla 1. Tabla de distribución de frecuencias de la población de enfermeros encuestados en el mes de setiembre 2012 del Hospital Nacional de Niños.

Tabla1.1. Distribución de la población por rangos de edad.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
25-29	18	12,0
30-34	34	22,7
35-39	21	14,0
40-44	11	7,3
45-49	11	7,3
50-54	16	10,7
55-59	9	6,0
60-64	1	0,7
No respondió	29	19,3
Total	150	100,0

Tabla 1.2. Distribución de la población por género.

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	15	10,0
Femenino	133	88,7
No respondió	2	1,3
Total	150	100

Tabla 1.3. Distribución de la población por provincia donde vive.

Lugar	Frecuencia	Porcentaje (%)
San José	93	62,0
Cartago	10	6,7
Heredia	34	22,7
Alajuela	13	8,7
Total	150	100,0

Tabla 1.4. Distribución de la población por estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	47	31,3
Casado_ UL	78	52,0
Viudo	2	1,3
Divorciado_separado	23	15,3
Total	150	100,0

Tabla 1.5. Distribución de la población según con quién conviven.		
Personas con las que convive	Frecuencia	Porcentaje (%)
Solo	13	8,7
Padres y/o hermanos	20	13,3
Cónyuge y/o hijos	98	65,3
Otros miembros de la familia	14	9,3
Otros	5	3,3
Total	150	100,0

Tabla 1.6. Distribución de la población según si tienen hijos.		
Hijos	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	55	36,7
Sí	95	63,3
Total	150	100,0

Tabla 1.7. Distribución de la población según religión profesada.		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Católico	113	75,3
Cristiano	20	13,3
Testigo de Jehová	2	1,3
Adventista	1	0,7
Protestante	5	3,3
No profesa religión	7	4,7
Otros	2	1,3
Total	150	100,0

Tabla 1.8. Distribución de la población según servicio donde trabaja.		
Servicio donde trabaja actualmente	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cirugía 2	5	3,3
Cirugía 3	7	4,7
Cirugía 4	1	0,7
Consulta Externa	10	6,7
Cuidados Intensivos	21	14,0
Infectología	4	2,7
Medicina 1	11	7,3
Medicina 2	6	4,0
Medicina 3	8	5,3
Medicina 4	5	3,3
Medicina 5	6	4,0
Medicina 6	22	14,7
Neonatología	22	14,7
Unidad de Trasplante	4	2,7
Sala de Operaciones	8	5,3
Recuperación	1	0,7

Unidad Cardiaca	6	4,0
Programas especiales	3	2,0
Total	150	100,0

Tabla 1.9. Distribución de la población según años en el mismo servicio.

Años en el mismo servicio	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 1 año	2	1,3
Entre 1 año y menos de 5 años	30	20,0
Entre 5 años y menos de 10 años	44	29,3
Más de 10 años	74	49,3
Total	150	100,0

Tabla 1.10. Distribución de la población según tipo de jornada.

Jornada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Horario rotativo	123	82,0
Horario fijo	27	18,0
Total	150	100,0

Tabla 1.11. Distribución de la población según número de jornadas extraordinarias al mes.

N° jornadas extraordinaria	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	69	46,0
Entre 1 y 4	66	44,0
Entre 5 y 10	13	8,7
Más de 10	2	1,3
Total	150	100,0

Tabla 1.12. Distribución de la población según años totales de trabajo en el HNN.

Años de trabajo	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 año	2	1,3
Más de 1 año y 5 años	38	25,3
Más de 5 años y menos de 10 años	30	20,0
Más de 10 años	80	53,3
Total	150	100,0

Tabla 1.13. Conocimiento de Actividad Preventiva.

Conoce de actividad preventiva de Burnout	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	12	8,0
No	138	92,0
Total	150	100,0

Tabla 1.14. Personas que perciben tener conflictos interpersonales a nivel laboral.		
Conflictos interpersonales	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	45	30,0
No	105	70,0
Total	150	100,0

Tabla 1.15. Consumo de tabaco entre los enfermeros del HNN en el mes de setiembre 2012.		
¿Consume Tabaco?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	4	2,7
No	145	96,7
No responde	1	0,7
Total	150	100,0

Tabla 1.16. Consumo de alcohol entre los enfermeros del HNN en el mes de setiembre 2012.		
¿Consume alcohol?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	13,3
No	125	83,3
No responde	5	3,3
Total	150	100,0

Tabla 1.17. Les han expresado preocupación por el hábito de tomar alcohol.		
Preocupación por el alcohol	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	1	0,7
No	16	10,7
No responde	3	2,0
Total	150	100,0

Tabla 1.18. Padecimientos crónicos entre los enfermeros del HNN en el mes de setiembre 2012 .		
Tiene algún padecimiento crónico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	38	25,3
No	87	58,0
No respondieron	25	16,7
Total	150	100,0