

“Síndrome de Burnout y afrontamiento en el personal de enfermería”



Magali Rios Ambrosio

Marzo 2020.

Universidad Autónoma del Estado de México.

Licenciatura en Psicología.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Síndrome de Burnout.....	6
1.1 Definición del síndrome de burnout.....	8
1.2 Componentes y niveles del síndrome de burnout.....	11
1.3 Síntomas del síndrome de burnout	16
1.4 Evaluación del Síndrome de burnout	18
1.5 El síndrome de burnout en el personal médico y de enfermería.....	25
Capítulo 2 Causas y consecuencias del Síndrome de Burnout.....	27
2.1 Causas Psicosociales.....	30
2.2 Causas Laborales.....	32
2.3 Consecuencias generales del síndrome de burnout.....	34
2.4 Consecuencias Laborales.....	35
2.5 Consecuencias Físicas y mentales.....	37
2.6 Causas y consecuencias de burnout en trabajadores de salud.....	40
Capítulo 3 Afrontamiento del síndrome de burnout.....	43
3.1 Definición de afrontamiento.....	43
3.2 Estilos de afrontamiento.....	45
3.3 Estrategias de afrontamiento.....	46
3.4 Evaluación del afrontamiento.....	54
3.5 Afrontamiento en trabajadores de salud.....	59
Planteamiento del problema.....	60
Pregunta de investigación.....	60
Justificación.....	60
Objetivo general.....	61
Objetivos específicos.....	61
Hipótesis.....	62
Variables.....	63
Método.....	66
Contextualización.....	66
Enfoque.....	68
Diseño y Alcance.....	69

Muestra.....	70
Instrumentos.....	71
Consideraciones Éticas.....	80
Análisis de datos.....	81
Resultados.....	82
Discusión.....	96
Conclusiones.....	102
Referencias.....	106
Apéndices.....	110

Resumen

El síndrome de burnout es un padecimiento experimentado entre los profesionales de la salud que tienen trato o contacto directo con pacientes y/o clientes que están en constante dolor. En la presente investigación se tuvo como objetivo: relacionar los niveles del Síndrome de Burnout con los factores laborales y las estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería de algunas unidades médicas. La muestra estuvo compuesta por 37 profesionales de enfermería, con un rango de edad entre los 23 y 65 años de edad; que laboraban en dos instituciones públicas y privadas de los municipios de Tecámac y Zumpango, ambas localizadas en el Estado de México. Fue un estudio cuantitativo y correlacional, en el que se evaluaron las variables de síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento, factores laborales y consecuencias. Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 23. Se obtuvieron como resultados que los niveles de Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería son bajos; las estrategias de afrontamiento con mayor uso son la focalización en la solución del problema, la expresión emocional abierta, la búsqueda de apoyo social y la auto-focalización negativa; como causas de bajos niveles del síndrome encontramos a la comunicación, la eficacia, la satisfacción laboral, etc. y como consecuencias más frecuente, el dolor de espalda, de cabeza, desapego, consumo de alcohol, tabaco, etc. Se concluyó que los niveles bajos tienen mayor relación con las consecuencias físicas (dolores de cabeza, de espalda, de cuello, etc), posteriormente las consecuencias afectivas y por último las cognitivas y las conductuales; se encontró que la falta del trabajo en equipo, las expectativas, la eficacia, etc como causas del Síndrome entre los profesionales.

Para encontrar niveles altos entre los profesionales es necesario aumentar el tamaño de la muestra y hacer una comparación entre más profesionales de la salud.

Palabras clave: Síndrome de burnout, afrontamiento, factores laborales, causas, consecuencias.

Introducción

El Síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral; el cual es un padecimiento que en la actualidad afecta al personal que está en contacto constante con pacientes o personas en sus espacios de trabajo, así como con el dolor humano. Algunas de las consecuencias que trae consigo este padecimiento repercuten en la salud, en la vida social, familiar y principalmente en su desempeño laboral ya que su rendimiento disminuye además de que el trato hacia los pacientes es deficiente. La forma en la que se desea abordar este tipo de padecimiento es a través del enfoque cognitivo conductual, ya que explica que las conductas que realizan los individuos son aprendidas de acuerdo al ambiente en el que se desarrollen, además de que las condiciones juegan un papel muy importante en ese aprendizaje; la postura que se utilizará es la positivista, ya que el Síndrome de Burnout se medirá de forma cuantitativa en diferentes unidades de salud médica.

Teniendo como objetivo general: relacionar los niveles del Síndrome de Burnout con los factores laborales, las estrategias de afrontamiento y las consecuencias que presenta el personal de enfermería que labora en unidades médicas.

Es decir se pretendió conocer los niveles que pudieron estar padeciendo los profesionales, posteriormente cuál de las siete estrategias de afrontamiento son las que se relacionaban con el Síndrome de Burnout, y eran las de mayor frecuencia que suelen estar empleando los

profesionales ante las situaciones que dieron pie al desarrollo del Síndrome. Dichas estrategias son las que permiten a los individuos hacerle frente a aquellas situaciones desconocidas que les generan malestar.

Las estrategias de afrontamiento serán los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes (Castaño y León, 2010)

Castaño y Braco (2010) dijeron que las estrategias de afrontamiento suponen ser un facilitador u obstáculo en las relaciones efectivas que tienen una persona con otras.

Moreno y Montoya (2012), en su investigación sobre “Relación entre Síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento y engagement”, retoman el trabajo de Carver (1989), quien hablo sobre estrategias de afrontamiento, por lo tanto estos autores proponen los siguientes tipos de afrontamiento.

- Centrado en el problema: conductas empleadas para llegar a la solución final haciéndole frente al estrés.
- Centrado en la emoción: conductas en la que los sujetos se emplearán para regular la situación que les ha causa estrés
 - Centrado en la evitación: habrá conductas de evitación y evasivas

Una vez identificados los niveles y las estrategias, se buscó conocer cuáles son las causas que provocaron el desarrollo del Síndrome de Burnout

Las siguientes causas fueron propuestas en 2012 por Hernández, Ortega y Reild como factores detonantes del estrés laboral: desgaste emocional, insatisfacción laboral, equidad entre esfuerzo y retribución y la valoración sobre las exigencias del medio

Las cuales afectan a los profesionales de tal forma en la que sus pensamientos, expectativas, desempeño, exigencias del medio, recursos propios les son insuficientes a la hora de verse sometidos a circunstancias que perciben como fuera de su alcance lo que los lleva a padecer, un tipo de estrés laboral llamado Síndrome de Burnout,

Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez en 2013 dijeron que el personal de enfermería es el más afectado por causas tales como la burocracia, feedback, relación paciente-familia, contacto directo con el paciente, exceso de pacientes, relación con superiores y compañeros y por los servicios que prestan.

Gatto en 2012, dijo que el Síndrome de Burnout afectará al personal que sea sometido a algunas de las siguientes causas: contacto continuo con pacientes, la necesidad de estar a la vanguardia o actualizados en cuanto a conocimientos médicos, la carga emocional a la que se debe de hacer frente, la complejidad de una especialidad, la dificultad del trabajo en equipo, entre otras.

Por último se hablará de las consecuencias que presenta el personal de enfermería, las cuales se divide en: emocionales, físicas, cognitivas y conductuales.

Castañeda y García (2010) dicen que las consecuencias del Síndrome de Agotamiento Emocional o Síndrome de Burnout se manifiestan en alteraciones: emocionales, conductuales, psicosomáticas y sociales. Dichas consecuencias surgen por la exposición a la sobrecarga de trabajo, por el poco tiempo que tiene el personal para atender, pacientes difíciles, poco salario,

poca calidad de las relaciones en el grupo de trabajo, antigüedad mayor a 10 años y el rol de género. Teniendo como repercusiones en el ausentismo laboral, la disminución de la satisfacción personal, las relación médico-paciente conflictivas, el riesgo de conductas adictivas, la alta movilidad laboral, así como afectaciones en la pareja y la familiar

Para Carrillo, Gómez y Monteros (2012) en su investigación sobre el síndrome de Burnout, este aparecerá después de que haya una exposición prolonga a los factores psicosociales de riesgo. Sus dimensiones son: cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia el paciente; bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional.

Gatto, (2012) dice que al no existir una definición aceptada universalmente del Síndrome de Burnout provocará dificultades para el diagnóstico.

Una vez dicho lo anterior, es necesario agregar que para los profesionales de la salud las circunstancias y condiciones laborales inadecuadas, además del estar en constante contacto con personas que sufren o padecen el dolor humano (estas últimas como parte vital en la ejecución de sus actividades laborales), las cuales pudieran llevar a un parte de la población de enfermería a padecer Síndrome de Burnout.

Carrillo y Monteros (2012) dicen que el síndrome afecta con mayor frecuencia a los profesionales de la salud, por lo que se plantea la paradoja de que en la atención de la salud: el profesional se enferma en la misma medida en que este sana a los pacientes.

Para Ballesteros (2012) el colectivo sanitario (personal de enfermería) son las más vulnerables a sufrir o padecer síndrome de desgaste profesional (SDR) o Burnout.

Para la identificación de los niveles, las estrategias de afrontamiento, las causas y las consecuencias se utilizaron cuatro instrumentos además de uno en el que se preguntaron algunos datos sociodemográficos, los instrumentos además de evaluar el Síndrome de Burnout permitieron conocer las estrategias de afrontamiento que suelen emplear el personal de enfermería frente a determinadas situaciones que pueden percibir salen de su alcance y/o de sus manos , posteriormente las causas o factores laborales que pueden detonar el desarrollo del Síndrome y al final las consecuencias que viven y/o padece el personal de enfermería de las unidades de salud.

Los instrumentos de causas y consecuencias son de elaboración propia ya que no se encontraron instrumentos en México que evaluaran los factores laborales, como lo son: satisfacción laboral, eficacia, liderazgo, insumos, horarios de trabajo, carga de trabajo, trabajo en equipo, etc. Por otra parte el segundo instrumento que se elaboró fue el de consecuencias, el cual pregunta sobre algunos síntomas físicos, conductuales, cognitivos y afectivos.

Capítulo 1. Síndrome de burnout

El Síndrome de Burnout es una enfermedad cada vez más sonada en la actualidad, por lo tanto se pretende dar a conocer a qué se refiere dicho término, cómo es que afecta, a qué profesionales afecta principalmente, su surgimiento, cómo es que se evalúa y si es que existen alternativas para combatirlo.

Debido a los crecientes cambios que ha sufrido el mundo a lo largo de la historia y para fines del desarrollo de esta investigación se partirá teniendo como base a la revolución industrial, la cual inicia en el año de 1780 (en su primera etapa) y en 1840 (en su segunda etapa), cuyos principales cambios fueron marcar el desarrollo de la sociedad, en su mayor parte en la economía, ya que como bien lo dice el surgimiento de las industrias que remplazaron el trabajo agrario trajeron consigo el trabajo mismo, en las formas de comercialización, en los transportes y en el uso de la materia de producción principalmente, marcando una etapa en la historia trascendental que tendrá efectos importantes desde aquel entonces y hasta nuestros días.

El desarrollo de un país trae consigo grandes ventajas económicas pero también deja efectos un tanto negativos, no en el desarrollo de las industrias sino más bien en la principal fuerza productora que mantiene a flote esas industrias: los trabajadores.

¿Pero qué efectos negativos puede tener el desarrollo de la economía en los trabajadores? Se puede pensar en primera instancia en que una sociedad con mayores oportunidades económicas no se deben de tener efectos negativos entre sus habitantes, al contrario, ellos podían tener más y mejores oportunidades de supervivencia, ya que podrán acceder a recursos económicos, laborales y de salud. Es decir, aquellos recursos y oportunidades que les facilite la vida y les proporcione una estabilidad y mayor comodidad; pero no necesariamente puede ser así.

Retrocedamos un poco en la historia y conozcamos el significado del trabajo, esto para que podamos entender los orígenes de cómo es que el individuo se tiene que someter a las exigencias de una sociedad que se desarrolla día a día.

Lastra (2000) lo define de la siguiente manera “se origina del vocablo latino laborare, que significa trabajar, labrar la tierra”. Rieznik (2001) lo define de la siguiente manera “el trabajo

como fuerza productiva aparece como un producto del capitalismo, es decir, de las relaciones de producción que son la peculiaridad de la sociedad burguesa”. Se hace referencia a que el concepto de trabajo es someterse a las voluntades de quienes poseen mayores riquezas, de quienes tienen la oportunidad de ofrecer sus recursos haciendo posible, de esta manera el desarrollo aún mayor de la sociedad en la que se vive.

El que una sociedad se desarrolle hará posible grandes cambios, como son el crecimiento de las ciudades, el abastecimiento de los recursos de los habitantes de esas ciudades, el cubrir las demandas alimentarias, de seguridad, de educación y sanitarias que demanda esa sociedad.

El desarrollo trae consigo muchas ventajas como se menciona en el párrafo anterior pero también acarrea desventajas; es decir al vivir en una sociedad desarrollada implicará un ritmo de vida más acelerado, en la que las condiciones de vida no suelen ser las mejores a pesar de los recursos a los que se tiene acceso o con los que se cuenta, por lo que llevará a la población a tener estragos en su salud integral.

1.1 Definición del Síndrome de Burnout

A continuación describiremos qué es el estrés, por lo tanto retomemos lo que dijo Moscoso, en 2010; el estrés tiene respuestas emocionales en la vida de las personas, las que experimentarán sentimientos de ansiedad, irritación, ira, preocupación, tristeza, preocupación y estados de desesperanza.

Entonces el estrés es la respuesta automática que todo individuo tiene ante ciertas situaciones que le generan conflicto y/o malestar; al estar en constante exposición a dichas situaciones le traerá consigo consecuencias, como: malestares físicos y emocionales en el desarrollo de su vida diaria.

¿Entonces qué relación tiene el estrés con el Síndrome de Burnout?

Es primordial conocer qué es el Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout fue descrito por primera vez en el año 1974 por el psicólogo estadounidense Herber Freudenberger, quien realizó una investigación con personas que eran voluntarias en el trabajo como toxicómanos y al lapso de un tiempo ellos perdían el interés por las actividades que realizaban durante su desempeño laboral.

Posteriormente en su investigación con maestros Maslach y Jackson en 1986 propusieron una definición del Síndrome de Burnout la cual es la más conocida y aceptada hasta la actualidad; al síndrome lo definen como el “agotamiento emocional que pueden estar padeciendo el personal que trabaja directamente con personas”.

Estos autores elaboraron un instrumento capaz de medir el Síndrome de Burnout “Maslach Burnout Inventory (MBI), es el cuestionario más usado para evaluar el Síndrome y está integrado por 22 ítems con 3 escalas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems)”.

Entonces retomemos lo que de acuerdo a la consulta de la literatura algunos autores definen como Síndrome de Burnout, como por ejemplo:

Muñoz y Molina en 2013, dijeron que dentro de los hospitales el ambiente suele ser percibido como complejo, no sólo porque se trabaja con la ligera línea que separa a la vida y la muerte, de forma cotidiana/habitual, sino porque para aquellos profesionales que no estén debidamente capacitados con herramientas técnicas y humanas, las cuales les deberían de permitir interactuar y responder, ante situaciones y/o circunstancias de alto estrés clínico y emocional; de no ser así, les

llevará a experimentar el Síndrome de Burnout o Síndrome de Agotamiento Emocional, siendo esta la respuesta a la relación que hay entre el estrés y las consecuencias generadas.

Además Muñoz y Molina (2013) dicen que el Síndrome de Burnout o el Síndrome de Agotamiento Emocional se integra de aptitudes y sentimientos negativos hacia la persona y el rol profesional; se desarrolla con cierto límite de tiempo, es decir a partir de los seis meses en los que un trabajador inicia su vida laboral y llega a consolidarse después de diez años, puesto que a partir de este lapso de tiempo las expectativas de vida de los profesionales desaparecen.

Reacción extrema debido a situaciones adversas que limitan al individuo y desencadenan reacciones negativas, que afectan su desempeño” (Díaz, 2013).

Tipo de estrés laboral, generado específicamente en ocupaciones que implican relación interpersonal y prestación de un servicio (Hernández, Ortega y Reidl, 2012)

En cambio Carlin y Gàrces (2010) dicen que Burnout no es sinónimo de estrés laboral, ni de fatiga, ni de alienación, ni de depresión, sino es el riesgo de los profesionales que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico, además de tener relación con el estrés laboral, con la sobrecarga cognitiva para el individuo y con crisis de auto-eficacia (por quienes lo llevan al plano personalizado); por lo tanto el Síndrome de Burnout lo definen como un proceso continuo y paulatino, siendo la consecuencia de eventos laborales estresantes que disponen al individuo a padecerlo, debiendo de existir interacciones humanas (trabajador-cliente, intensas y duraderas).

No podemos dejar de lado que según lo revisado, para gran parte de la mayoría de los autores el Síndrome de Burnout, es un tipo de estrés laboral. Por lo tanto es el padecimiento que aqueja a los profesionales de la salud, dificultándoles su desarrollo y/o crecimiento profesional, así como

sus relaciones familiares y sociales, se dificultan y dañan; además de provocar graves daños en su salud física y emocional.

El Síndrome de Burnout es el padecimiento que es vivido y padecido por una parte de la población que se dedica al trabajo directo con pacientes y/o clientes, en constante sufrimiento o dolor humano, quienes a su vez promueven la salud; pero lo cual suena un tanto contradictorio ya que se espera que los profesionales al promover la salud física y/o mental la posean, lo que no suele ser siempre así, ya que como hemos venido revisando, al trabajar con vida y muerte, enfrentarse y lidiar con dificultades que requieren respuestas con alto grado de exigencia pueden sentirse y/o percibirse incapaces y con pocos recursos para su resolución.

1.2 Componentes y Niveles del Síndrome de Burnout

Maslach y Jackson llevaron a cabo una investigación con maestros a los que evaluaron para conocer si es que estos padecían estrés laboral, a raíz de su investigación elaboraron un instrumento capaz de medir el Burnout, el cual se compone principalmente por las siguientes dimensiones:

El **agotamiento emocional** es la disminución de recursos emocionales y personales del profesional. Se traduce en fatiga mental, física y emocional no proporcional a la carga de trabajo. **Despersonalización:** consecuencia del agotamiento emocional. La falta de recursos emocionales lleva al profesional a protegerse frente al usuario, deja de verlo como una persona y lo trata como un objeto, y se inicia una falta de empatía y de implicación. **Realización personal:** es el factor protector frente al burnout. El profesional con realización personal alta está motivado, siente que influye positivamente sobre la vida de los pacientes, y es capaz de tratar los problemas emocionales con calma y seguridad (Vila, Cruzate, Orfila, Creixel, Gonzalez y Davins, 2015).

Por su parte, Carrillo, Gómez y Espinoza de los Monteros (2012) en su investigación “Síndrome de Burnout en la práctica médica” señalan que el Burnout aparece después de que hay una exposición prolongada a los factores psicosociales de riesgo; por lo que lo definen como “un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear”; además de que proponen los siguientes componentes en el área laboral (ver tabla 1).

Tabla 1.

Componentes del Síndrome de Burnout

Componentes	Factores
Despersonalización	Sentimientos negativos
	Actitudes de cinismo
	Aumento de automatismos relacionales
	Distanciamiento personal
Falta de realización personal en el trabajo	Tendencia a realizar evaluaciones negativas sobre habilidades laborales.
	Insatisfacción con el rol profesional

Agotamiento	Fatiga emocional , física y mental
Emocional	Falta de entusiasmo
	Sentimientos de impotencia e inutilidad

Fuente: Componentes del Síndrome de Burnout de Carrillo, Gómez y Monteros (2012).

Los niveles del Síndrome de Burnout van desde el leve, moderado, grave y hasta severo (ver tabla 2).

Tabla 2. *Niveles del Síndrome de Burnout*

Leve	Moderado	Grave	Extremo
	Aparecen	Aversión a la tarea	
Inicio de síntomas	problemas con la atención	Cinismo hacia el trato con pacientes y colegas	Crisis existenciales
	Problemas de sueño	Ausentismo laboral	Aislamiento
	Automedicación	Consumo de drogas y fármacos	Depresión crónica

Fuente: Burnout, Gatto (2012)

Para Muñoz y Molina en 2013, el Síndrome de Burnout tiene relación con los siguiente factores (ver tabla 3).

Tabla 3. *Factores socio-ambientales asociados*

Factor	Factor de relación
Falta de ganas de ir al trabajo	Disminución notable de la capacidad laboral
Dolor en espalda y cuello	Automedicación
Malestar al relacionar con otros	Inicio de consumo de alcohol
Abandono del trajo (por sensación de sentirse perseguido)	Drogas
	Intentos de suicidio
	Enfermedades graves como: cáncer, accidentes cardiovasculares
	Abandono del trabajo

Muñoz y Molina. (2013).

Gatto (2012) propuso y describió dos niveles en los que el padecimiento del Síndrome de Burnout afectaba a los profesionales de la salud, así como algunos de los factores socio-ambientales que influyen en la aparición del Síndrome (ver tabla 4).

Tabla 4. *Niveles del Síndrome de Burnout Según Gatto*

Niveles	Síntoma
	Falta de atención a pacientes
Social	Mala praxis
	La salud es sinónimo de
Económico	mercantilismo
	Frustración e impotencia por el
	acceso restringido para acceder a
	recursos

Gatto (20012)

Dentro de los niveles económico y social podemos encontrar factores socio/ambientales que se relacionan con la afección que sufren los profesionales, siendo los siguientes

- Falta de presupuestos
- Inestabilidad laboral
- Incremento en la demanda del servicio o bien incremento de pacientes por atender
 - Disminución de las remuneraciones

Tanto componentes como niveles mencionados son de importancia ya que permiten identificar el nivel que presenta el individuo.

1.3 Síntomas del Síndrome de Burnout

Ahora es importante señalar los síntomas principales que caracterizan a éste y la forma en que los categorizan diferentes autores (ver tabla 5 y 6).

Tabla 5. *Síntomas Principales*

Síntomas Cognitivos	Síntomas	Síntomas
Afectivos	Físicos	Conductuales
Irritabilidad	Cansancio	Abuso de drogas
Falta de concentración y atención	Fatiga crónica	Obsesión laboral
Recelo	Insomnio	Aislamiento
Indecisión	Dolores de cabeza	Falta de colaboración
Distanciamiento afectivo	Dolores musculares	Comportamientos groseros al responder
Pérdida de autoestima	Pérdida de peso	Enfrentamientos
Falta de control	Problemas en el sistema nervioso	Olvido de compromisos
Inseguridad	Problemas cardiovasculares	Adopción de conductas de riesgo
Sensación de no mejorar	Problemas endocrinos	
	Problemas respiratorios	Críticas exageradas
	Problemas digestivos	

Información retomada de Aguirre 2013

Tabla 6. *Categorías de síntomas del Síndrome de Burnout*

Síntomas Cognitivos	Síntomas	Síntomas	Síntomas
Afectivos	Físicos	Conductuales	Actitudinales
Irritabilidad	Cansancio	Abuso de drogas	Irresponsabilidad
Falta de concentración y atención	Fatiga crónica	Obsesión laboral	Fraccionamiento del entorno laboral
Recelo	Insomnio	Aislamiento	Indiferencia
Indecisión	Dolores de cabeza	Falta de colaboración	Agobio de los pacientes
Distanciamiento afectivo	Dolores musculares	Comportamientos groseros al responder	Disminución de las ganas de trabajar
Pérdida de autoestima	Pérdida de peso	Enfrentamientos	Impaciencia
Falta de control	Problemas en el sistema nervioso	Olvido de compromisos	Quejas continuas
Inseguridad	Problemas cardiovasculares	Adopción de conductas de riesgo	Comunicación deficiente
Sensación de no mejorar	Problemas respiratorios	Criticas exageradas	
	Problemas digestivos		

Otra propuesta de Síntomas del Síndrome de Burnout propuesta realizada por Gil-Monte en 2001. Fuente retomada de Aguirre 2013

Como se pudo observar en las tablas anteriores hay una serie de síntomas que caracterizan el padecimiento del Síndrome de Burnout, por lo tanto cabe mencionar que es necesario analizar cuáles son los síntomas que se presentan con mayor frecuencia entre el personal médico y de enfermería además de cuál es la categoría que cubre con la mayor cantidad de síntomas

manifestados; esto con la finalidad de poder idear o diseñar estrategias en un futuro y así combatir el padecimiento.

1.4 Evaluación del Síndrome de Burnout

Es necesario conocer las teorías que explican el origen del Síndrome de Burnout, puesto que a partir de ellas se puede entender y evaluar (ver tabla 7).

Tabla 7. *Teorías explicativas del Síndrome de Burnout*

Teoría Organizacional	<p>Se estudia bajo su condición tridimensional (individuo prestador de servicios con terceros)</p> <p>Teniendo tres condiciones: agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal</p> <p>Pone mayor énfasis a la energía, idealismo y al propósito</p> <p>Hace hincapié en factores organizacionales y en las condiciones laborales</p>
Teoría de carácter Biologista	<p>Pone mayor énfasis a la energía, idealismo y al propósito</p> <p>Hace hincapié en factores organizacionales y en las condiciones laborales</p> <p>Las estructura reales y organizacionales son la causa que condenan al fracaso porque no hay apertura al cambio</p>
Modelo transaccional / teoría Organizacional	<p>Parte de las propuesta de Maslach y Leiter</p> <p>Se origina el Síndrome en personas que prestan servicios humanitarios y mantiene contacto con ellos</p> <p>El agotamiento profesional es su principal dimensión</p> <p>Hace hincapié en la salud laboral dentro de las organizaciones</p>

Fuente elaborada por Aguirre en 2013

Autoconfianza y cogniciones es en lo que se basa esta teoría.

La percepción de la realidad de los sujetos dependerá de sus pensamientos (cogniciones), así como de los objetivos y emociones que se tengan para llevar a cabo acciones que puedan ser modificadas por los efectos de esos pensamientos o bien de lo observado. Es decir, las herramientas personales que se tengan para lograr superar/resolver conflictos y lograr objetivos y/o metas

Modelo Basado en la Teoría Socio Cognitiva del YO

Dentro de este modelo encajan a la perfección aquellos profesionales con grandes expectativas laborales sobre sus objetivos laborales.

Además de que el altruismo y la alta motivación son característicos de los profesionales prestadores de servicios de ayuda. Dentro del ambiente laboral pueden llegar a toparse con factores de ayuda, lo cuales facilitan las actividades laborales, o bien factores de barrera, lo que les dificulta las actividades laborales cotidianas, dichos factores pueden ser la toma de decisiones, capacitación profesional, objetivos laborales realistas, ambigüedad de rol, disponibilidad de recursos, sobrecarga laboral, retroalimentación recibida, etc. Cabe destacar que si estos factores son recurrentes dentro del ambiente laboral llevarán al surgimiento de sentimientos de ineficacia y por lo tanto al desarrollo del Síndrome de burnout

Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)

Modelo
de
Pines

Este autor dice que no solo el Síndrome es desarrollado por aquellos profesionales que prestan servicios de ayuda, sino que puede ser padecido por profesionales con altas motivaciones, que estén desilusionados o experimenten un fallo en la búsqueda del sentido de vida.

El Síndrome de Burnout no lo podrán experimentar aquellos trabajadores poco ligados con sus trabajos (ellos solo podrán experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga).

Modelo de
Auto Eficacia de
Cherniss (1993)

Este autor además de proponer como surge el Síndrome de Burnout, habla sobre algunas variables de prevención, que pueden generar un círculo de confianza entre los profesionales, siendo los siguientes: el alto nivel de desafío, la autonomía, el control, la retroalimentación de los resultados, el apoyo social, el éxito y el logro de los objetivos personales.

Mientras que de no llegar a alcanzar las variables anteriores los profesionales podrán experimentar sentimientos de fracaso, baja auto-eficacia, y por lo tanto, Síndrome de burnout.

Es decir, aquellos trabajadores con altas capacidades laborales y con altos niveles de instrucción, pueden ser mayormente capaces de manejar/controlar de forma positiva situaciones de estrés, evitando así el Síndrome de Burnout.

Para estos autores el rasgo de la personalidad llamado

<p>Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)</p>	<p>“autoconciencia” , que no es otra cosa, que la capacidad para autorregular los niveles de estrés, que puede ser experimentado cuando los profesionales desean alcanzar objetivos y metas, por lo tanto el estado de ánimo se verá afectad de forma negativa en aquellos profesionales con altos niveles de autoconciencia , esto quiere decir que hay percepción de altos niveles de estrés además de que se reconocen las discrepancias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos.</p>
<p>Modelos desde la Teoría del Intercambio Social</p>	<p>Este modelo parte de los principios de la Teoría de la equidad. Las percepciones de falta de equidad, falta de ganancia, sentimientos de aportar más de lo que se recibe, son la causa del desarrollo del Síndrome de Burnout, surgiendo cuando las relaciones interpersonales se dan entre los colegas (comparación social).</p>
<p>Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)</p>	<p>Modelo desarrollo para explicar el Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería pero que es aplicado para todos aquellos profesionales de la salud/sanitarios.</p> <p>Plantea dos etiologías</p> <p>La primera habla sobre el intercambio social con los pacientes, siendo las siguientes las fuentes de estrés: incertidumbre: que es la falta de claridad sobre cómo actuar. Percepción de equidad: es la percepción del equilibrio sobre lo que se da y lo que se recibe, y por último es la falta de control: siendo la</p>

	<p>incapacidad para controlar los resultados de sus acciones laborales.</p> <p>La segunda etología plantea los mecanismos, procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo, es decir, no se busca el apoyo social en colegas ante situaciones estresantes y/o de gran demanda, puesto que al hacerlo podrían ser percibidos o catalogados como incompetentes.</p>
<p>Modelos Basados en la Teoría Organizacional</p>	<p>Plantea que dentro del contexto existen estresores para el desarrollo del Síndrome de Burnout como por ejemplo:</p> <p>las disfunciones de rol, el apoyo percibido, la falta de salud, estructura, cultura y clima organizacional, coincidiendo a que el Síndrome es la respuesta al estrés laboral</p> <p>El afrontamiento de igual manera son señaladas de gran importancia en la prevención y/o para combatir el Síndrome de Burnout.</p>
<p>Modelo Secuencial de Cox y Leiter</p>	<p>El síndrome de Burnout es la réplica del estrés laboral, el cual surge cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces para manejar sus efectos.</p> <p>Dentro de este modelo se incluyen variables como:</p> <p>El <i>sentirse gastado</i> (cansancio, confusión y debilidad emocional)</p> <p>El <i>sentirse presionado y tenso</i> (amenaza, tensión y ansiedad).</p>
<p>Modelo Basado</p>	<p>Los procesos cognitivos, evaluativos y motivacionales son los</p>

en la	que median el estresor y la reacción con el individuo.
Teoría Estructural	El estímulo estresante puede tener respuestas emocionales distintas en relación al contexto y a los recursos del individuo
Modelo de	El Síndrome puede ser concebido como la respuesta a conflictos y a la ambigüedad de rol.
Gil-Monte, Peiró y Valcárcel	Las habilidades de afrontamiento no son suficientes para someter el estrés laboral, pero son mediadoras entre el estrés y las consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.).
Modelo de Farber	Los siguientes estadios se manifiestan de forma cíclica, independientemente del rol que ejerzan, para el desarrollo del Síndrome de Burnout: entusiasmo y dedicación, respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales, no correspondencia del esfuerzo con los resultados y recompensas, se abandona el compromiso e implicación en el trabajo, aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales, agotamiento y descuido.
Modelo Secuencial de Leiter y Maslach	El Burnout se compone de: la experiencia de estrés, de la evaluación de los otros y de la evaluación de uno mismo. El contexto social y el Burnout se relacionan de forma individual y de forma crónica.

Para la evaluación de los niveles en los que se padece el Síndrome de Burnout se ha utilizado el inventario de Burnout propuesto y elaborado por Cristina Maslach, a continuación se muestra una tabla en la que se puede observar el número de ítems y las escala por las que está integrado el inventario y estas a su vez por el número de ítems (ver tabla 8)

Tabla 8.

Inventario de Burnout de Maslach

Escalas	Número de Ítems
Agotamiento emocional	9 ítems
Despersonalización	5 ítems
Realización Personal	8 ítems
Total	22 ítems

Componentes del Inventario de Burnout de Maslach de Carrillo. Gómez & Monteros (2012)

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, versión para profesionales de la salud (CESQT-PS) fue creado en España en el año 2005, el cual evalúa el nivel de estrés que padecen los profesionales de la salud; posteriormente es validado en una muestra mexicana de médicos en 2009, tal cuestionario consta de 20 ítems que se distribuyen en cuatro sub-escalas (ver tabla 9).

Tabla 9. *Sub-escalas del cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, versión para profesionales de la salud (CESQT-PS).*

Sub-escalas	Número de ítems por escala
Ilusión por el trabajo	5 ítems
Desgaste psíquico	4 ítems
Indolencia	6 ítems
Culpa	5 ítems

Fuente retomada de Gil-Monte & Zúñiga (2009)

Bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo junto a altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia suponen altos niveles del SQT (G-Monte y Zúñiga, 2009).

1.5 El Síndrome de Burnout en el personal de enfermería

Carrillo y Monteros, (2012) dicen que el Síndrome afecta con mayor frecuencia a los profesionales de la salud, por lo que se plantea la paradoja de que en la atención de la salud: el profesional se enferma en la misma medida en que éste sana a los pacientes.

Para Ballesteros, (2012) el colectivo sanitario (personal de enfermería) son las más vulnerables a sufrir o padecer Síndrome de desgaste profesional (SDR) o Burnout.

El personal de Enfermería es el que se encuentra en contacto estrecho con el paciente y sus familiares siendo directamente responsable de su salud, lo que ocasiona que se genere el Síndrome de Burnout (Barrón, 2015)

Gatto en 2012 hizo una investigación con el personal médico de oncología de Buenos Aires, Argentina en el hospital “María Curie”, teniendo como principal objetivo evaluar la presencia

del Burnout, por lo que partió de tomar en cuenta: la antigüedad de los participantes y que además cumplieran con un rango de 24-30 horas de jornadas semanales laborales; a través de esta investigación definió al Burnout como un tipo de estrés laboral que solo afecta a profesionistas que tienen contacto directo con pacientes y que comparte situaciones emocionales vitales con ellos.

De igual manera Gatto (2012) menciona y retoma la diferencia entre Burnout y depresión, situándolas en contextos y temporalidades distintas, he ahí su diferencia, una es en el ámbito exclusivamente laboral y la otra por la sintomatología afecta el estado de ánimo bajo generalizado, y marcando igualmente la diferencia entre estrés y Burnout, ya que el estrés crónico si se agrava y no se trata es la causa del surgimiento del Burnout.

En el siguiente capítulo “Causas y consecuencias del Síndrome de Burnout” se hablará con mayor amplitud sobre las causas y consecuencias que dan inicio al surgimiento del Síndrome de Burnout, así como su clasificación y las que principalmente manifiestan los profesionales de la salud.

Capítulo 2. Causas y consecuencias del Síndrome de Burnout

En el presente capítulo se abordarán las causas que detonan el síndrome de Burnout; mencionando algunos de los factores que desencadenan este padecimiento, se clasificarán las causas según su orden de importancia, por lo que iniciaremos con las causas psicosociales posteriormente se delimitarán a causas laborales.

También se abordarán las consecuencias generales que pueden llegar a padecer los profesionales de la salud, las cuales se clasificarán en consecuencias psicosociales, consecuencias laborales, consecuencias físicas y mentales.

La sobrecarga de trabajo, pérdida de control sobre las actividades laborales, falta de cordialidad en el ambiente de trabajo, falta de recompensa, injusta asignación de cargas de trabajo, ascensos y conflicto en la toma de decisiones y los valores son las causas que Hernández, Ortega y Reild, (2012) proponen como causas que detonan el estrés.

Por su parte, Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez, en 2013, dicen que el personal de enfermería es el más afectado por causas tales como la burocracia, feedback, relación paciente-familia, contacto directo con el paciente, exceso de pacientes, relación con superiores y compañeros y por los servicios que prestan.

Gatto en 2012, dijo que el Síndrome de Burnout es el tipo de padecimiento que afectará la relación que tiene el personal de enfermería con los pacientes, esto es porque están sometidos a algunas de las siguientes causas: contacto continuo con pacientes, la necesidad de estar a la vanguardia o actualizados en cuanto a conocimientos médicos, la carga emocional a la que se debe de hacer frente, la complejidad de una especialidad, la dificultad del trabajo en equipo, entre otras.

Muñoz y Molina dentro de su investigación “Síndrome de Burnout en el equipo de trabajo de cuidados intensivos, Concepción” en 2013, llegaron a la conclusión de que los factores que predisponen la presencia de Burnout son la edad, los años de servicio prestado y el cansancio emocional

Algunas de las posibles causas del surgimiento del Síndrome de Burnout se dividen en factores individuales y factores laborales (ver tabla 10).

Tabla 10. *Clasificación de factores*

Factores Individuales	Factores Laborales
Personalidad vulnerable	Conflictos entre compañeros (rivalidades)
Mal manejo de situaciones de estrés	Mala calidad de vida laboral
Bajas expectativas laborales	Inconformismo
Inadecuado manejo de emociones o ausencia de ellas	Inadecuada comunicación

Ejemplos de la clasificación de factores individuales y laborales que pueden llegar a padecer el personal de salud

De acuerdo a la bibliografía revisada los factores individuales van desde las características de poseer una personalidad vulnerable, ya que éstas influirán en que los profesionales de la salud sepan enfrentar y/o tolerar las situaciones de estrés a las que se enfrentan.

Otra de las posibles causas son las bajas o la falta de claridad en las expectativas laborales, esto se deberá a que los profesionales no se sienten satisfechos con su desempeño laboral, lo cual

se podrá deber a que las organizaciones o instituciones no satisfacen o cumplen dichas expectativas.

También se considera al mal manejo de las emociones y/o ausencia de ellas como un factor de predisposición, esto ya que al ser profesionales que están en constante contacto con personas que sufren dolor puede ocurrir que no sepan o que desconozcan cómo manejar situaciones en las que sientan o perciban que salgan de su alcance, cabe mencionar que existe el riesgo de que sean incapaces de reconocer, identificar y nombrar al experimentar sus emociones ante situaciones de dolor, angustia o de muerte.

Algunos factores laborales como las complejas relaciones entre colegas y/o compañeros de trabajos pueden generar un clima poco agradable y de inconformidad en la ejecución de las tareas; otra es la mala calidad de vida laboral; el inconformismo y al inadecuada comunicación entre jerarquías e iguales.

Se debe mencionar que algunas de las consecuencias (llamados también síntomas) cognitivos han sido menos estudiadas, pero son de gran importancia, pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales, y lo real, lo que lleva a una frustración y a una depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome (Martínez, 2010).

También Martínez (2010) menciona que en la segunda dimensión que describe Maslach y Leiter (1996) en el Burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, lo que se manifestara en autocrítica radical, en desvalorización personal que puede conducir al “auto-sabotaje”, la desconfianza y la desconsideración al trabajo.

En cuanto al área conductual Martínez dice que la dimensión de despersonalización, trae consecuencias, como por ejemplo: la pérdida de acción pre- activa, las soluciones que llevan al consumo de sustancias estimulantes y en general, hábitos dañinos para la salud.

De igual manera, las personas manifestarán síntomas fisiológicos como: cefaleas, dolores musculares (sobre todo en la parte dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida del apetito, disfunciones sexuales y problemas del sueño (Martínez, 2010).

2.1 Causa Psicosociales

Las condiciones del medio ambiente a las que los profesionales de la salud se someten tienen importancia dentro del desarrollo de las actividades laborales cotidianas de los profesionales, a esas condiciones ambientales se les llama factores psicosociales.

Los factores psicosociales están presentes en todas las organizaciones con resultados positivos o negativos (Moreno, 2013)

Gatto (2012) dijo que algunas de las predisposiciones de los servidores sanitarios a padecer estrés laboral son las siguientes:

- Marcado esfuerzo mental y físico,
- Continúa programación y reprogramación de tareas
- El contacto directo con pacientes en circunstancias de ansiedad y aflicción.

A continuación se muestra una tabla en la que Gatto mencionó algunos factores dentro de su investigación en un Hospital de Oncología en Buenos Aires (ver tabla 11)

Tabla 11.

Factores de Afección

Factores Socio-ambientales

Falta de presupuestos

Inestabilidad laboral

Incremento en la demanda del servicio o incremento de pacientes por atender

Disminución en las remuneraciones

Tabla 2.3 Factores Socio-ambientales, que afectan a los servidores sanitarios- Gatto, 2012

Los factores Socio-ambientales que se acaban de mencionar son solo algunos de los que pueden llegar a afectar a los profesionales de la salud.

Gatto también dijo que la falta de presupuestos, la inestabilidad laboral, el incremento en la demanda del servicio o incremento de pacientes por atender y la disminución en las remuneraciones, fueron los factores más notables o los que padecían entre el personal hospitalario

2.2 Causas Laborales

Algunos aspectos como el clima organizacional, la calidad de vida laboral, el liderazgo, la comunicación, la eficacia, etc, son de importantes tener en cuenta a la hora de hablar de causas laborales ya que de no ser manejados adecuadamente los trabajadores no podrán ejecutar sus actividades laborales cotidianas de forma satisfactoria

La cultura, el liderazgo o el clima organizacional pueden generar excelentes o pésimas condiciones de trabajo con consecuencias positivas o negativas para la salud de los trabajadores (Moreno, 2013)

Raigosa y Marín (2011) dicen que los cambios como la globalización, la industrialización y la evolución de la tecnología han provocado drásticos cambios en las organizaciones puesto que deben de ser más competitivas y eficientes, dando lugar a procesos laborales drásticos, estos a su vez afectan la salud del personal que labora dentro de ellas. Hay exigencias de las organizaciones hacia los empleados. Por lo tanto la sobrecarga de trabajo, la falta de seguridad del puesto, el control de puesto son algunas de las causas laborales que generan conflictos.

Bernaldo, Labrador, Piccini, Gómez y Cerdeira (2014) mencionan que dentro de las organizaciones se observan altas tasas de índices de violencia física y verbal. El personal no sabe manejar situaciones de riesgos y tampoco afrontar situaciones estresantes. Dentro de su investigación los miembros del personal de urgencias se sienten inseguros por lo tanto hay que dotarlos de práctica y capacitación; crear y poner en marcha programas de sistemas de riesgos con estrategias de afrontamiento para mediar las relaciones entre pacientes y personal que acompaña al personal que ha sufrido violencia debe de ser intervenido psicológicamente.

García, Carreón, Hernández y Morales (2014) dicen que si no existe compromiso laboral en el cual se deba de transmitir a través de las relaciones en que se establezcan entre los trabajadores y los conflictos ya sea dentro o fuera de las organizaciones provocarán un desajuste dentro de las organizaciones y sus miembros. El compromiso laboral tiene un papel importante, por lo tanto se debe de mencionar que tiene dos dimensiones, de principio: las que ubican al individuo en un contexto; de segundo orden: identifican al individuo en una red de estructura de poder, siendo estas complementarias o totalmente opuestas. Por lo tanto, si este compromiso con las organizaciones es el adecuado generarán un clima laboral satisfactorio el cual llevará a los empleados a manejar las condiciones de estrés de la mejor manera posible.

Autores como Castañeda y García (2010) hablan sobre algunos factores estresantes crónicos dentro del entorno laboral (ver tabla 12)

Tabla 12. *Factores estresantes crónicos*

Sobrecarga de trabajo
Pacientes difíciles
Poco tiempo para la atención del paciente,
Salario insatisfactorio
Calidad de las relaciones en el grupo de trabajo
Antigüedad de más de 10 años en el puesto de trabajo
Rol de género

Factores estresantes crónicos del entorno laboral-Fuente retomados de Castañeda y García (2010)

Castañeda y Gracia (2010) dijeron que los factores anteriores tienen como respuesta el desarrollo del Síndrome de Burnout, puesto que su exposición es indirecta, saliéndose del control de los profesionales de la salud

Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez (2013) en su investigación “Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios” mencionan que la calidad de vida laboral en 1960 en los Estados Unidos se comenzó a estudiar, ya que ésta promueve la satisfacción, la salud y el bienestar del trabajador pero el trabajo de ésta se encuentra obstaculizada por el Síndrome de Burnout.

Las causas que se mencionaron son algunas que se pueden manifestar entre los profesionales de la salud, siendo algunas de las más generales que pueden llegar a experimentar el personal de enfermería, los cuales a su vez les tiene que generar alguna o varias consecuencias de acuerdo al nivel que se padezca el síndrome serán las consecuencias que se llegarán a experimentar; a continuación, en el siguiente subtema hablaremos de cuáles son esas consecuencias.

2.3 Consecuencias generales del síndrome de burnout

Algunos de los malestares que resultan de padecer Síndrome de Burnout son: falta de ganas de ir al trabajo, la disminución notable de la capacidad laboral, dolor en la espalda y cuello, malestar al relacionarse con otros, la automedicación, el inicio de consumo de alcohol o drogas y enfermedades graves como: cáncer y accidentes cardiovasculares.

Castañeda y García (2010) dicen que las consecuencias del estrés se manifiestan en alteraciones: emocionales conductuales, psicósomáticas y sociales; indicando qué repercusiones que afectan al personal médico destacan: el absentismo laboral, la disminución de la satisfacción

personal, las relaciones médico-paciente conflictivas, el riesgo de conductas adictivas, la alta movilidad laboral, así como afectaciones en otras esferas como la de pareja y la familiar.

Para Carrillo, Gómez y Monteros (2012) en su investigación sobre el síndrome de Burnout, éste aparecerá después de que haya una exposición prolongada a los factores psicosociales de riesgo. Sus consecuencias son: cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia el paciente; bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional.

Muñoz y Molina (2013) dicen que las consecuencias que padecerán los profesionales de la salud son la falta de ganas de ir al trabajo y como subsecuente el abandono laboral, el dolor en la espalda, cuello, el malestar al relacionarse con otros, el abandono del trabajo, la sensación de persecución, la disminución notable de la capacidad laboral, la automedicación, el consumo de alcohol y el consumo de otras drogas, así como los intentos de suicidio y las enfermedades graves como el cáncer, accidentes cardiovasculares y abandono del trabajo

2.4 Consecuencias Laborales

Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez en 2013, realizaron una investigación de “Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios”, obtuvieron resultados de posibles consecuencias como alto nivel de agotamiento y baja eficacia profesional.

Los médicos que padecen altos niveles de burnout suelen cometer errores en la ejecución de su práctica (Carrillo. Gómez y Monteros, 2012).

Raigosa y Marín (2011) dicen que el ausentismo laboral es otra de las consecuencias que sufren las organizaciones cuando los empleados no se encuentran sanos ya que estos se reportan más veces como enfermos y dejan de trabajar propiciando que la economía del país baje. Por lo tanto para que los empleados sean capaces de adaptarse a los cambios continuos que sufren las organizaciones es necesario ofrecer una calidad en la vida laboral para los empleados. Las organizaciones necesitan empleados sanos, que se encuentren motivados psicológicamente.

Gordon (2016) dice que el estrés provocará consecuencias para las organizaciones además de consecuencias fisiológicas, cognitivas, afectivas y conductuales para el individuo, tabla 13 se mencionan las consecuencias que propone dicho autor.

Tabla13. *Consecuencias del Síndrome de Burnout*

Referidas al Trabajo	Relaciones Interpersonales	Salud del trabajador
Disminución de la calidad del trabajo	Perturbación de las relaciones familiares	Fatiga crónica
Ausentismo	Malas relaciones con sus compañeros de trabajo, con	Problemas del sueño
Cambio frecuente de trabajo	pacientes	Desórdenes gastrointestinales
Tardanzas	Poca comunicación	Dolor muscular
Abandono antes de la hora de salida	Insensibilidad al dolor ajeno	Incremento en el consumo de cafeína, alcohol, drogas y otros
Poca creatividad	Dificultades con el trabajo en equipo	
Desmotivados con la superación		

(Esto se refiere a un nivel
tanto físico como
emocional)

Consecuencias- fuente retomada de Gordon, 2016

Las consecuencias que se revisaron en este subtema se manifiestan tanto en las áreas de trabajo de los profesionales como en sus vidas de pareja y/o personales ya que si llegan a consumir alguna droga sin duda afectará a su trabajo y las relaciones que en esos momentos mantenga, así como se manifestarán algunas más de las que se mencionan en la tabla como lo pueden ser el abandono del trabajo, la poca comunicación, algún dolor de cabeza, fatiga, etc.

2.5 Consecuencias físicas y mentales

Para Raigosa y Marín (2011) el personal médico puede padecer altos niveles de Burnout experimentando: cansancio emocional, despersonalización, cáncer, diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Hay manifestaciones de acuerdo a áreas clínicas, a continuación se muestra una tabla en cual se mencionan según Gordon 2016 (ver tabla 14)

Tabla 14. *Áreas de afección clínicas*

Emocional	Actitudinal	Conductual	Psicosomáticos
Sentimientos de soledad	No verbalizar.	Agresividad.	Dolor precordial,
Ansiedad	Cinismo.	Aislamiento del	Insomnio.
Sentimientos de impotencia	Apatía.	Sujeto.	Taquicardia,
Sentimientos de omnipotencia	Hostilidad.	Cambios bruscos de humor.	Hipertensión
	Susplicacia.	Enfado frecuente.	Temblo de manos
		Irritabilidad.	Crisis asmáticas,
			Aparición de
			Alergias
			Gastritis
			Dolores cervicales y
			de espalda
			Alteraciones
			menstruales

Afecciones clínicas, fuente retomada de Gordon (2016)

Las consecuencias que provoca el Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud son clasificadas por Gordon en distintas áreas: Emocional, en que el profesional experimentará soledad, sentimientos de impotencia y omnipotencia, ansiedad; posteriormente en el área actitudinal experimentara apatía, cinismo, hostilidad, suspicacia; mientras que en el área conductual habrá agresividad, enfados frecuentes, cambios de humor frecuente, irritabilidad y cambios de humor y por último en el área psicósomática el profesional manifestara dolor precordial, insomnio, temblores, taquicardia, hipertensión, dolores cervicales y de espalda, alteraciones menstruales, gastritis, etc.

De acuerdo a lo revisado en la bibliografía algunas de las consecuencias físicas más frecuentes serán el dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor en las cervicales, dolor en pies y manos, nauseas, colitis, gastritis, problemas de sueño, falta de atención, alcoholismo, tabaquismo, consumo algunas otras drogas en la que se puede incluir el trabajo como una de ellas, automedicación, entre otras.

En cuanto a las consecuencias mentales que se pueden llegar a presentar son: depresión crónica, aislamiento, crisis existenciales, falta de atención y en la mayor de las consecuencias el suicidio.

Moscosso (2010) dice que la ansiedad, la irritabilidad, la ira, la preocupación, la tristeza, el pánico y los estados de desesperanza son algunas de las respuestas al estrés crónico

2.6 Causas y consecuencias de Burnout en trabajadores de salud

Carrillo y Monteros, (2012) dicen que el síndrome afecta con mayor frecuencia a los profesionales de la salud, por lo que se plantea la paradoja de que en la atención de la salud el profesional se enferma en la misma medida en que éste sana a los pacientes. También dicen que son los médicos quienes tienen los índices más altos de Burnout dentro de su práctica, por lo tanto tendrán las siguientes consecuencias: ausencia de compromiso laboral, disociación instrumental extrema, conductas automáticas y rígidas, embotamiento y negación, falta de conciencia del agotamiento, irritación constante, impulsividad, conductas de enojo, confrontación entre colegas, maltrato al personal, desmotivación, baja autoestima e inconstancia, etc.

Para Ballesteros, (2012) el colectivo sanitario (personal de enfermería) son las más vulnerables a sufrir o padecer síndrome de desgaste profesional (SDR) o Burnout.

Torres y Guarino (2013) dicen que en el ámbito de la medicina los profesionales están sometidos a una constante tensión emocional puesto que hay una lucha por recuperar la salud del paciente. Por lo tanto el Síndrome de Burnout será propio de aquellos profesionales que presten atención a aquellas personas que atraviesen por una situación de necesidad o dependencia. Estos autores destacan a los profesionales con especialidad en Oncología ya que dicen que estos profesionales no solo lidian con la carga emocional del sufrimiento del paciente, la muerte, sino también con los propios. Por lo tanto, al ser una población vulnerable serán propensos a experimentar numerosos problemas de salud física y mental, habrá una inadecuada adaptación al entorno laboral, familiar, social y por lo tanto, su productividad y a su vez un detrimento a la atención de la salud de los pacientes.

En este sentido “las repercusiones que afectan al personal médico destacan el ausentismo laboral, la disminución de la satisfacción personal, las relaciones médico-paciente conflictiva, el riesgo de conductas adictivas, la alta movilidad laboral, así como afecciones con la pareja y familia” (Castañeda y García, 2010). Dentro de la investigación son los médicos quienes tienen los índices más altos de burnout dentro de su práctica, teniendo las siguientes conductas: ausencia de compromiso laboral: mal manejo de la información y falta de respeto a las emociones de los otros; disociación instrumental extrema: conductas automáticas y rígidas; embotamiento y negación: falta de conciencia del agotamiento e irritación constante; impulsividad: conductas de enojo, confrontación con colegas y maltrato al personal; desmotivación: baja autoestima e inconstancia, etc.

Muñoz y Molina (2013) en su estudio denominado “Síndrome de Burnout en el equipo de trabajo de cuidados intensivos Concepción” llegan a los resultados de que las enfermeras, los servicios de urgencias, la unidad de cuidados intensivos, la unidad de trasplantes, oncología e instituciones geriátricas son los más afectados.

Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez (2013) dicen que la calidad de vida laboral se vincula con el adecuado equilibrio entre demandas y recursos y a la ausencia del Burnout; por lo tanto si se desea hacer una intervención y prevenir el surgimiento del Síndrome de Burnout se deberá de hacer de forma individual y organizacionalmente mejorando así la comunicación, fomentando el apoyo, tener objetivos y prioridades, tener una vida saludable y reducir el agotamiento emocional.

Las actitudes en la práctica médica son: ausencia de compromiso emocional (mal manejo de la información, trato distante y falta de respuesta a las emociones del otro); disociación instrumental

extrema (conductas automáticas y rígidas (comunicación unidireccional), repetición de discursos automáticos, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias; embotamiento y negación (conductas interpersonales opositoras, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de auto crítica; impulsividad (conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas y pacientes así como maltrato hacia paramédicos y desmotivación (perdida de autorrealización, baja autoestima, falta de iniciativa, inconstancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación.

En el siguiente capítulo se abordarán las estrategias de afrontamiento que serían el ideal de una intervención en los profesionales de la salud para así enfrentar y saber manejar situaciones evitando así el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Capítulo 3. Afrontamiento del síndrome de burnout

En este capítulo hablaremos acerca del afrontamiento, características, estilos y de las estrategias que existen para combatir o bien mediar los efectos y la aparición del Síndrome de Burnout en el personal de salud.

3.1 Definición de afrontamiento

La palabra afrontamiento puede definirse coloquialmente como las acciones que se emplean para hacerle frente a situaciones que pueden generar miedo, inseguridad o ansiedad.

Iniciaremos definiendo que es el afrontamiento para diversos autores:

La puesta en práctica de esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes para manejar demandas externas o internas que el sujeto evalúa como excesivas y desbordantes en comparación a sus recursos, mientras que las estrategias son las pautas comportamentales que el sujeto despliega de acuerdo con los recursos que el medio social y cultural le ofrecen (Montoya y Moreno, 2012)

Sandin y Charot en 2002, dijeron que el afrontamiento se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que ponen los individuos ante demandas internas o externas de su medio que agravan o exceden recursos propios.

Vázquez, Crespo y Ring en 2005, mencionan que son los esfuerzos que se dirigen a manejar demandas internas y ambientales, ya sea reduciéndolas, minimizándolas, tolerando o controlando sus efectos.

El afrontamiento será definido como los pensamientos que tienen los individuos ante situaciones que les generan estrés.

Arias y Toro, realizaron una investigación sobre "Personalidad cognitiva y afrontamiento diferencial en ansiedad y depresión", en 2015, ellos hacen la definición de dos tipos de afrontamiento, los cuales son el afrontamiento socio-trópico, refiriéndose al afrontamiento en el que se busca apoyo de algún profesional para que ayude al sujeto a mediar las respuestas disfuncionales; y el otro tipo de afrontamiento es el autónomo en el que los sujetos que ya padecen un trastorno de ansiedad y/o depresión tienen poca inclinación a darle solución ante las circunstancias que les generan conflicto.

Por lo tanto se considera al afrontamiento como la forma de pensamiento y/o estrategias en la que los sujetos harán frente a las circunstancias que le causan conflicto interno o externo, positiva o negativamente.

3.2 Estilos de afrontamiento

Castro y León (2010) dijeron que los estilos de afrontamiento son formas conscientes y/o estables que tienen las personas para hacerle frente al estrés

Lazarus y Folkman en 1984, proponen tres tipos de afrontamiento, los cuales son retomados por Montoya y Moreno en 2012 los cuales se explican en la tabla 15.

Tabla 15. *Tipos de afrontamiento*

Afrontamiento	Afrontamiento	Afrontamiento
Cognitivo	Conductual	Afectivo
Reduce el desagrado del evento	Manejo de consecuencias con conductas de confrontación reales	Pretende un equilibrio afectivo a través de la regulación de emociones

Información retomada de Montoya, Moreno, 2012

El afrontamiento cognitivo aparecerá cuando la persona enfrente situaciones o eventos que le causen malestar, manifestándose de tal forma en que sea capaz de reducir el resultado o la secuela de desagrado; a diferencia del afrontamiento conductual, ya que las acciones que manifestará la persona serán controladas por sí misma ante las consecuencias del hecho traumático y por último en el afrontamiento afectivo se esperará que las emociones sean controladas por la persona ante situaciones de estrés.

Se considerará que lo adecuado para las personas sean capaces de manejar estos tres tipos de afrontamiento, ya que si son capaces de controlar las emociones que experimentan,

los pensamientos/ideas que procesen les llevarán a reaccionar de una mejor forma, en la que los resultados o efectos les ocasioné bienestar y satisfacción.

3.3 Estrategias de afrontamiento

Valdez, Austria, Herrera, Vázquez, Vega y Salas (2010) en su trabajo sobre estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout o de desgaste profesional en trabajadores de la salud, dicen que las estrategias de afrontamiento tienen un papel protector ante el síndrome de burnout, ya que evitara que el personal padezca una despersonalización, un decremento de la realización personal y a su vez el desarrollo global del síndrome.

Por lo tanto se puede concluir que las estrategias de afrontamiento son las herramientas o recursos propios que tienen cada individuo para hacerle frente a aquellas situaciones que le causen estrés o malestar, cabe destacar que se puede dar el caso en que las estrategias de afrontamiento sean escasas o bien que el individuo no sepa cómo ponerlas en marcha en el momento de vivir situaciones de estrés o conflicto, lo que por ejemplo les llevará a utilizar/ emplear estrategias como la evitación.

Las estrategias de afrontamiento serán los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes (Castaño y León, 2010)

Castaño y Braco (2010) dijeron que las estrategias de afrontamiento suponen ser un facilitador u obstáculo en las relaciones efectivas que tienen una persona con otras.

En base a los trabajos de Carver y colaboradores en 1989 Montoya y Moreno en 2012 mencionan estrategias de afrontamiento.

- Centrado en el problema: conductas empleadas para llegar a la solución final haciéndole frente al estrés.
- Centrado en la emoción: conductas en la que los sujetos emplearan para regular la situación que les ha causa estrés
 - Centrado en la evitación: habrá conductas de evitación y evasivas

Por lo tanto Montoya y Moreno proponen las siguientes quince estrategias que las personas pueden llegar a utilizar frente situaciones que les generen estrés. Siguiendo esta línea Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda en el 2010 describen las estrategias que Carver propuso:

1. Auto distracción: se refiere a las actividades que emplea el sujeto para olvidar el problema y que le conducirán al olvido
2. Afrontamiento activo: en esta estrategia se dirigirá a la solución del problema a través de actitudes o actividades
3. Negación: como su nombre lo dice, se evita pensar en el problema
4. Uso de sustancias: conductas de consumo de sustancias nocivas para la salud como el alcohol u otras drogas
5. Apoyo emocional: se buscará que las personas que le rodean den algún tipo de solución, a través del afecto o de comprensión

6. Apoyo instrumental: se hace uso de material físico/tangible que describan alguna alternativa de solución
7. Abandono de resolución/ renuncia: en esta no se hace ningún tipo de esfuerzo para llegar a la solución del problema simplemente se deja que esta llegue sola
8. Descarga emocional: a traes de la expresión de los sentimiento y/o emociones que experimentan los sujetos al enfrentarse un problema se pretende que se eliminen lo negativo que produjo
9. Reformulación positiva: el sujeto es capaz de aprender de su experiencia
10. Planeamiento/planificación: pasos que se seguirán para llegar a una solución
11. Humor: se emplea para prestarle menor importancia al problema
12. Aceptación: el sujeto la emplea cuando es capaz de actuar de manera activa o pasiva frente al problema
13. Religión: en base a las creencias religiosas se buscarán apoyo espiritual y afectivo
14. Autocritica: el sujeto se culpará por sus limitaciones para resolver el problema.

Tabla 16. *Tipos de Estrategias de Afrontamiento*

Estrategia de Afrontamiento	Descripción
Solución del problema	Búsqueda de la resolución del problema con ayuda de una flexibilidad cognitiva ante la situación de conflicto
Apoyo social	Ante los efectos negativos de la situación de conflicto se espera que las personas que están alrededor den soporte social logrando así disminuir las secuelas
Espera	Implica dejar que la situación de conflicto se solucione sin intervenir
Religión	Se espera que las creencias y oraciones solucionen el conflicto
Evitación emocional	Ante las consecuencias de la situación estresante habrá un control y bloqueo de las emociones negativas
Apoyo profesional	Búsqueda de apoyo de profesionales y/o de información para encontrar alternativas de solución integral
Reacción agresiva	Se manifiestan las emociones de forma negativa e impulsiva hacia otros y hacia la misma persona
Evitación Cognitiva	Bloqueo de pensamientos negativos mediante el uso de actividades distractoras para evitar pensar en el conflicto
Reevaluación positiva	Es el afrontamiento positivo de la situación de conflicto a través de una re- significación del problema, es

	decir, se le da más valor a los aspectos positivos y menos a los negativos
Expresión de la dificultad de afrontamiento	Similar al apoyo emocional solo que en éste la persona se desahoga con otras personas sin conseguir un afrontamiento eficaz
Negación	Evitación de los efectos de la situación que ocasiona conflicto
Autonomía	Afrontamiento y solución del conflicto por parte de la persona sin necesitar o pedir ayuda

Información retomada de Montoya y Moreno, 2012

Como se puede apreciar en la tabla anterior sobre la investigación de Montoya y Moreno en 2012, la cual se llama “Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement” retoman la aportación de Londoño y sus colaboradores (2006), quienes hablaron sobre algunas estrategias de afrontamiento

Dichas estrategias van desde

1. En la negación se tiene que enfrentar o reconocer los efectos del conflicto o problema, hasta llegar a la aceptación y confrontación de los efectos/consecuencias del conflicto, se evitan los efectos de las consecuencias que traen consigo los conflictos.
2. La espera, en la que las personas no hacen nada para llegar a una solución y simplemente aguardan el momento en la que la respuesta llegue por si sola.

3. En la reacción negativa la persona vive el conflicto, reaccionando de forma agresiva hacia su persona y hacia las demás.
4. La reevaluación positiva, es en la que la persona pone mayor énfasis en los aspectos positivos de la situación que le generan conflicto que en los aspectos negativos.
5. En el apoyo social las personas que se encuentran alrededor del individuo que padece/vive la situación de conflicto brindan soporte, logrando de esta forma disminuir las secuelas negativas del conflicto.
6. La evitación emocional, las emociones negativas se reprimen.
7. Para la evitación de afrontamiento, la persona busca un desahogo sin lograr un afrontamiento eficaz; el apoyo profesional que la persona busque le proveerá de la información necesaria para llegar a una solución o bien puede lograr que se valga del apoyo de un profesional que pueda apoyarlo en la dirección adecuada para lograr así una solución integral.
8. La evitación cognitiva ocurre cuando la persona se distrae con actividades que le impedirán pensar en la situación de conflicto por la que atraviesa
9. En la solución del problema se pretende el individuo llegue a una alternativa de solución.
10. En la autonomía la persona llega por sí misma, con sus propios medios y herramientas a una solución.

Otras investigaciones hablan sobre las formas de afrontamiento:

Por ejemplo en la investigación de Austria, Cruz, Herrera y Salas, en 2012 sobre las “Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en

personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo”, se llevó a cabo en hospitales de tercer nivel, en los que se evaluaron a médicos y enfermeras, y cuyos resultados arrojaron el incremento en el uso de estrategias de afrontamiento activo, lleva a un decremento del uso de estrategias de afrontamiento pasivo.

De acuerdo a la literatura revisada, la cual nos dice que dentro de las organizaciones la calidad de vida es importante, ya que de ella dependerá que sus colaboradores se adapten a cambios continuos dentro de las mismas.

Las organizaciones necesitan colaboradores sanos, que se encuentren motivados psicológicamente, que sean capaces de adaptarse a diferentes situaciones laborales de manera saludable, lo que traerá consigo la posibilidad de reducir el estrés y el ausentismo laboral, puesto que estas dos últimas son algunas de las consecuencias que mencionamos en el capítulo anterior y que indudablemente perjudica su vida laboral y personal.

También en la revisión de la literatura se habla de una estrategia, la cual tiene por nombre engagement, que es el proceso de formación y desarrollo de creencias de eficacia, se centra en las fortalezas del individuo. Se dice que las creencias afectan el pensar y actuar creando y promoviendo la auto-motivación y la preservación. Así como producirá en los individuos estados placenteros en las áreas cognitivas, conductuales y físicas del individuo (ver tabla 17) . También tiene relación con el sexo y la edad: mayor edad mayor engagement y los hombres poseen más engagement desarrollado.

Tabla 17.

Consecuencias del Engagement

	Provocar satisfacción laboral
Consecuencias	Compromiso laboral
del	Baja intensidad de renuncia
Engagement	Desempeño exitoso en tareas y salud, Fuerte satisfacción del clima con el cliente.

Fuente retomada de Raigosa y Marín (2011).

Ahora hablaremos un poco sobre la Psicología positiva la cual se encarga de estudiar e investigan las experiencias positivas, los rasgos individuales, positivos de instituciones que facilitan el desarrollo individual de programas que ayudan a mejorar la calidad de vida, mientras previene o reduce la incidencia de patologías.

Contreras (2006) dice que una psicología positiva y emociones positivas son las que ayudan hacer una barrera contra la enfermedad. Las áreas en las que se puede aplicar la psicología positiva son: el ámbito educativo, clínico y organizacional

La modificación del ambiente es lo que reduce el estrés, maximizar las emociones positivas mejora la salud física, emocional y social. Una persona feliz tiene mayor probabilidad de ver las situaciones de forma positiva y promueve el bienestar.

Muñoz y Molina (2013) dicen que la importancia de generar estrategias de apoyo grupal son para favorecer la capacitación, la comunicación entre los funcionarios y con la familia del paciente crítico, de este manera el desgaste profesional puede ser evitado y favorecen el refuerzo positivo más allá de la carga asistencial o del entorno laboral.

Si el ambiente/contexto laboral de los profesionales se pudiera modificar, a la par de maximizar las emociones positivas, mejoraría la salud física, emocional y social, llevando a la persona a resolver situaciones estresantes de una forma mejor.

3.4 Evaluación del afrontamiento

Para conocer si un individuo utiliza estrategias de afrontamiento o no es necesario evaluarlo con diversas técnicas e instrumentos. Los cuestionarios han resultado útiles, por lo tanto a continuación se mencionan algunos de los cuestionarios que se han creado para evaluar la presencia de las estrategias de afrontamiento en los individuos.

Es importante que existan cuestionarios que evalúen la presencia de estrategias de afrontamiento, ya que esto permite conocer cuáles son las estrategias que utilizan las personas ante situaciones que le generan estrés.

González y Landeros en 2007 llevaron a cabo la validación del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Estrés (CAE), de Sandin y Charot (2003), en una población de estudiantes de México, dicho cuestionario evalúa siete estrategias de afrontamiento, que son: religión, focalización en la solución del problema, auto-focalización negativa, evitación, reevaluación positiva, expresión emocional abierta y la búsqueda de apoyo social, estas dan un total de 42 ítems (ver tabla 18)

Tabla 18. *Estrategias de afrontamiento del CAE validado para México*

Estrategia	Ítems
de afrontamiento	que integra
Focalización en la solución del problema (FSP)	1, 8, 15, 22, 29, 36
Auto-focalización negativa (AFN)	2, 9, 16, 23, 30, 37
Reevaluación positiva (REP)	3, 10, 17, 24, 31, 38
Expresión emocional abierta (EEA)	4, 11, 18, 25, 32, 39
Evitación (EVT)	5, 12, 19, 26, 33, 40
Búsqueda de apoyo social (BAS)	6, 13, 20, 27, 34, 41
Religión (RLG)	7, 14, 21, 28, 35, 42

Estrategias que integran el CAE validado en una muestra mexicana de estudiantes

La validación del CAE para México que realizaron González y Landeros en 2007, se llevó a cabo con una población de 365 estudiantes universitarios de Psicología de una Universidad del Norte de México, teniendo como media de edad a estudiantes de 20 años,

su fiabilidad fue medida con un alfa de Cronbach la cual osciló entre 0.64 y 0.92 en los siete factores que lo integran.

Por otra parte, se encuentra el “Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)” de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984), usado por Martínez, Reyes, García y González, (2006) en su versión española, en la investigación de “Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés”, el cual está integrado por 40 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, que miden el grado de uso de las estrategias de afrontamiento, las cuales se mencionan a continuación (ver tabla 19)

Tabla 19. *Tipos de afrontamiento según Tobin, Holroyd y Reynolds*

Afrontamiento activo (dirigidas a la acción)	Afrontamiento pasivo (no dirigidas a la acción)
Reestructuración cognitiva	Evitación de problemas,
Expresión de emociones	Pensamientos ansiosos
Apoyo social	Autocrítica
	Retirada social

Martínez, Reyes, García y González, (2006)

Los estudios sobre la estructura factorial del cuestionario muestran la existencia de cuatro sub-escalas secundarias (ver tabla 20)

Tabla 20. *Sub-escalas secundarias del Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd y Reynolds*

Sub-escala	Contenido
Dirigida a la acción centrada en el problema	Resolución de problemas y reestructuración cognitiva
Dirigida a la acción centrada en la emoción	Apoyo social y expresión de emociones
No dirigida a la acción centrada en el problema	Evitación de problemas y pensamientos ansiosos
No dirigida a la acción centrada en la emoción	Retirada social y autocrítica

Martínez, Reyes, García y González, (2006)

Y por último incluye dos sub-escalas terciarias dirigida a la acción y no dirigida a la acción) (Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989).

Martínez, Reyes, García y González (2006) utilizaron el CSI encontrando valores de consistencia interna (a de Cronbach) de .68 en resolución de problemas, .81 en reestructuración cognitiva, .87 en expresión de emociones, .91 en apoyo social, .55 en evitación de problemas, .63 en pensamientos ansiosos, .84 en autocrítica y .73 en retirada social.

Otro instrumento es el desarrollado por López y Marvan (2004) denominado Escala de Afrontamiento, que fue utilizada por Austria, Cruz, Herrera y Salas, en 2012, el cual se evalúan las estrategias activas, en las que se incluyen el uso de comportamientos relacionados con el problema, el análisis de las circunstancias para saber qué hacer, la reflexión de posibles soluciones, la búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, control de las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social; también están las estrategias pasivas, las cuales implicaran el uso de comportamientos como: tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera, así como retraimiento y aceptación pasiva.

Cabe destacar que se utilizó en estudios frente a riesgos extremos, además que es confiable para población mexicana, su alfa de Cronbach fue de 0.88, lo cual demuestra su consistencia interna con la que mide el afrontamiento pasivo con un (0.77); para los autores esta escala es útil en la investigación social, por lo tanto se recomienda para medir el impacto sobre las reacciones ante desastres, riesgos naturales, efectos postraumáticos y la percepción de riesgo en situaciones de peligro extremo o frente a cualquier otro; la escala fue utilizada por ellos durante la pandemia por el virus de influenza A-H1N1).

3.5 Afrontamiento en trabajadores de salud

Paris y Omar en su trabajo “Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar”, en 2009, encontraron que los médicos eligieron estrategias de afrontamiento des-adaptativas en las que se incluyeron la automedicación, el cinismo y la evasión del problema a través del tabaco o del alcohol (perjudicando potencialmente su salud); en cambio en enfermeros esta tendencia es menos frecuente, ya que ellos suelen utilizar estrategias de resolución de problemas, es decir cuando el personal de enfermería tienen problemas en su ámbito laboral intentan resolverlos directamente mediante un afrontamiento activo.

Concluyen retomando la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984), en la que mencionan que la naturaleza del estrés es subjetiva, puesto que las características personales de los individuos intervienen en las evaluaciones que haga sobre las situaciones/circunstancias que consideren amenazadoras y que además de ello no posean las estrategias adecuadas/correctas para afrontarlas, lo cual puede llevar a desestabilizar al individuo y provocarle problemas a nivel psicológico, esto a su vez tiene estrecha relación con las condiciones del ámbito laboral, con la calidad de vida laboral, del compromiso organizacional y con el grado de satisfacción laboral así como con su vida en general.

Planteamiento del problema

El Síndrome de Burnout es la respuesta al estrés laboral crónico que sufre el personal de algunas organizaciones de servicio clínico y hospitalario en la actualidad, afectando su salud, su vida social, familiar, su rendimiento laboral; a pesar de ello la persona que lo padece tiene poco reconocimiento y aceptación del Síndrome de Burnout. En el caso de los trabajadores de la salud, es importante mencionar que las manifestaciones del Síndrome pueden verse reflejadas en su trato con pacientes ya que se torna difícil y desgastante. Por lo tanto se pretende evaluar los niveles de estrés que puede estar padeciendo el personal de enfermería; identificar los factores laborales que se relacionan con el síndrome de Burnout y pueden estar manifestándose en el personal salud; describir las estrategias de afrontamiento más utilizadas y por último conocer las consecuencias que les ha traído el padecer Síndrome de Burnout.

Pregunta de investigación

¿Qué factores laborales influyen en los niveles del Síndrome de Burnout y cuáles son las estrategias de afrontamiento más usadas y las consecuencias que acarrea el síndrome en el personal de enfermería?

Justificación

El creciente problema del Síndrome de Burnout dentro de las unidades de salud genera problemas de salud integral, incluyendo enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión, así como malestares físicos como dolor de cabeza, espalda, cuello y enfermedades que tienen su origen en los sistemas endócrino, respiratorio, nervioso y

cardiovascular. De tal forma, que estas afectaciones en pueden verse reflejadas en el trato a los pacientes y en la ejecución de sus actividades laborales.

Por lo tanto, se considera de importancia identificar los factores que detonan este padecimiento; de qué forma influyen en el surgimiento del síndrome de burnout en el personal de enfermería de algunas unidades de salud y así poder brindar herramientas que puedan ser utilizadas para la identificación, medición y afrontamiento del padecimiento.

Objetivo General

Relacionar los niveles del Síndrome de Burnout con los factores laborales, las estrategias de afrontamiento y las consecuencias que presenta el personal de enfermería que labora en unidades médicas.

Objetivos Específicos

Describir los niveles del Síndrome de Burnout que padece el personal de enfermería que labora en unidades de salud.

Identificar los factores laborales que detonan el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en unidades de salud.

Identificar las consecuencias que genera el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en unidades salud.

Identificar las estrategias de afrontamiento que ha utilizado el personal de enfermería que laboran en unidades de salud.

Hipótesis

H1 = Se encontrarán altos niveles de síndrome de burnout entre el personal de enfermería.

H2 = Los factores laborales como: liderazgo, comunicación, expectativas laborales, trabajo en equipo, horarios de trabajo y carga laboral influirán en que el personal de enfermería padezca síndrome de burnout.

H3 = El síndrome de burnout se relacionará con consecuencias físicas, conductuales, afectivas y cognitivas que pueden llegar a padecer el personal de enfermería.

H4 = El Síndrome de Burnout se relacionarán con el uso de estrategias de afrontamiento, tales como: focalizado en la solución del problema, auto focalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión, en el personal de enfermería.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Síndrome de Burnout	<p>“Sensación de fracaso y existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (Gatto, 2012).</p>	<p>Se evaluó mediante el uso del instrumento elaborado por Maslach y Jackson en los años, 80’s, el cual se consta de 21 ítems, divididos en tres dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agotamiento emocional: Disminución o pérdida de recursos emocionales 2. Despersonalización Actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado 3. Realización personal reducida Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa

Se evaluó mediante el uso del cuestionario de estrategias de afrontamiento de Sandin y Charot, en el 2003 (CAE) el cual está

		integrado por 42 ítems, los cuales se dividen a
Afrontamiento	Proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. (Vázquez, Crespo & Ring)	su vez en 7 categorías: focalizado en la solución del problema, auto focalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión.
Factores Laborales	Condiciones medioambientales que tienen efectos negativos en las conductas de los trabajadores.	Cuestionario diseñado para la presente investigación, que cuenta con 23 ítems, que obtuvo un alfa de .74, el que se evaluaron: horarios de trabajo, carga y condiciones laborales, etc.
Consecuencias	Afectaciones fisiológicas, cognitivas, afectivas y conductuales que resultan de sucesos estresantes que	Se evaluarán mediante un Cuestionario diseñado para la presente investigación, que incluye un total de 21 ítems, el cual obtuvo un alfa de .84, respuestas fisiológicas, como:

viven los trabajadores.

dolores de cabeza, espalda, cuello, etc.;

cognitivas, como: cinismo, pensamientos

suicidas, etc.; afectivas como: desapego de

amigos, de familia, etc., y conductuales

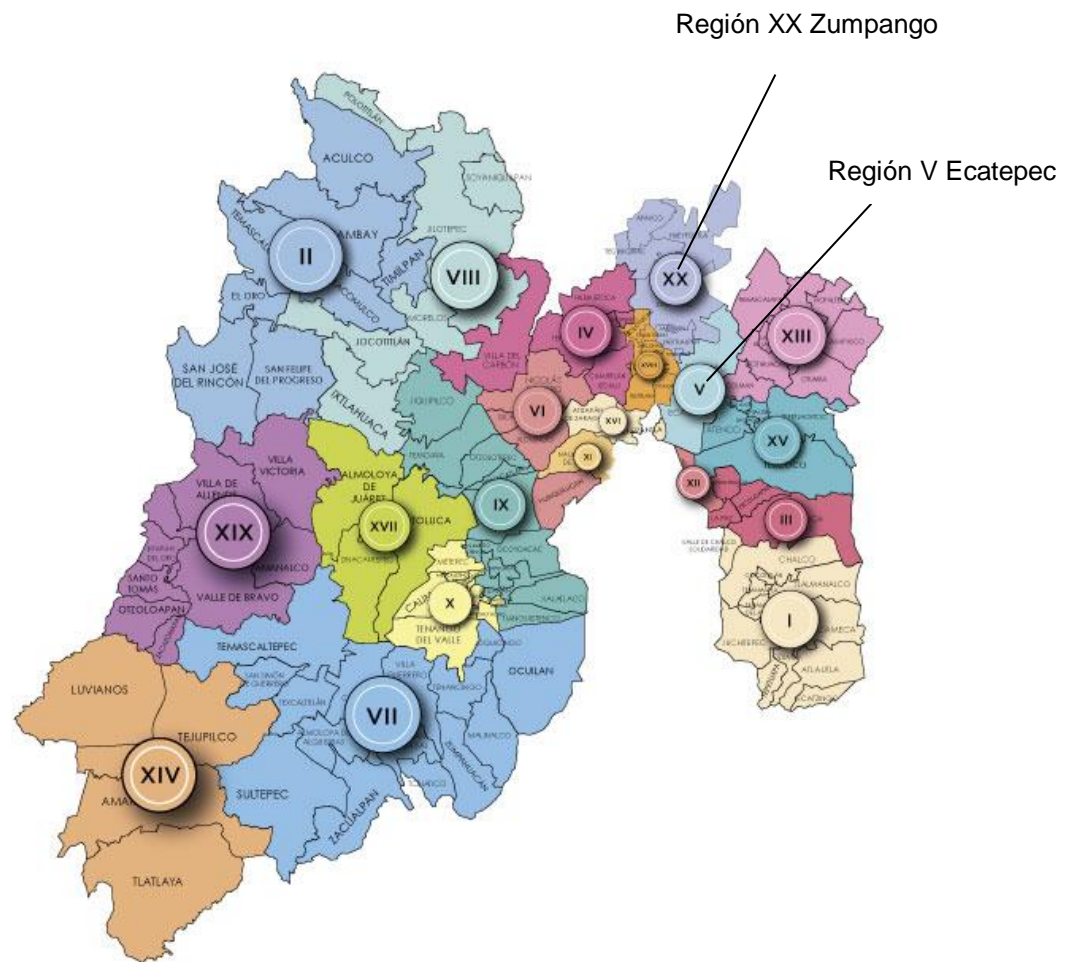
como: consumo de tabaco, drogas, alcohol,

violencia, etc.

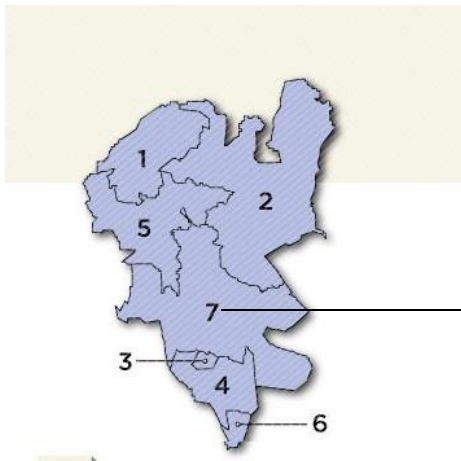
Método

Contextualización

El estudio se realizó en dos municipios diferentes del Estado de México, de la región XX de Zumpango, el municipio de Zumpango; de la región V de Ecatepec el municipio de Tecámac. Dichas regiones se localizan al noreste del Estado.



Región XX Zumpango

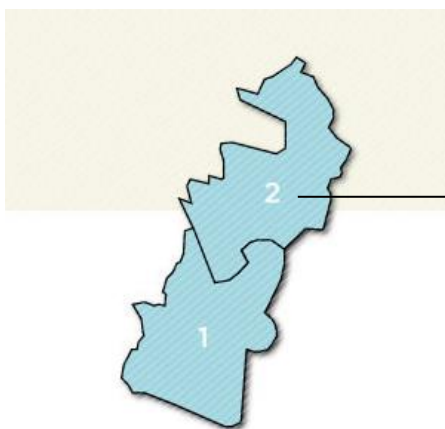


Zumpango

Municipio

1. Apaxco
2. Hueypoxtla
3. Jaltenco
4. Nextlalpan
5. Tequixquiac
6. Tonanitla
7. Zumpango

Región V Ecatepec



Tecámac

Municipio

1. Ecatepec de Morelos
2. Tecámac

De los dos municipios se tomó una muestra de enfermeras de unidades de salud pública.

Enfoque

La investigación fue de corte cuantitativo; este tipo de enfoque se caracteriza por que se llevan a cabo una serie de procesos que son secuenciales y aprobatorios. Hernández, Fernández y Baptista (2014) dicen que cada una de las etapas se debe de seguir en un orden estrictamente riguroso, debiendo evitar saltar alguna de ellas aunque claro se puede redefinir alguna de las fases que lo componen.

Algunas de las características de este enfoque son las siguientes:

- Deben de reflejar la necesidad de medir las magnitudes y temporalidades de los fenómenos.
- Una vez planteado el problema de la investigación se realizó la búsqueda de la literatura, pues permitió sustentar el trabajo que se llevaron a cabo; además de que sirvió de guía para la elaboración de un marco teórico
- Las hipótesis que apoyaron la investigación se elaboraron previamente a la recolección de datos
- Para la recolección de datos se debieron medir las variables que dan forma y estructura a la investigación, situándolas en un contexto establecido y elegido con anterioridad.
- Uno de los pasos finales de la investigación fue el análisis de datos, en este paso se capturaron los datos, se obtuvieron resultados, y se comprobaron o refutaron las hipótesis planteadas al inicio.

Por lo tanto para la investigación se describió la relación de las variables de afrontamiento, consecuencias y factores laborales y su relación al Síndrome de Burnout, evaluando los niveles del Síndrome de Burnout

Diseño y Alcance

La investigación fue no experimental con un diseño transversal con alcance correlacional.

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014) los diseños no experimentales se caracterizan por:

- Analizar cuál es el nivel o modalidad de una o diversas variables en un momento dado.
- Evaluar una situación, una comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo.
- Determinar o ubicar cual es la relación entre un unido de variables en un momento.
- No manipula las variables que se pretenden estudiar, sino, más bien se pretende observarlas y/o estudiarlas de la forma en cómo surgen o se desarrollan dentro de un ambiente natural, sin tener que interferir.
- No se tiene la necesidad de someter a los participantes a condiciones específicas para la ejecución y/o desarrollo de la investigación.

A su vez los diseños no experimentales se dividen en transversales y longitudinales.

Para fines y propósitos de esta investigación, así como diseño de la misma será de un diseño transversal.

Hernández, Fernández y Baptista (2014), dicen que el propósito de este tipo de diseño es describir variables y su incidencia durante un momento específico. De igual manera dicen que este tipo de diseño permite el uso de varios grupos o subgrupos de personas, teniendo como única condición que la recolección de los datos se lleve a cabo en un momento único.

En este caso el estudio de las variables asociadas al Síndrome de Burnout se realizó en un momento específico.

Muestra

El tamaño de la muestra estuvo formada por 37 enfermeros y enfermeras de instituciones de salud, fue no probabilística intencional; se tomaron en consideración algunas características demográficas como: el sexo, edad, estado civil, escolaridad, etc; cabe mencionar que se tomó en cuenta a todos y cada uno de los profesionales que desearon participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de inclusión

- Debieron ser profesionales de enfermería
- Debieron de tener una antigüedad mínima de 2 años
- Debieron de tener una edad mínima de 22 años
- Debieron aceptar participar de forma voluntaria

Criterios de exclusión

- No ser profesional de enfermería
- Tener menos de 2 años de antigüedad
- Ser menor de 22 años de edad

- No desear participar en la investigación

Criterios de eliminación

- Se eliminaron aquellos cuestionarios que no estuvieron debidamente contestados
 - No participaron profesionales que no desearon
- Se eliminaron a aquellos participantes que no contestaron los datos generales
- Se eliminaron a aquellos participantes que tuvieron menos de 2 años laborando como personal de enfermería
- Se eliminaron a aquellos participantes que fueron menores de 22 años de edad
 - Se eliminaron a aquellos participantes que no son profesionales de la salud (enfermería)

Instrumentos

Se utilizaron 5 instrumentos que a continuación se describen:

1. Cuestionario de datos socio-demográficos de diseños personal, en que se incluyen los datos de:

- Nombre
 - Edad
 - Sexo
- Escolaridad
- Especialidad
 - Turno

- Horario de Trabajo
- Número de personas a su cargo
- Correo electrónico, etc.

2. Cuestionario de “Maslach Burnout Inventory (MBI)” Maslach y Jackson, 1981) (ver apéndice “B”) ; es el cuestionario más usado para evaluar el Síndrome de Burnout, está integrado por 22 ítems que a su vez se subdividen en tres escalas o dimensiones:

- ✓ Agotamiento emocional que está compuesto por 9 ítems
- ✓ Despersonalización, compuesto por 5 ítems
- ✓ Realización personal, compuesto por 8 ítems

La dimensión de “agotamiento emocional” se refiere al cansancio físico y mental que suelen padecer los profesionales, esto como consecuencia del miedo que ocasiona el no saber enfrentar situaciones de exigencia y riesgo del medio en que se desarrolla por lo tanto la carga emocional, por frustración y tensión es lo que caracteriza a quienes padecen Síndrome de Burnout. Esta dimensión se integra por 9 preguntas, de las que los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 podrán sumar la puntuación máxima será de 54 puntos.

En cuanto a la dimensión de “despersonalización” incluye el trato a quienes reciben el servicio asistencial como un objeto, es decir el trato es distante, hay insensibilidad emocional y cinismo, tanto a pacientes como colegas, este tipo de trato se genera cuando

las actividades laborales diarias son tomadas y tratadas con indiferencia y negatividad o bien es la falta de adaptación del sujeto ante su ambiente laboral. La dimensión se integra por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22, la puntuación máxima será de 30 puntos.

Por último la dimensión de “realización personal” es la autoevaluación, es decir el sujeto hace una evaluación negativa de sí mismo, de su autoeficacia, de su éxito profesional, podrían existir sentimientos de frustración. Se integra por 8 ítems, los cuales son los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima será de 48 puntos.

Las opciones de respuesta son las siguientes:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Las puntuaciones bajas estarán por debajo de los 34 puntos; las puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones (cansancio emocional y despersonalización) y bajas en la tercera dimensión (realización personal) puede diagnosticar la presencia del síndrome.

Tabla 24.

Interpretación por niveles

Dimensión	Número de Ítems	Puntuación Máxima	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Cansancio emocional	9	54	< 19	19-26	≥27
Despersonalización	5	30	< 6	6-9	>9
Realización personal	8	48	≥ 40	34-39	≤33

3. Cuestionario de afrontamiento de Estrés (CAE), elaborado por Sandin & Charot (2003) y validado por: González & Landero (2007) contiene 42 ítems, con 5 opciones de respuesta, distribuidos en 7 categorías, con un alfa de Crombach que oscila entre los 0.64 y 0.92.

La forma de calificación es una escala tipo Likert de 0-4:

0= Nunca

1= Pocas veces

2= A veces

3= Frecuentemente

4= Casi siempre

A continuación se describen las categorías del cuestionario:

- Focalizado en la solución del problema (FSP), integrada por los ítems 1,8, 15, 22, 29, 36 :

Se espera que el sujeto analice las causas del problema, que piense que pasos en concreto debe seguir y de esta forma elaborar y tener un plan de acción para que de esta manera llegue a soluciones concretas.

- Auto focalización negativa (AFN), integrada por los ítems 2, 9, 16, 23, 30 y 37 :

Es auto-convencerse negativamente de que nada de lo que se hace, se hace correctamente, por lo tanto existirán sentimientos de culpa, de incapacidad y llevara a una resignación.

- Reevaluación positiva (REP), integrada por los ítems 3, 10, 17, 24, 31 y 38:

Esta categoría habla acerca de que los aspectos positivos que logren ver / sacar los aspectos positivos de la situación problemática.

- Expresión emocional abierta (EEA), integrada por los ítems 4, 11,18, 25, 32 y 39:

Es la descarga del mal humor hacia los demás en forma de insultos, hostilidad, agresiones, irritarse con la gente, luchar y desahogarse emocionalmente.

- Evitación (EVT), integrada por los ítems 5, 12, 19, 26, 33 y 40:

En esta categoría el sujeto prestará mayor atención en otras cosas, como el trabajo u otras actividades, así como salir para olvidarse del problema, practicar algún deporte o simplemente no pensar en el problema.

- Búsqueda de apoyo social (BAS), integrada por los ítems 6, 13, 20, 27, 34 y 41:

Dentro de esta categoría se incluirán los sentimientos a familiares o amigos, es decir incluye desde pedir consejos, información, ser orientado, hablar para sentirse tranquilizado, o simplemente expresar sentimientos hacia parientes o amigos.

➤ Religión (RLG), integrada por los ítems 7, 14, 21, 28, 35 y 42 :

Incluye asistir a la iglesia, poner velas, rogar para que los problemas se solucionen, rezar y confiar en que Dios remediará los problemas que se tienen, es pedir ayuda espiritual.

Para la calificación del CAE se hará la suma de los valores marcados por cada ítem según lo indique la sub-escalas mencionadas con anterioridad, cabe mencionar que las puntuaciones son de acuerdo a las siete estrategias de afrontamiento, ya que no hay una puntuación total.

4. Cuestionario de factores laborales, el cual es de diseño personal, el cual está compuesto por un total de 23 ítems, obtuvo un alfa de Cronbach de .74, en el que se incluyen aspectos tales como:

- Horarios de trabajo: en los que se pregunta sobre la carga de horarios laborales de los profesionales.
- Carga de trabajo: se refiere a las actividades varias que tendrán los profesionales dentro de su jornada laboral.
- Insumos: Materiales de uso para las actividades laborales de los profesionales de la salud
- Expectativas: logros a futuro que se esperan alcanzar
- Satisfacción laboral: agrado que tienen los profesionales hacia la ejecución de las actividades laborales que realizan
- Productividad: Grado en que se espera cumplir con estándares de productividad

- Servicio al paciente: Satisfacción y trato hacia el paciente
- Trabajo en equipo: Existencia de trabajo entre compañeros
- Comunicación: proceso por el cual se emiten las necesidades de sí mismos y de los demás
- Liderazgo: Existencia de liderazgo entre los profesionales y jefes
- Eficacia: grado en que se perciben y alcanzan de forma satisfactoria los hechos o actos realizados

La forma de calificación es una escala tipo Likert de 1, 2 y 3 puntos; las opciones de respuesta son:

1= Nunca

2= A veces

3= Siempre

A excepción de los ítems 1, 10 y 17 que son ítems invertidos, es decir puntúan de la siguiente forma:

3= Nunca

2= A veces

1= Siempre

5. Cuestionario de consecuencias, fue elaborado para la presente investigación, se incluyen preguntas sobre síntomas físicos, conductuales, afectivos y cognitivos y

que incluyen desde un dolor de cabeza, espalda, cuello hasta la depresión, desapego, etc.

El instrumento está compuesto por un total de 21 ítems, el cual obtuvo un alfa de cronbach de .84.

La forma de calificación para este cuestionario es la siguiente:

1= Nunca

2= A veces

3= Siempre

No hay ítems que puntúen de forma inversa.

Procedimiento

A continuación se mencionarán de manera puntual los pasos del procedimiento en la aplicación de la investigación:

1. Se visitaron diferentes unidades de salud para solicitar el permiso correspondiente y poder acceder a los profesionales de medicina y enfermería
2. Se explicaron los fines, propósitos y objetivos de la investigación
3. Se mencionaron algunos lineamientos y criterios para la participación
4. Se dio a conocer el aviso de privacidad,
5. Se aclaró la confidencialidad de los datos otorgado y/o emitidos por los participantes

6. Se mencionó que al final de la investigación se darán resultados si es que los participantes así lo deseaban y manifestaban el deseo de tener resultados.
7. Posteriormente se revisó cada uno de los instrumentos que fueron contestados y así descartar los que no cumplían con los criterios para ser tomados en cuenta
8. Se eliminaron aquellos cuestionarios que no cumplían con los criterios antes mencionados de respuesta
9. Se procedió a vaciar datos, utilizando el programa estadístico SPSS versión 23, dividiendo cada uno de los cuestionarios de acuerdo a las opciones de respuesta
10. Se realizaron los cálculos necesarios para obtener los resultados de cada uno de los cuestionarios por participantes

Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta para la realización de esta investigación se basaron en el Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (APA, 2010), las cuales se enlistan a continuación:

- Comprensión hacia el personal de la salud que no deseen participar en la investigación
- Respeto a la hora de emitir algún tipo de juicio acerca de problemáticas expuesta por alguno de los participantes con respecto al Síndrome de Burnout
- Responsabilidad en el manejo de los datos proporcionados por los participantes en la elaboración del análisis de datos así como en la devolución de resultados a los participantes, si ellos así lo desean y manifiestan al concluir la recolección de datos y la investigación.

Se les proporcionó a los participantes un aviso de confidencialidad previo a la recolección de datos para que estuviesen informados sobre los fines y propósitos de la información e investigación.

Se protegió en todo momento la identidad de los participantes ya que no se revelaron las identidades de ningún participante.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 23, el cual se caracteriza por ser un software que permite el análisis y manejo de una gran cantidad de datos e información.

Se procedió al vaciado de datos de cada uno de los instrumentos aplicados, por participante; los datos sociodemográficos que se tomaron en cuenta fueron la edad, sexo, estado civil, número de hijos, especialidad, número de personas a su cargo, número de horas laboradas a la semana, minutos que les toma llegar de casa al trabajo, etc.

La captura de las respuestas emitidas por cada uno de los participantes se llevó a cabo dependiendo de las opciones de respuesta para cada una de las variables de la investigación (síndrome de burnout; factores laborales-causas; estrategias de afrontamiento y consecuencias) se tomaron en cuenta los criterios de eliminación que se mencionaron con anterioridad para dicho vaciado y clasificado.

Se realizó el cálculo de los resultados para cada una de las sub-áreas o categorías de cada uno de los cuestionarios.

Para el Síndrome de Burnout se calculó cuál de las dimensiones eran las que obtenían mayor puntuación, ya sea agotamiento emocional, despersonalización o realización personal; una vez obtenido estos puntajes se pudo conocer cuál es el nivel de estrés que padece el personal de enfermería.

La siguiente variable a conocer fue el afrontamiento, los resultados arrojaron cuál de las 7 categorías de afrontamiento son las que utilizan el personal de enfermería antes situaciones que les generan estrés.

La siguiente variable de la que obtuvieron resultados fueron las causas/factores laborales y, por último, las consecuencias que sufren y/o padecen el personal de medicina y enfermería de algunas unidades de salud.

Posteriormente se realizaron los cálculos para conocer los datos estadísticos descriptivos de la muestra, media y desviación estándar, primero de forma general y posteriormente haciendo la división de acuerdo a la ocupación: profesionales de enfermería

Posteriormente se utilizó el coeficiente de correlación “r” de Pearson para conocer la relación que existe entre el Síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento; la relación del Síndrome de Burnout con las causas; la relación del Síndrome de Burnout con las consecuencias

Resultados

Para la ejecución de la presente investigación se contó con la participación de 37 profesionales de la salud, es decir enfermeras y enfermeros, quienes laboran en los municipios de Zumpango y Tecámac, ambos pertenecientes a la parte noreste del Estado de México, de los cuales 26 participantes fueron mujeres y 11 hombres; cuyo rango de edad

fue de entre los 23 y 65 años. Algunos de los factores sociodemográficos que se tomaron en cuenta se muestran en la siguiente tabla (ver tabla 21).

Tabla 21. *Porcentaje de datos sociodemográficos*

Variable	Porcentaje	
Sexo	Femenino	70.3
	Masculino	29.7
Religión	Católico	67.6
	Creyente	10.8
	Otro	21.6
Estado civil	Casado	48.6
	Soltero	43.2
	Unión libre	8.1
Escolaridad	Técnico	43.2
	Licenciatura	48.6
	Maestría	8.1
Turno	Matutino	48.6
	Vespertino	45.9
	Mixto	2.7
	Nocturno	2.7
Municipio	Tecámac	78.4
	Zumpango	21.6

Se contó con una muestra del 70.3% de participantes del sexo femenino y 29.7% del sexo masculino de profesionales de la salud; 67.6% profesan la religión católica, el 10.8% es creyente y el 21.6% restante profesan una religión distinta; 48.6% es casado; 43.2 son solteros y el 8.1% vive en unión libre; cuentan con nivel técnico el 43.2%, nivel licenciatura el 48.6% y el 8.1% nivel maestría; el 48.6% laboran en un turno matutino, el 45.9% en un turno vespertino, en turno mixto y nocturno 2.7% respectivamente para cada uno; el 78.4% son del municipio de Tecámac y el 21.6% de Zumpango.

En la tabla 22 se observan las medias de algunos datos sociodemográficos tomados en cuenta para conocer la presencia del síndrome de burnout.

Tabla 22. *Promedio de datos sociodemográficos*

Variable	Promedio	Mínimo	Máximo
Número de hijos	1.30	0	3
Número de personas a su cargo	.95	0	9
Número de horas laboradas a la semana	40.70	8	56
Antigüedad	10.65	1	38
Tiempo en minutos de casa al trabajo	46.62	10	120

El promedio de hijos de los profesionales de la salud es de 1.30; para el número de personas a su cargo es de 0 personas; el número de horas laboradas a la semana es de 40.70 horas; mientras que para la antigüedad es de 10.65 años y por último el promedio que realizan de casa al trabajo es de 46.62 minutos aproximadamente.

Para la presente investigación se tomaron 4 variables: síndrome de burnout, estrategias de afrontamientos, causas/factores laborales y consecuencias, a continuación se presentan los resultados.

Como se ha mencionado, para la medición del síndrome de burnout se evaluaron tres dimensiones: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal, por lo que me muestran sus resultados (ver tabla 3)

Tabla 23. *Promedio de las dimensiones del Síndrome de Burnout*

Dimensión	Media	Desviación Estándar	Nivel de Burnout
Realización personal	35.78	8.3	Medio
Cansancio Emocional	10.70	9.6	Bajo
Despersonalización	4.8	4.9	Bajo

Como se puede apreciar en la Tabla 3 que muestra los resultados por grupo, la dimensión de realización personal es la dimensión que obtuvo la media más alta 35.78 y DE= 8.3, ubicándose en el nivel medio de burnout, por lo tanto los profesionales de la salud hacen una evaluación negativa de sí mismos y de su éxito profesional sintiendo frustración; posteriormente vienen el cansancio emocional, en la que hay una media de 10.70 y DE=

9.6, se ubica por lo tanto en un nivel bajo de burnout, los profesionales experimentan poco cansancio físico y mental; por último experimentan la despersonalización con una media de 4.8, DE= 4.9, por lo que se ubica en el nivel bajo de burnout por lo tanto hay poca insensibilidad, cinismo, falta de adaptación, etc.

Tabla 24. *Porcentajes por dimensión y nivel del Síndrome de Burnout*

Nivel	Cansancio		Despersonalización		Realización	
	Emocional	%		%	Personal	%
	n		n		N	
Bajo	31	83.8	25	67.6	14	37.8
Medio	4	10.8	4	10.8	12	32.4
Alto	2	5.4	8	21.6	11	29.7

En la Tabla 24 se muestran los resultados de las dimensiones que componen y evalúan la presencia del Síndrome de Burnout, así como los niveles obtenidos que padecen los profesionales de la salud, es decir 31 profesionales de la salud presenta un nivel bajo de cansancio emocional siendo el 83.8%; 25 profesionales el nivel bajo de despersonalización, 67.6 % y 14 de ellos nivel bajo de realización personal con 37.8 %. Para el nivel medio de cansancio emocional encontramos que sólo 4 de los profesionales lo presentan, con 10.8%, para el nivel medio de despersonalización de igual manera 4 de los profesionales se ubican con 10.8% y 12 profesionales en el nivel medio de realización personal con 32.4%. Por ultimo para el nivel bajo de cansancio emocional hay 2 profesionales con 5.4%, 8 profesionales con nivel bajo de despersonalización, el 21.6 y 11 profesionales con nivel bajo de realización personal con 29.7%.

Es decir el nivel el bajo predomina en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización.

Por otro lado la falta de realización personal se distribuye entre los niveles bajo, medio y alto.

Ahora mencionemos los resultados de la segunda variable, que son las 7 estrategias de afrontamiento (ver tabla 25).

Tabla 25. *Puntuaciones de Estrategias de Afrontamiento*

Estrategias de Afrontamiento	Media	DE	Mínimo	Máximo
Focalización en la solución del problema	15.03	4.92	4	24
Reevaluación positiva	14.11	4.12	0	14
Evitación	10.16	4.73	0	17
Búsqueda de apoyo social	9.46	6.43	0	24
Religión	7.54	6.05	0	22
Auto focalización negativa	6.59	3.65	0	14
Expresión emocional abierta	6.59	3.12	0	13

En la Tabla 25. Las estrategias de afrontamiento que obtuvieron medias y desviaciones estándar más altas son las siguientes: focalización en la solución del problema (Media = 15.03 y DE= 4.92); posteriormente la reevaluación positiva (Media = 14.11 y DE= 4.12); la evitación (Media = 10.16, DE=4.73) y por último la búsqueda de apoyo social (Media = 9.46 y DE= 6.43).

A continuación se muestran las puntuaciones de las correlaciones entre las variables de afrontamiento y el síndrome de burnout

Tabla 26. *Correlación de las dimensiones del síndrome de burnout con las estrategias de afrontamiento*

Estrategia de Afrontamiento	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización personal
Focalización en la solución del problema	-.154	-.169	.324*
Auto focalización negativa	.415**	.508**	-.306*
Reevaluación positiva	-.132	-.178	.272
Expresión emocional abierta	.339*	.331*	-.211
Evitación	.012	.032	.103
Búsqueda de apoyo social	.153	.300*	.103
Religión	-.054	-.126	-.162

Podemos encontrar de acuerdo a la tabla anterior que el cansancio emocional correlaciona moderadamente, con la auto focalización negativa, y la expresión emocional abierta, es decir que cuando los profesionales de la salud presentan cansancio emocional, suelen utilizar la auto-focalización negativa y la expresión emocional abierta.

Para la dimensión de despersonalización se observa una la correlación media con la auto-focalización negativa, la expresión emocional abierta y con la búsqueda de apoyo social. Los profesionales de la salud emplean dichas estrategias de afrontamiento cuando experimenta despersonalización.

Mientras que para la tercera dimensión de realización personal se presenta una correlación positiva con Focalización en la solución del problema; y una correlación negativa con Autofocalización negativa. Lo cual indica que cuando existe mayor realización personal se utiliza más la focalización en la solución de problemas, y se utiliza menos la autofocalización negativa.

Tabla 27. *Factores laborales como estresores*

Causas	Media	Desviación		
		Estándar	Mínimo	Máximo
Eficacia	5.07	1.169	3	8
Satisfacción laboral	3.55	.926	3	7
Insumos	3.27	1.169	2	6
Burocracia	3.16	.680	2	4
Carga de trabajo	2.82	.995	2	5

Productividad	2.64	.780	2	4
Liderazgo	2.05	.608	1	3
Trabajo en equipo	2.02	.457	1	3
Comunicación	2.00	.482	1	3
Remuneración	1.73	.585	1	3
Apoyo institucional	1.68	.518	1	3
Relación entre compañeros	1.50	.629	1	3
Expectativas	1.45	.504	1	2
Servicio al cliente	1.20	.509	1	3
Horario	1.14	.347	1	2

En la tabla 28 de factores laborales como estresores, se observan las medias y DE obtenidas en cada factor; encontrando que las mayores puntuaciones se dan en los siguientes: Eficacia (Media = 5.07), insumos (Media = 3.27) y satisfacción laboral (Media = 3.55). Lo cual indica que las enfermeras consideran que se estresan cuando perciben ineficacia (esfuerzo inútil, impotencia ante la falta de resultados, tareas repetitivas); falta de insumos para realizar su trabajo; e insatisfacción laboral (trabajo pesado, deseos de dedicarse a otra actividad).

Tabla 28. Correlación de dimensiones del síndrome de burnout con factores laborales (resumen)

Causas/Factores	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Trabajo en equipo	.400**	.316*	-.434**
Comunicación	.362*	_____	-.387**
Eficacia	.330*	.444**	_____

Relación entre compañeros	.408**	_____	-.403**
Carga de trabajo	.325*	_____	-.429**
Horas	.430**	_____	_____
Insumos	.403**	.362*	-.462**
Satisfacción laboral	.529**	_____	-.500**
Productividad	_____	.372*	_____
	_____	.384*	_____
Burocracia	_____	.327*	_____
Carga de trabajo	_____	.411**	_____
Expectativas	_____	_____	-
Servicio al cliente			.356*

En la tabla anterior (28) se aprecia que cuando los profesionales de la salud experimentan mayor cansancio emocional se asocia a las siguientes causas/factores: satisfacción laboral, con las horas laboradas, la relación entre compañeros, los insumos, el trabajo en equipo, la comunicación, la eficacia y la carga de trabajo.

Por otro lado, se observa que a mayor grado de despersonalización se relaciona con las expectativas laborales, con la eficacia, con la burocracia, con la productividad, con los insumos, con la carga de trabajo y con el trabajo en equipo

En cuanto a la evaluación de la realización personal que hacen los profesionales de la salud se deberá a la poca satisfacción laboral, a la carencia de insumos, al deficiente trabajo en equipo, al exceso de la carga de trabajo, a las inadecuadas relaciones entre compañero, de igual manera a la inadecuada comunicación y el servicio al cliente.

Posteriormente se analizaron las consecuencias del Síndrome de Burnout que identifica el personal de enfermería. De acuerdo a la tabla 29 las medias más altas son las consecuencias físicas (Media = 9.89) y las consecuencias afectivas (Media = 9.22).

Tabla 29.

Consecuencias percibidas del síndrome de burnout en el personal de enfermería

Consecuencias	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Físicas	9.89	2.5	6	15
Afectivas	9.22	2.5	6	16
Cognitivas	7.16	1.7	5	11

Conductuales	6.70	1.6	5	12
--------------	------	-----	---	----

Asimismo, se utilizó la correlación de Pearson para analizar la relación entre las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del Síndrome de Burnout con las puntuaciones obtenidas en cada tipo de consecuencias.

Tabla 30.

Correlación del Síndrome de burnout con consecuencias

Consecuencias	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Físicas	.503**	.263	-.344*
Conductuales	.384*	.238	-.102
Cognitivas	.422**	.390**	-.388**
Afectivas	.485**	.537**	-.506**

De acuerdo a la Tabla 30 el cansancio emocional provoca en los profesionales de la salud consecuencias físicas, es decir experimentarían dolores en el cuerpo, colitis, gastritis, etc. En segundo lugar experimentarían consecuencias afectivas es decir presentarían baja autoestima, desapego, conflictos en casa, irritabilidad, etc. En tercer lugar las consecuencias cognitivas, por lo que se hace presente la autocrítica, la menos valoración del trabajo, la incertidumbre, etc. Y por último las consecuencias conductuales, tales como, el alcoholismo, tabaquismo, insomnio, etc.

En cuanto a la dimensión de despersonalización las consecuencias con mayor significancia son las afectivas y las cognitivas.

Y por último, la realización personal se relaciona negativamente con las consecuencias afectivas, con las consecuencias cognitivas y con las consecuencias físicas, en el personal de salud; en este caso no existe relación significativa con las consecuencias conductuales.

Discusión

El objetivo general de la presente investigación fue “relacionar los niveles del Síndrome de Burnout con los factores laborales y las estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería de algunas unidades médicas”, Por lo tanto se realizó la evaluación a 37 enfermeras y enfermeros de los municipios de Tecámac y Zumpango de Ocampo, ambos pertenecientes al Estado de México.

El síndrome de burnout es definido como la: “reacción extrema debido a situaciones adversas que limitan al individuo y desencadenan reacciones negativas, que afectan su desempeño” (Díaz, 2013). Álvarez en el 2007 dijo que el síndrome de burnout, es un estado de alerta que experimenta el ser humano frente a exigencias, tensiones, peligro interno y externo que le generan alteraciones psicosomáticas.

De acuerdo a lo revisado en la literatura y a lo evaluado se define al Síndrome de Burnout como el estado que afecta la salud física y mental de quien lo padece, al principio la sintomatología será poco perceptible, afectando y limitando las áreas de desarrollo del individuo y causando afecciones importantes y/o potencialmente de riesgo, ya que el sólo hecho de ser experimentado por profesionistas de la salud ya es un problema de carácter social y sanitario puesto que al no poseer salud física la calidad en el servicio prestado

hacia la población será deficiente, de mala calidad, reflejando poca ética y profesionalismo en sus actividades cotidianas de trabajo.

Se pensaría que al ser profesionales de la salud sería más fácil la identificación, el diagnóstico y reconocimiento de forma voluntaria, ya que se considera alarmante que al ser profesionales de la salud y estar familiarizados con dificultades o circunstancias potencialmente patológicas o de enfermedad, y al padecerlas son más propensos a poner en riesgo su trabajo.

De acuerdo a los resultados en los profesionales de enfermería el nivel de Burnout puntúa bajo, dentro de este nivel encontramos a la dimensión de despersonalización con 21.6%, al cansancio emocional con un 5.4% y con un 38.8% a la realización personal, siendo ésta la que se debe de prestar mayor importancia por los profesionales de la salud.

Recordemos que para encontrar altos niveles de síndrome de burnout se deberá a que el cansancio emocional puntúa con un máximo de 54 puntos y la despersonalización con un máximo de 30 puntos en cambio la realización personal con un máximo de 48 puntos. Por lo tanto encontramos que entre el personal de enfermería el cansancio emocional y la despersonalización están en un nivel bajo y la realización personal en un nivel medio por lo tanto la presencia del síndrome de burnout es bajo.

En cuanto al afrontamiento Montoya y Moreno en 2012, indican que las estrategias son los esfuerzos cognitivos y conductuales se ponen en marcha para manejar las demandas internas y externas que el sujeto considere excesivas y desbordantes, es decir esas demandas serán reguladas por el comportamiento en conjunto con las estrategias de

afrontamiento que el sujeto ejecute de acuerdo a los recursos que el medio social y la cultura le ofrezcan.

En cambio Valdez, Austria, Herrera, Vázquez, Vega y Salas, en 2010, hablan sobre las estrategias activas de afrontamiento, dicen que son un factor protector ante el síndrome de burnout, las cuales ejercen un papel protector ante el dicho padecimiento, pero no de forma total puesto que no protegen al personal de una despersonalización, el decremento de la realización personal y a su vez el desarrollo global del síndrome.

En la presente investigación se encontró que las estrategias de afrontamientos que utilizan los profesionales de la salud con mayor frecuencia son: focalización en la solución del problema, posteriormente la reevaluación positiva, la evitación y la búsqueda de apoyo social.

Asimismo, se encontró que las estrategias que se relacionan significativamente con el Síndrome de Burnout son: la focalización en la solución del problema, la expresión emocional abierta, la búsqueda de apoyo social y de forma negativa la auto-focalización negativa.

Por lo tanto entre los profesionales de la salud llegan a emplear para contrarrestar los efectos de la despersonalización y de una inadecuada realización personal. la focalización en la solución del problema, la búsqueda de apoyo social y la expresión emocional abierta, siendo su forma de reaccionar el desahogo de las emociones de mal humor, la expresión de insultos, la irritabilidad, hostilidad y signos de lucha con las personas que les rodean, etc.

A continuación se hace referencia a la relación estrategias de las estrategias de afrontamiento con las dimensiones del síndrome de burnout; es decir se encontró que el personal de enfermería usa determinadas estrategias de afrontamiento de acuerdo con la dimensión que integra el síndrome, por ejemplo en la dimensión de despersonalización el

personal de enfermería emplearán la estrategia de focalización en la solución del problema y/o reevaluación positiva.

Entonces los profesionales de enfermería al experimentar cansancio emocional emplean la auto-focalización negativa y la expresión emocional abierta mientras que en las estrategias de expresión emocional abierta, la auto-focalización emocional abierta y la búsqueda de apoyo social son empleadas cuando hay despersonalización.

En cuanto a la dimensión de realización personal la estrategia empleada de forma positiva es la focalización en la solución del problema mientras que de forma negativa es empleada la auto-focalización negativa. Esto se podría deber a que el personal de enfermería emplea sus esfuerzos cognitivos en dirección opuesta a la esperada; lo que se genera por algunas causas dentro de los espacios laborales en los que se desarrollan los profesionales para manejar las situaciones que dan pie al desarrollo del síndrome de burnout;

En esta investigación se evaluaron 13 categorías dentro de las causas/factores, las cuales fueron: las expectativas, el trabajo en equipo, la eficacia, la comunicación, el liderazgo, la relación entre compañeros, la satisfacción laboral, la burocracia, la carga de trabajo, los horarios, los insumos, la satisfacción laboral, el apoyo institucional, la remuneración y la productividad, encontrando que las enfermeras perciben con mayor frecuencia la falta de eficacia, carencia de insumos e insatisfacción laboral.

Los niveles de burnout que experimentan los profesionales de enfermería relacionaron con las siguientes causas/factores: el trabajo en equipo, la relación entre compañeros, los horarios de trabajo, los insumos, la satisfacción laboral, la eficacia y las expectativas

laborales. La influencia de estos factores también depende de la dimensión del Síndrome de Burnout que se esté abordando, por ejemplo en la dimensión de cansancio sobresale la insatisfacción laboral, horarios desagradables, relación con los compañeros y el trabajo en equipo; en la dimensión de despersonalización destacan las expectativas insatisfechas y la ineficacia; por último, la realización personal disminuye ante la presencia de la insatisfacción laboral, carencia de insumos, trabajo en equipo deficiente, carga de trabajo excesiva en poco tiempo, y relaciones desagradables con los compañeros.

Por lo anterior, se está de acuerdo de manera parcial con lo dicho por Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez en 2013 acerca de que el personal de enfermería es el más afectado por causas tales como la burocracia, feedback, la relación paciente-familia, el contacto directo con el paciente, el exceso de pacientes, la relación con superiores, compañeros y por los servicios que prestan, se encontró que la burocracia, la carga de trabajo, el liderazgo y la relación entre compañeros son las causas que originan el Síndrome.

Lo dicho por Gatto en 2012, que el Síndrome de Burnout afectará al personal de medicina que sea sometido a las siguientes causas: contacto continuo con pacientes, la necesidad de estar actualizados, carga emocional a la que se debe de hacer frente, complejidad de la especialidad, dificultad del trabajo en equipo, etc. Se encontró que la carga emocional y la dificultad en el trabajo influye en el desarrollo del Síndrome.

Se consideró que las causas de “satisfacción laboral, la relación entre compañeros, los insumos y el trabajo en equipo” son las causas principales que pudieron generar síntomas leves del síndrome de burnout en profesionales de la salud ya que dentro de la eficacia se evaluó sentimientos de frustración, e impotencia ante casos que los profesionales

consideran de poco o nulo avance, así como el tiempo en el que realizan su trabajo y los insumos para la ejecución del mismo les son insuficientes y esto les genera frustración impidiéndoles su desarrollo en el trabajo. Esto sin duda alguna les genera consecuencias en diferentes niveles, ya sea a nivel físico, emocional, cognitivo y conductual.

Entre los participantes las consecuencias físicas son las de mayor frecuencia, seguidas de las consecuencias afectivas, cognitivas y conductuales. Dentro de las consecuencias físicas se incluyen padecimientos como: dolor corporal, malestar estomacal, colitis, gastritis y fatiga. Las consecuencias afectivas se refieren a cambios de ánimo, irritabilidad, baja autoestima, conflictos en casa, agotamiento emocional y en el peor de los casos depresión; mientras que para las consecuencias cognitivas: la autocrítica, la menos valoración del trabajo, los sentimientos de amenaza, la incertidumbre y la falta de atención son las presentes. Por último en las consecuencias conductuales el desapego hacia el trabajo, la ausencia laboral, las adicciones, el insomnio y falta de apetito se experimentan entre el persona

Conclusiones

Se concluye señalando que el objetivo general y los objetivos específicos se cumplieron de manera satisfactoria.

Se describieron los niveles del Síndrome de Burnout que padece el personal de enfermería que labora en unidades médicas, encontrando que el nivel de Síndrome de Burnout con mayor puntuación entre el personal de enfermería es el nivel bajo

Se identificaron los factores laborales que detonan el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en unidades médicas, entre los que destacan: la eficacia, las expectativas laborales, la relación entre compañeros, la satisfacción laboral, el trabajo en equipo, las horas laboradas y los insumos

Se identificaron las consecuencias que genera el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en unidades médicas, mostrando las consecuencias físicas serán las más frecuentes seguidas de las consecuencias afectivas, cognitivas y conductuales

Se identificaron las estrategias de afrontamiento que ha utilizado el personal de enfermería que laboran en unidades médicas, mostrando que las que se utilizan con mayor frecuencia son la focalización en la solución del problema, la expresión emocional abierta y la búsqueda de apoyo social.

En cuanto a las hipótesis:

Se rechaza la $H1 =$ *Se encontrarán altos niveles de síndrome de burnout entre el personal de enfermería*; ya que no se encontraron altos niveles de Burnout en el personal

H2= Los factores laborales como: liderazgo, comunicación, expectativas laborales, trabajo en equipo, horarios de trabajo y carga laboral influirán en que el personal de enfermería padezca Síndrome de Burnout.

La segunda hipótesis se acepta de forma parcial ya que los factores laborales como el trabajo en equipo, las horas laboradas u horarios y las expectativas laborales influyen en que el personal padezca Síndrome de Burnout.

Se aprueba la *H3=El síndrome de burnout se relacionará con consecuencias físicas, conductuales, afectivas y cognitivas que pueden llegar a padecer el personal de enfermería, ya que dichas consecuencias si se presentan entre el personal de enfermería.*

H4= El Síndrome de Burnout se relacionará con el uso de estrategias de afrontamiento, tales como: focalizado en la solución del problema, auto focalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión, en el personal de enfermería.

La última hipótesis también se acepta de forma parcial ya que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los profesionales son la auto-focalización negativa, la expresión emocional abierta y la búsqueda de apoyo social.

De las aportaciones que hace la presente investigación está, que los profesionales de la salud al ser considerados de valor por la sociedad al salvar vidas, al estar al cuidado de las personas que requieren de apoyo, de ser cuidadas y tratadas mientras recuperan su salud, física, afectiva, cognitiva y conductual se ve deteriorada, tomada de poco valor, tanto para sí mismos como para los espacios en los que laboran, puesto que los factores laborales como la comunicación, el liderazgo, las expectativas laborales, el trabajo en equipo, la satisfacción laboral, influyen en que se

desarrolle el síndrome de burnout y este pueda llegar a formar parte de sus vidas; por lo tanto la salud , que es considera por la OMS como el estado de bienestar, y de la cual ellos en gran medida son promotores no lo poseen.

Sin embargo se encontró que ante situaciones desencadenantes al desarrollo del Síndrome de Burnout los profesionales sí emplean estrategias de afrontamiento, lo que les ha permitido manejar algunas situaciones, pero no de forma adecuada puesto que su salud física se encuentra deteriorada.

La presente investigación pretendió conocer cuáles son las causas y consecuencias que el Síndrome de Burnout provoca en el personal de enfermería y al no encontrarse los instrumentos validados para la población mexicana y que evaluaran los objetivos se procedió a realizar dos instrumentos, uno que permitiera evaluar las consecuencias físicas, afectivas, cognitivas y conductuales y otro la evaluación de los factores laborales; para ambos instrumentos se realizó el pilotaje, el jueceo, validez y confiabilidad.

Por lo tanto el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería es el estado que de forma paulatina afectará la salud de los profesionales, sus espacios de trabajo, su trabajo mismo y se ira manifestando en señales de alerta, como las físicas, en dolores de cabeza frecuentes, de cuerpo, etc; afectivas, como depresión, irritabilidad, etc; conductuales, como el desapego hacia el trabajo, consumo de drogas, etc; y cognitivas, como la autocrítica, la incertidumbre, etc. Lo que se deberá a la carga de trabajo, a los pocos insumos para la ejecución de sus actividades laborales, a la inadecuada relación entre compañeros, así como la comunicación, una ausencia de liderazgo, afectando su productividad y su satisfacción laboral, repercutiendo en su desarrollo personal y profesional.

Se sugiere aumentar la muestra del personal de enfermería y realizar una comparación con más especialistas de la salud para conocer la existencia de los niveles medios o altos del Síndrome de Burnout así como sus causas y consecuencias.

Referencias

Austria, Cruz, Herrera & Salas. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y Síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11 (1), 197-206.

Ávila, J. Gómez, L. & Montiel, Marlen. (2010) Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, 8 (15), 39-52.

Aguirre, K.D. (2013). Síndrome del quemado por el trabajo- Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra. Tesis para optar por el título de Psicóloga Organizacional. Universidad de las Américas. Facultad de Ciencias.

Ballesteros, S. (2012). Factores asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital básico del País Vasco: Un estudio cualitativo, *Medicina y Seguridad del trabajo*, 58 (229),294-302.

Barrón, E. (2015). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en unidades de primer y segundo nivel de atención. Universidad de Querétaro. Facultad de enfermería.

Bernaldo. Labrador. Piccini. Gomez & Cerdeira. (2014). Violencia laboral en urgencias extra hospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clínica y salud*. 25 (1), 11-18.

Carrillo, R. Gómez, K & Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica, *Medicina Interna de México*, 28 (6), 579-584.

Castañeda, E. & García, J. (2010) Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo, 39, 67-84.

Felipe & León (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Universidad de Extremadura, España 10 (2), 245-257

Ferrer, M. Caballo, M. Fernández, L. Pérez, I. Serrano, C& Villar, B, (2014). Empowerment en el ámbito sanitario, *Reiducra*. 3 (1), 3-10.

Flores, N. Jenaro, C. Cruz, M. Vega, V & Pérez, M.C, (2013). Síndrome de bournout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. *Pensando Psicología*. 9 (16), 7-21.

Gatto, M, E. (2012). Síndrome de Burnout en profesionales médicos de Oncología.

García, C. Carreón, J. Hernández, J & Morales, M,L, (2014). Contraste de un modelo de compromiso laboral en cetros de salud pública, *Red de revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 2(1), 48-59.

González & Landeros. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Validación en una Muestra Mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12 (2), 189-198.

Hernández, A,I. Ortega, R, P & Reild, L, M. (2012). Validación del instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos. *EN-CLAVES del pensamiento*, año VI. (11). 113-129.

Lastra, M. (2000). El trabajo en la historia. 28 de marzo de 2015, de Videoteca Jurídica Virtual

Sitio web: <http://www.juridicas.unam.mx/invest/directorio/autor.htm?p=lastra>

Martínez, Reyes, García, González (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*. 18 (1), 66-72

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución Conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de comunicación Vivat Academia*, (112), 42-80.

Martínez, J.P. Méndez, I. Secanilla, E. Benavente, A & Gracia, J. (2014) Bournout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health Psychologyon Education*. 4 (1), 41-53.

Montoya & Moreno. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*. 29 (1), 204-227.

Moreno, B. & Baez. C. (2013) Factores y riesgos psicosociales formas , consecuencias, medidas y buenas practicas

Moscoso, M. El estrés crónico y la terapia cognitiva centrada en Mindfulness: una nueva dimensión en Psicoimmunología, Universidad de Lima ISSN 1560-6139, 11-29.

Muñoz, M & Molina, P(2013). Síndrome de Bournout en el equipo de trabajo de cuidados intensivos Concepción, *Revista Chilena de Medicina Intensiva 2013*, 28 (1), 13-18.

Paris & Omar (2009) Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*. 19(2), 167-175,

Raigosa, D & Marín, B, (2011). Formación en creencias de eficacia. Una propuesta para reducir el burnout optimizar los niveles de engagement en empleados. *International Journal of Psychological Research*, 3 (2), 86-92.

Sandin & Charot. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. Universidad Nacional de Educación a Distancia, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 39-54.

Torres, B. & Guarino, L. (2012) Diferencias individuales y *burnout* en médicos oncólogos venezolanos. *12* (1), 95-104.

Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda (2010) . Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *12* (1), 7-24.

Valdez. Austria. Herrera. Vázquez. Vega & Salas (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax*. 69 (3). 137-14

Apéndices

Apéndice “A”

Cuestionario de datos socio-demográficos

Nombre completo: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Teléfono: _____ Religión: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil: _____ No. de hijos: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Puesto dentro del Instituto: _____

Especialidad: _____

No. de personas a su cargo: _____

Turno: _____ Días laborados: _____

No. de horas laboradas al día: _____

Horario de trabajo: _____

Años laborados (antigüedad): _____

Distancia en tiempo de su trabajo – casa: _____

Apéndice “B”

Cuestionario de “Maslach Burnout Inventory (MBI)”

Instrucciones: Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

Preguntas	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está Desgastando							
9. Siento que estoy influyendo							
10. positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
11. Siento que me he hecho más duro con la gente							
12. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
13. Me siento con mucha energía en mi Trabajo							
14. Me siento frustrado en mi trabajo							
15. Siento que estoy demasiado tiempo en mi Trabajo							
16. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
17. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							

Apéndice "C"

Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)

Bonifacio Sandín y Paloma Chorot

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida usted. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés.*

Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.

Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que usted. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [*aproximadamente durante el pasado año*].

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado *habitualmente* ante situaciones de estrés?

Pregunta	0	1	2	3	4
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4. Descargué mi mal humor con los demás					
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7. Asistí a la Iglesia					
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10. Intenté sacar algo positivo del problema					
11. Insulté a ciertas personas					
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					
16. Comprendí que yo fiji el principal causante del problema					
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18. Me comporté de forma hostil con los demás					
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema					
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25. Agredí a algunas personas					
26. Procuré no pensar en el problema					
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»					
32. Me irrité con alguna gente					
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir					
35. Recé					
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos					
40. Intenté olvidarme de todo					
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos					

Apéndice “D”

Cuestionario de factores laborales

INSTRUCCIONES: De la siguiente lista selecciona la frecuencia con la que se han presentado en tu vida en los últimos meses

Afirmaciones	Nunca	A veces	Siempre
Expectativas			
1. Considero que mis expectativas laborales se han cumplido satisfactoriamente			
Trabajo En Equipo			
2. Dentro de mi unidad médica el trabajo en equipo es deficiente			
Comunicación			
3. Dentro de mi unidad médica de trabajo la comunicación es deficiente			
Liderazgo			
4. Mis jefes se muestran indiferentes ante lo que requiero para desempeñar mi trabajo			
Eficacia			
5. Considero inútil mi esfuerzo por proporcionar atención de calidad en esta institución			
6. Siento impotencia ante la falta de resultados ante determinados casos			
7. Me agobia tener que desempeñar tareas dentro de mi trabajo de manera repentina y con poco tiempo			
Relación entre compañeros			
8. El trato entre compañeros me desgasta y me desagrada			
Servicio al paciente			
9. El trato a los pacientes hace difícil mi trabajo			
Burocracia			
10. Pienso que algunas reglas se pueden modificar en determinadas situaciones dentro de mi trabajo			
11. Me agobia tener que seguir reglas dentro de mi trabajo			
Carga de trabajo			
12. Pienso que son demasiadas actividades las que realizo y me siento frustrado (a)			
13. Me agobia el tiempo que tengo para cumplir con mis actividades de trabajo			
Horarios			
14. Mis horarios de trabajo me desagradan y desgastan			
Insumos			
15. El que los insumos sean insuficientes me causa conflicto y me pongo de mal humor			
16. Vivo frustrado (a) de solo pensar en la carencia de insumos en mi trabajo			
Satisfacción laboral			

17. Estoy satisfecho (a) con mi trabajo			
18. Si pudiera regresar el tiempo me dedicaría a otra cosa			
19. Mi trabajo se me hace pesado, difícil y desagradable			
Apoyo Institucional			
20. El hospital deja de cumplir con lo necesario para que pueda realizar mi trabajo			
Remuneración			
21. Pienso que el esfuerzo que hago no mejora la retribución que obtengo			
Productividad			
22. Me siento frustrado (a) al tener que cumplir con estándares de productividad			
23. Siento que las demandas de trabajo exceden mi capacidad			

Apéndice "E"

Cuestionario de consecuencias

INSTRUCCIONES: De la siguiente lista selecciona la frecuencia con la que se han presentado en tu vida en los últimos meses

Afirmaciones	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente
FISICAS			
1. Dolor de corporal			
2. Malestar estomacal			
3. Colitis			
4. Gastritis			
5. Fatiga			
CONDUCTUALES			
6. Desapego hacia mi trabajo			
7. Ausencia laboral			
8. Tabaquismo y/ alcoholismo			
9. Insomnio			
10. Ausencia de apetito			
COGNITIVAS			
11. Autocrítica			
12. Menos valoración de mi trabajo			
13. Me siento amenazado (a)			
14. Incertidumbre			
15. Dificultad para mantener la atención			
AFECTIVAS			
16. Cambios de mi estado de ánimo (tristeza-enojo)			
17. Irritabilidad			
18. Baja autoestima			
19. Conflictos en casa			
20. Agotamiento emocional (desanimado)			
21. Depresión			

