

Relación entre las Manifestaciones e índices de prevalencia del Síndrome de Burnout y el cargo en
personal de enfermería, 1

**RELACIÓN ENTRE LAS MANIFESTACIONES E ÍNDICES DE
PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL CARGO QUE
DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
(Trabajo de grado para optar por el título de Psicólogo)**

JOHANA CAROLINA VILLOTA MEDINA

ANGELA GEOVANNA VELA ZÚÑIGA

Universidad de Nariño

Facultad de Ciencias Humanas

Programa de Psicología

San Juan de Pasto, enero de 2009

Relación entre las Manifestaciones e índices de prevalencia del Síndrome de Burnout y el cargo en
personal de enfermería, 2

**RELACIÓN ENTRE LAS MANIFESTACIONES E ÍNDICES DE
PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL CARGO QUE
DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
(Trabajo de grado para optar por el título de Psicólogo)**

JOHANA CAROLINA VILLOTA MEDINA

ANGELA GEOVANNA VELA ZÚÑIGA

Asesor

Ps. EDWIN GERARDO LUNA TASCÓN

Universidad de Nariño

Facultad de Ciencias Humanas

Programa de Psicología

San Juan de Pasto, enero de 2009

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE FIGURAS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
Descripción del problema	13
Formulación del problema	15
Sistematización del problema	15
Justificación	16
Objetivos	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
MARCO DE REFERENCIA	19
Marco contextual	19
Misión	19
Visión	20
Valores	20
Política de calidad	20
Marco teórico	21
Síndrome de Burnout	21
Historia	21
Evolución del término de Burnout	22
Manifestaciones del síndrome de Burnout	26

Etapas del síndrome de Burnout	30
Factores de riesgo y desencadenantes para el desarrollo del síndrome del Burnout	32
Variables demográficas	34
Consecuencias del síndrome de Burnout	36
Diagnóstico diferencial del síndrome de burnout	38
Modelos explicativos del síndrome de burnout	42
Medición del síndrome de Burnout	48
Enfermería	50
Auxiliar de enfermería	51
Enfermera jefe o superior	52
Ética en las enfermeras	52
Prevalencia	53
Psicología de la salud	54
Psicología organizacional	55
Marco conceptual	56
Síndrome de Burnout	56
Agotamiento emocional	57
Auxiliar de enfermería	57
Baja realización personal	57
Despersonalización	57
Diseño transaccional	57
Enfermería superior	57
Maslash Burnout Inventory (MBI)	58
Prevalencia	58

METODOLOGÍA	59
Perspectiva Epistemológica	59
Tipo de Estudio	60
Variables	60
Prevalencia	60
Manifestaciones del síndrome de Burnout	60
Agotamiento emocional	61
Despersonalización	61
Baja realización personal	61
Cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario	
Departamental de Nariño E.S.E.	61
Diseño	62
Hipótesis	62
Hipótesis de Investigación	62
Hipótesis de trabajo	62
Hipótesis nulas	63
Hipótesis estadísticas	63
Instrumentos	64
Maslash Burnout Inventory (MBI)	64
Validez y confiabilidad maslash burnout inventory (mbi)	65
Cuestionario	66
Población	67
Enfermeras jefe (Grupo 1)	67
Auxiliares de enfermería (Grupo 2)	67
Análisis de datos	68

Relación entre las Manifestaciones e índices de prevalencia del Síndrome de Burnout y el cargo en personal de enfermería, 6	
RESULTADOS	69
Fase 1. Elaboración y validación de formatos.	69
Fase 2. Aplicación de la prueba y el cuestionario	74
Fase 3. Regresión Logística.	78
Fase 4. Conformación de grupos.	80
Fase 5. Análisis estadístico de los resultados	81
DISCUSIÓN	85
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	95
REFERENCIAS	97
ANEXO 1	105
ANEXO 2	107
ANEXO 3	109

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Resultados validación cuestionario complementario</i>	70
Tabla 2. <i>Calificación de Jueces, Prueba Maslash Burnout Inventory</i>	71
Tabla 3. <i>Resultados prueba piloto instituto INEC</i>	72
Tabla 4. <i>Modificación de Ítems</i>	73
Tabla 5. <i>Distribución de la población total según los servicios</i>	76
Tabla 6. <i>Distribución de la muestra según variables demográficas</i>	80
Tabla 7. <i>Resultados correlaciones Enfermeras Jefes y Auxiliares de enfermería</i>	84

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Distribución del estado civil de la muestra	76
<i>Figura 2.</i> Número de hijos de la muestra	77
<i>Figura 3.</i> Turnicidad manejada por la población participante	77
<i>Figura 4.</i> Cantidad horas semanales trabajadas por el total de la población	78
<i>Figura 5.</i> Prevalencia según desviación estándar	82
<i>Figura 6.</i> Prevalencia de Burnout en la muestra	83

RESUMEN

Con el objetivo de establecer la relación entre las manifestaciones e índices de prevalencia del síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., se realizó un estudio con diseño correlacional transaccional. La muestra utilizada (50 jefes y 50 auxiliares) fue conformada a partir de grupos pareados teniendo en cuenta algunas variables control. Los resultados muestran que el 24% de jefes y 16% de auxiliares presentan Burnout y que el agotamiento emocional fue la manifestación que mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, por el contrario en las demás manifestaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

ABSTRACT

A research study with a correlational transactional design was carried out aiming at establishing the relation between the manifestations and prevalence indexes of the Burnout syndrome and the type of job done by the nursing personnel at the “Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E”. The sample used for this study (50 nursing bosses and 50 nursing auxiliaries) was conformed from peered groups taking into account some control variables. The results showed that 24% of nursing bosses and 16% of nursing auxiliaries present Burnout and, that the emotional exhaustion was the manifestation which became evident statistically significant differences among the groups, on the other hand, on the rest of the other manifestations statistically significant differences were not found.

RELACIÓN ENTRE LAS MANIFESTACIONES E ÍNDICES DE PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E

INTRODUCCIÓN

El Burnout es un síndrome que se puede considerar como una enfermedad laboral. Afecta a personal de diferentes profesiones que se encuentran en relación directa con otra persona, llámese paciente, alumno o consultante, entre otros. Se presenta a partir de manifestaciones importantes como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. El Burnout es uno de los principales factores asociados al bajo rendimiento y ausentismo laboral.

En nuestra región aún no se tiene conocimiento suficiente acerca del síndrome y las investigaciones relacionadas con el tema son muy escasas, dejando a los trabajadores y organizaciones sin la posibilidad de elaborar un diagnóstico temprano, el cual facilitaría el desarrollo de actividades preventivas en torno a este síndrome.

Teniendo en cuenta la necesidad de contextualizar el síndrome de Burnout en Nariño se realizó esta investigación, cuyo objetivo primordial fue establecer la relación entre las manifestaciones e índices de prevalencia del síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. mediante la aplicación de la prueba Maslach Burnout Inventory (MBI) y un cuestionario complementario que permitió profundizar en la información obtenida en una población que por sus características y funciones es vulnerable a padecerlo, puesto que el personal de enfermería es quien se ocupa de los cuidados inmediatos de los pacientes en el área asistencial, teniendo interacción continua con ellos, factor importante en el desarrollo del síndrome.

Relación entre las Manifestaciones e índices de prevalencia del Síndrome de Burnout y el cargo en personal de enfermería, 12

Además, en este estudio se realizó una detallada aproximación teórica del síndrome del Burnout a fin de brindar información del término en la región.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

Desde hace aproximadamente 35 años, Freudemberguer (1974), dio inicio al estudio del constructo Burnout, desde entonces se han llevado a cabo una serie de investigaciones en distintos lugares en torno al tema, contextualizando el término en cada región y población estudiada. En Colombia específicamente, se han realizado diversos estudios, abarcando poblaciones de docencia universitaria, hospitalaria y militar, algunos de estos son: el Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia elaborado por Restrepo, Colorado y Cabrera, en el año 2005. El síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: estudio exploratorio, Universidad de San Buenaventura, en el 2004 y prevalencia del síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en el Hospital Susana López de Valencia nivel II Popayán Enero a Diciembre de 2003 elaborado por Álvarez e Illera 2004. En el departamento de Nariño, se realizó un estudio en el Hospital San Pedro y el Hospital Universitario Departamental de Nariño en las áreas de urgencias con médicos residentes, desarrollado por médicos especialistas y médicos internos de las instituciones mencionadas.

Los anteriores estudios se han basado en identificar la prevalencia e incidencia del Burnout presente en los distintos profesionales y hallar las principales consecuencias laborales del síndrome en cuestión, sin embargo, en el departamento de Nariño no se ha realizado un estudio comparativo que identifique el síndrome en enfermeras jefe y auxiliares de enfermería, a pesar de que esta población es una de las más vulnerables al padecimiento del mismo, puesto que este tipo de personal asistencial es quien mantiene contacto permanente con los pacientes durante su proceso de hospitalización. Por tal razón, se llevo a cabo este estudio, el cual permite

incrementar el conocimiento de las características del síndrome de Burnout en esta población específica, que además da cuenta de las diferencias en la prevalencia y manifestaciones del síndrome en enfermeras jefe y auxiliares de enfermería, lo cual resulta interesante tanto teóricamente como por sus implicaciones prácticas.

Según Tuesca, Iguaran, Suarez, Vargas y Vergara (2006) se ha observado que el personal de salud padece los síntomas del Burnout debido, entre otros factores a las reformas en los sistemas de salud en Colombia, las cuales incluyen la disminución de los espacios de práctica profesional, disminución de la oferta laboral y las condiciones de trabajo, tales como los horarios y la exhaustividad de sus procesos. Es preciso entonces, detectar a tiempo la población asistencial que padece este síndrome en mayor medida, con el fin de intervenir en este aspecto favoreciendo la calidad del servicio, además de generar beneficios no solo para el paciente sino también para el profesional.

Por lo anterior, se puede decir que mediante este estudio se aprecia la dimensión problemática del Burnout en el personal de enfermería, lo que permitiría intervenir en el deterioro de la calidad de la atención prestada a los usuarios, debido a los comportamientos específicos (despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal) que genera la presencia del síndrome y las consecuencias a nivel individual (sentimientos de soledad, pesimismo y ausentismo, entre otros), organizacional (abandono del puesto, desinterés y aumento de conflictos interpersonales) y relacionales (disfuncionalidad con el grupo primario y secundario de apoyo), obstaculizando el camino de la institución hacia una cultura de calidad y excelencia empresarial, políticas fundamentales del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, puesto que la calidad de vida tanto de usuarios como

de profesionales de la salud se vería implicada y el cliente interno no estaría satisfecho con el servicio recibido.

Finalmente se debe destacar que en el contexto académico regional y específicamente con respecto a investigaciones de Burnout en personal de enfermería, resulta novedosa la estrategia metodológica de encontrar relaciones a partir de las diferencias en la manera como se presentan unas variables (manifestaciones y prevalencia del síndrome) en dos grupos equivalentes respecto a variables de control (edad, sexo, permanencia en la institución y estado civil) pero distintos en una condición como el cargo, que está relacionada con variables teóricamente relevantes (mayor contacto con los pacientes, horarios, funciones y tipo de contrato). De esta manera se logra un mayor nivel de confianza al señalar relaciones entre variables, que otros estudios descriptivos realizados con un solo grupo o correlacionales con grupos intactos, en los cuales existe una mayor probabilidad de interferencia de variables extrañas.

Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre las manifestaciones e índices de prevalencia del síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

Sistematización del problema

¿Cuál es la relación entre la prevalencia del síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

¿Cuál es la relación entre síntomas de despersonalización asociados al síndrome de Burnout y el cargo que desempeña del personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.?

¿Cuál es la relación entre síntomas de agotamiento emocional asociados al síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E?

¿Cuál es la relación entre el grado realización personal percibida y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E?

Justificación

Los profesionales de la salud constantemente se ven enfrentados a experiencias de estrés que provocan en el individuo respuestas a nivel físico, psicológico y emocional, que de mantenerse en el tiempo, dejan consecuencias nocivas para la persona (alteraciones en la salud) y para la organización (deterioro de la calidad en el servicio, ausentismo y abandono, entre otros.) (Gil Monte y Peiró, 1997).

Cuando los síntomas del estrés se acrecientan poco a poco desembocan en estrés crónico, el cual a su vez lleva al padecimiento del síndrome de Burnout, que comienza a amenazar la calidad de vida y rendimiento de los profesionales de la salud, específicamente en profesionales sanitarios entre los cuales se encuentran las enfermeras quienes proporcionan un acompañamiento continuo a los pacientes en el ámbito hospitalario y por lo tanto tienen una susceptibilidad mayor a padecer el síndrome, por tales motivos esta población se convirtió en el objeto de estudio de esta investigación. (Gil Monte y Peiró 1997).

Este trabajo brinda la posibilidad de estudiar la presencia del síndrome de Burnout en una población que hasta el momento no había sido incluida en estudios similares realizados en el contexto regional, por lo tanto proporciona una amplia gama de datos e información novedosa con respecto a la situación laboral y salud mental de los profesionales de la salud, puesto que son estos profesionales quienes se exigen

mayor entrega, implicación y servicio frente a las personas que dependen de ellos, tendiendo a un alto grado de auto exigencia e implicación en el trabajo, siendo lo anterior un factor precipitante y predisponente al padecimiento del síndrome, exigiendo además una identificación e intervención inmediata. (Álvarez e Illera 2004).

Por lo anteriormente mencionado, cabe añadir que mediante esta investigación se contribuye también a incrementar los insumos empíricos y teóricos necesarios para elaborar e implementar programas efectivos dirigidos a mejorar las condiciones de los trabajadores en salud y disminuir la incidencia y prevaecía del Burnout en esta población.

Ahora bien, la investigación aporta a la validación de teorías acerca del Burnout como aquellas estructuradas por autores como Freudemberguer, Maslash, Gil Monte, Peiró, entre otros, quienes a partir de sus diferentes posturas hablan de la importancia de analizar la sintomatología del Burnout en diferentes ambientes de trabajo y en las diferentes líneas de atención hacia el paciente.

Finalmente este estudio proporciona hallazgos importantes en lo que tiene que ver con la calidad de vida de cada uno de los sujetos de estudio y al mismo tiempo proporciona una visión global de la calidad de la prestación del servicio en la organización, brindando una perspectiva de la salud mental del personal en la institución. Por lo tanto esta investigación está estructurada en el marco de dos campos de la psicología estrechamente vinculados tales como la psicología de la salud y la psicología organizacional, ocupándose no solo del ser humano en un ámbito personal sino también integrando al mismo en los procesos desarrollados dentro de la institución en la que se encuentra inmerso.

Objetivos

Objetivo general

Establecer la relación entre las manifestaciones e índices de prevalencia del síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Objetivos específicos

Establecer los índices de prevalencia del síndrome de Burnout según el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

Establecer la relación entre la manifestación de despersonalización asociada al síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

Establecer la relación entre la manifestación de agotamiento emocional asociada al síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

Establecer la relación entre el grado de realización personal percibida y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

MARCO DE REFERENCIA

Marco contextual

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E funciona desde 1975 y en 1990 se clasificó como organismo para la atención de tercer nivel de complejidad. A partir del 10 de Diciembre de 1994 se constituyó en un Empresa Social del Estado E.S.E, proyectándose con los avances de la ciencia, la tecnología y la gerencia moderna, a la comunidad del sur occidente del país. Actualmente se encuentra circunscrito al entorno del Sistema de Seguridad Social en Salud

Esta institución cuenta dentro de su recurso humano con personal médico, asistencial y administrativo que desempeña labores para el cumplimiento de los objetivos organizacionales. Teniendo en cuenta el nivel de complejidad del hospital, el trabajo desarrollado por sus funcionarios requiere una gran responsabilidad y un alto grado de desempeño

El Hospital está ubicado en la calle 22 N 7- 93, parque de Bolivar, San Juan de Pasto – Nariño y enmarca su accionar actual, circunscrito al entorno del Sistema de la Seguridad Social en Salud, fortaleciendo su estructura organizacional y empresarial frente al reto de este milenio enfocado hacia el III y IV nivel de complejidad.

Actualmente el Hospital Departamental de Nariño E.S.E. cambia su razón social por Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Misión

“El Hospital Universitario Departamental de Nariño, es una Empresa Social del Estado, que complementa, a la Red Departamental de Prestadores de Servicios de Salud, en el tercer nivel de complejidad. Creemos y propiciamos el Crecimiento integral de nuestro Talento Humano, lo cual nos permite proyectarnos e incidir en el

Mejoramiento de la salud y la calidad de vida de La comunidad del Sur Occidente Colombiano.” (Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., 2005 p.1)

Visión

“Durante los próximos tres años el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., dirigirá sus esfuerzos al mejoramiento continuo, se convertirá en una organización centrada en el usuario, y fortalecerá la implementación de tecnología, de tal manera que complemente de manera armónica la Red de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento, en el tercer nivel de atención. Obtener la Acreditación Institucional en el año 2006, es nuestro sueño de futuro, ya que de esta manera cumpliremos los alcances de nuestra misión.” (Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., 2005. P. 1)

Valores

El liderazgo permanente en todos y cada uno de nuestros procesos, como parte de nuestra contribución hacia una cultura de calidad.

El servicio al cliente de tal manera logremos alcanzar y superar las expectativas de sus necesidades

El trabajo en equipo como una de las fortalezas de nuestra organización.

La responsabilidad en el desempeño cotidiano de nuestras labores

La conciencia social para prestar cada día un servicio a nuestros clientes que fortalezca los vínculos familiares y sociales. (Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., 2005 p. 2)

Política de calidad

“Nuestro compromiso es superar las necesidades y expectativas del cliente interno y externo, contribuyendo positivamente al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de nuestra región, para lo cual decidimos establecer y mejorar

continuamente un sistema de gestión integral para la calidad, garantizando una atención humanizada, dentro del marco legal existente, con competencia técnica y científica, oportunidad de información clara y real a nuestros usuarios y su familia, involucrando en este propósito el desarrollo integral y participativo tanto de los trabajadores como de los proveedores, logrando con ello el crecimiento de la organización.” (Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., 2005 p. 2)

Marco teórico

Síndrome de Burnout

Historia

El síndrome de Burnout es descrito en 1974 por Freudemberguer para observar la prevalencia, manifestaciones y consecuencias que surgen de las condiciones exhaustivas de trabajo del personal de medicina y enfermería que mantiene relaciones de dependencia como en el caso de un ámbito hospitalario.

Freudemberguer, observó que los profesionales de la salud que tienen contacto directo con los pacientes como médicos y enfermeras después del primer o segundo año de trabajo y debido a las exigencias laborales, perdía interés y energía hasta llegar a sentirse agotado, desmotivado y con síntomas agresivos hacia las personas con las cuales se relacionaban (Párraga, (2005) citando a Mingote, 1998, Moreno, Gonzales y Garrosa, 2001). Según Leiter (1991), retomado por Párraga (2005), el tipo de trabajo de estas personas se caracterizaba por carecer de un horario fijo, con un número de horas muy alto, tener una remuneración escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido.

Posteriormente el término Burnout fue aplicado por la psicóloga Cristina Maslash en 1976, quien observó las respuestas emocionales de los empleados y abogados de California, describiendo el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y

desinterés entre los compañeros de trabajo del empleado. Este término tuvo gran acogida puesto que no estigmatizaba como en los diagnósticos psiquiátricos.

En torno al tema de Burnout, Gárces de los Fayos (2004) retoma a Walker (1986), quien valora el recorrido teórico del constructo y determina que se ha considerado la conceptualización del Burnout como una enfermedad importante, que se encuentra en el marco de las enfermedades ocupacionales. De igual manera este autor acepta el estudio del Burnout dentro de las ciencias sociales, haciendo énfasis en que “este constructo ya había sido utilizado antes, para describir el estado de “vaciamiento existencial” que una persona sentía como consecuencia del padecimiento de una enfermedad incurable” (p. 12).

Debido a la importancia que fue tomando el Burnout como objeto de estudio, se inició con la realización de investigaciones en las cuales se incluía a la población de profesionales de distintas áreas tales como médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, profesores y policías; estos estudios sirvieron para el establecimiento de medidas tanto preventivas como interventivas frente a este síndrome, que permitan generar estrategias de afrontamiento en torno a su presencia en el personal.

Evolución del término de Burnout

De acuerdo con Buzzeti (2005), quien retoma a Maslash (1997), afirma que etimológicamente hablando el término del síndrome de Burnout en la traducción literal al español significa quedar quemado o consumido.

Muchos autores han trabajado con el término de Burnout, sin embargo la primera definición de éste la propuso Freudembergueruer en el año de 1974, afirmando que es la sensación de fracaso y la existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador, así mismo el autor afirmaba que el Burnout era el síndrome que

ocasionaba la “adicción al trabajo” entendiéndose ésta como “un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito, lo que provoca un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva”. (Garcés de los Fayos, 2004, p 17).

Párraga, en el año 2005 retoma varios conceptos de Burnout, y permite observar la manera cómo estos van evolucionando en el tiempo. Algunos de estos conceptos y sus autores son: Pines y Kafry, (1978) es el segundo concepto surgido de Burnout, delimitándolo a una experiencia general de agotamiento físico, emocional y conductual.

Edelwich y Brodsky, (1980), define al Burnout como la pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo, además plantea cuatro etapas o fases, estas son: a) entusiasmo, caracterizado por aspiraciones, energía bordante y carencia de la noción del peligro, b) estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, c) frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales y d) apatía, la cual es tomada como el mecanismo de defensa ante la frustración (Garcés de los Fayos 2004, p. 19).

Freudenberguer, en el año de 1980, reformula el concepto de Burnout, definiéndolo como un estado de fatiga o frustración dado por la devoción a su trabajo, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada, generando un choque entre las expectativas y la realidad.

Además Cherniss (1980), define al Burnout como un “proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que destacan tres momentos: a) desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales, b) respuesta emocional a corto

plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento y c) cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo)” (Párraga 2005., P. 54). Es importante destacar que este teórico tiene en cuenta las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al síndrome.

Posteriormente Quiceno y Vinaccia (2007) cita a Maslach y Jackson (1982), quienes definen el término como una respuesta al estrés crónico que conlleva a la percepción y la sentimiento de agotamiento por el trabajo, además de incrementar comportamientos y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y la aparición de procesos de evaluación negativas sobre su desempeño profesional. En este momento se establece y entiende que el Burnout es un síndrome que abarca tres dimensiones: (a), agotamiento emocional; (b), despersonalización; y (c), reducida realización personal.

Shirom (1989) afirma que es la “consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del Burnout” (Párraga 2005. p. 56)

Según Moreno, Oliver y Arangoneses (1991), el Burnout es un tipo de estrés laboral que se presenta principalmente en profesiones que exigen una relación interpersonal e interacción intensa con los beneficiarios del propio trabajo, como es el caso del personal asistencial de enfermería.

Para Gil-Monte y Peiró (1997), el Burnout se define como una “respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes y que tienen cariz negativo para el sujeto al implicar

alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencia nocivas para la persona y para la institución” (p. 14).

Gil-Monte y Peiró (1997) afirman que desde una perspectiva psicosocial “el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional. La vivencia de encontrarse emocionalmente agotado y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja”. (p. 14)

Párraga (2005), lo definió como un trastorno de inadaptación al estrés laboral, agudo o crónico, bien por falta de recursos de afrontamiento, o bien por no llevar a cabo estrategias ya conocidas, que conllevarían a un estado disfuncional de tipo emocional y conductual.

Aunque son muchas las definiciones que han surgido a través del tiempo, se aprecia que el Burnout, es un síndrome que surge a partir de los eventos estresantes ante los cuales no se cuenta con los suficientes mecanismos de afrontamiento, generando un estrés crónico por el ámbito laboral, que repercute en las diferentes áreas de las personas que lo padecen.

Por otro lado, es pertinente tener en cuenta que el síndrome de Burnout es tomado por algunos autores como el estrés laboral, sin embargo, como lo afirma y cita Párraga (2005), no existe un acuerdo común en cuanto a la similitud de estos términos, aunque existen definiciones como la de Freudemberguer, Maslash y Jackson que permiten indicar que existen matices que los hacen iguales, sin embargo más adelante se explicará porque estos dos conceptos difieren el uno del otro.

En la actualidad según Ourcilleón (2007) el Burnout se concibe como una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales que tienen su origen en factores laborales, pero también individuales y sociales.

Según Ourcilleón (2007), citando a Castillo (2004) la aparición del síndrome no se da de forma súbita, sino que emerge, pasando por varios estadios que se describen a continuación: inicialmente el individuo experimenta estrés debido a que las demandas del trabajo exceden sus recursos físicos y/o emocionales; más tarde se manifiesta el nerviosismo con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad y finalmente, aparece el aislamiento emocional y social, el cinismo y la rigidez en el trato con los pacientes y compañeros de trabajo, etapa en la que ya es clara la expresión del Burnout.

De acuerdo a Gil-Monte (2003) en el síndrome de quemarse por el trabajo en enfermería, se observa que las denominaciones de Burnout pueden ser clasificadas en tres grupos: a) denominaciones que toman como referencia para la nominación en español el término original anglosajón Burnout (síndrome del quemado), b) denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología (desgaste profesional, síndrome de cansancio emocional) y, c) estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral (estrés laboral asistencial, estrés profesional), siendo el estrés laboral crónico, aquel que somete a una discrepancia entre demandas ambientales y recursos de afrontamiento con las que se cuenta.

Manifestaciones del síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout según Álvarez e Illera (2004, p. 29) se pronuncia en las manifestaciones clínicas que se mencionan a continuación:

Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desordenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros.

Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación incapacidad de concentración y sentimientos depresivos.

En ambiente laboral: detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles y comunicaciones deficientes.

Por su lado Garcés de los Fayos (2004), retoma a Gillespie (1980) quien intenta resolver la ambigüedad definicional del Burnout, clasificándolo según dos tipos claramente diferenciados: Burnout activo, que se caracteriza por el mantenimiento de la conducta asertiva y Burnout pasivo, en el que predominan los sentimientos de retirada y apatía. El activo tendría que ver, fundamentalmente, con factores organizacionales o elementos externos a la profesión mientras que el pasivo se relacionaría con factores internos psicosociales. El autor abre, de esta forma, la posibilidad de la existencia de varias manifestaciones del Burnout que posteriormente otros autores retomarían para intentar explicar, la complejidad del síndrome.

Buzzeti (2005) toma como referencia a Maslash y Jackson (1981) quienes inician a hablar del síndrome de Burnout con tres tipos de manifestaciones definidas como baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, las cuales se interrelacionan en el ámbito laboral, social y personal.

El Agotamiento emocional es la manifestación mediante la cual se genera la pérdida de la satisfacción en la realización de las labores propias de su cargo, generándose la disminución del interés, lo cual lleva a sentir sentimientos de fracaso.

Según Álvarez e Illera (2004), el agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado, debido al constante contacto con personas que hay que atender como objeto de trabajo.

Novoa y otros (2005), citando a Moreno y Peñacoba (1999), afirma que el agotamiento o cansancio emocional se constituye como la primera fase del proceso y se caracteriza por la pérdida de identificación con su trabajo y la aparición del tedio y el disgusto causado por las tareas que son propias del trabajo que se ha de realizar, de manera que la persona pierde el interés y cualquier sentimiento de satisfacción que pueda tener en su trabajo. Se debe señalar que en esta fase se genera un sentimiento de indefensión como consecuencia de un enfrentamiento activo pero inefectivo frente al estrés.

Con relación a la segunda manifestación del síndrome, se puede afirmar que la despersonalización es caracterizada por la falta de interés hacia el trabajo y se manifiesta en la atención a pacientes puesto que no existe preocupación por el otro, además de la pérdida de empatía, generada por el sentimiento de culpa que surge a raíz de la situación que está viviendo el otro.

Para Novoa y otros (2005) citando a Moreno y Peñacoba (1999) la despersonalización, es descrita como el núcleo del síndrome, donde se considera básicamente como la consecuencia del fracaso de la fase anterior, además de un

mecanismo de defensa que permite evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal.

Álvarez e Illera (2004), afirma que la despersonalización se caracteriza por el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo.

Ahora bien, Gil Monte (2003), refiriéndose a la baja realización personal, otra de las manifestaciones principales del síndrome de Burnout que se consideran en este estudio, expresa que cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan a un fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los pacientes y con sus familiares. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. De la misma forma plantea que la falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, lo cual afecta tanto en la habilidad de la realización del trabajo, como en la relación con las personas que están a su alrededor (pacientes y familiares). Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.

Con respecto a la baja realización personal Quintanilla (2004) citando a Maslash (1976), afirma que este aspecto en el trabajo se refiere a un declive en el sentimiento de competencia y éxito en el trabajo. Además, el mismo autor retoma a Tuesca, Iguaran, Suarez, Vargas, y Vergara, (2006), quienes plantean que la falta de realización personal consiste en una actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo, pérdida de interés por este, irritabilidad, baja productividad y pobre autoestima.

Sintetizando lo anterior, se puede decir que el Burnout se caracteriza por un agotamiento que surge en torno a las percepciones que a diario la persona tiene de su

trabajo y los cambios que han surgido a lo largo del tiempo, puesto que al comenzar a desarrollar las labores determinadas del cargo, se aprecia motivación e iniciativa, pero con el tiempo y la rutina de todos los días, los profesionales pueden ver sus expectativas disminuidas y en ocasiones las situaciones que se les presentan ya no son las mismas y sugieren más compromiso y entrega, hechos que les generan un desequilibrio al no poseer herramientas cognitivas y conductuales suficientes para afrontarlo. Es entonces cuando surge el síndrome de Burnout con todo lo que este abarca y recoge en un ser humano, evidenciando un carácter tridimensional, que como se había dicho anteriormente maneja componentes como el agotamiento emocional que hace referencia a la disminución y pérdida de recursos emocionales, la despersonalización, considerado como el desarrollo de actitudes negativas, insensibilidad y cinismo hacia las personas que se debe atender y por último el componente de reducida realización personal, el cual se define como la tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa, apareciendo sentimientos de baja autoestima.

Etapas del síndrome de Burnout

Según Buzzeti (2005) citando a Maslach y Leiter, (1997) el Burnout es un proceso interaccionista entre las características del entorno laboral y de orden personal que cursa en forma crónica. El síndrome de Burnout es un mecanismo particular de afrontamiento al estrés laboral, que a medida que se hace crónico y fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, dan pie a la manifestación del síndrome.

El Burnout se estructura y progresa paulatinamente, de acuerdo a las exigencias y requerimientos para el cumplimiento de las funciones del cargo en el lugar de trabajo, debido a que poco a poco los trabajadores agotan sus recursos y atraviesan

etapas que abarcan sintomatologías diferentes hasta culminar en la presencia del síndrome como tal, lo cual genera importantes consecuencias en el desempeño laboral.

Por lo tanto, se aprecian una serie de etapas que llevan al desarrollo del síndrome. En un principio las exigencias del medio laboral sobrepasan los recursos tanto humanos como materiales de los profesionales, exigiéndoles un sobreesfuerzo tal, que conlleva a la manifestación de signos como ansiedad, fatiga e irritabilidad, así como una reducción de las metas laborales, disminución de la responsabilidad personal y descenso en el altruismo profesional. Buzzeti (2005).

Según Buzzeti (2005) citando a Burke (1995) y Gold (1992) se producirá un cambio de actitudes tales como distanciamiento emocional, deseo de huída, cinismo y rigidez, además de presentarse fatiga física, mental y emocional, manejando emociones de frustración, aburrimiento y desilusión. Sumado a lo anterior se presentan síntomas de tensión tales como aumento de consumo de alcohol, cafeína y nicotina, cambios en los hábitos del sueño y alimentación, aislamiento de otras personas, disminución del contacto ocular, ánimo caído e irritabilidad (Buzzeti (2005) cita a Croucher (1991)).

A medida que el síndrome avanza los hábitos del trabajo se alteran, disminuyendo la calidad de las labores desempeñadas; por lo tanto la autoestima y la percepción del trabajador se ven afectadas generando en ocasiones culpa y/o demás sentimientos negativos.

Por otro lado, los horarios de trabajo se encuentran modificados, puesto que la motivación hacia el cumplimiento de este se reduce, interfiriendo con el desempeño adecuado que contribuye a la obtención de resultados óptimos.

Buzzeti (2005) afirma que las reacciones emocionales contribuyen a un endurecimiento psicológico y a una defensa frente al medio. Estos trabajadores se vuelven aislados, evitando contacto con compañeros de trabajo y supervisores. Se vuelven cada vez más hostiles, irritados y deprimidos, siendo el ánimo de pesimismo muy predominante. Entre las consecuencias también se encuentra el padecimiento de síntomas físicos como el dolor de cabeza, lumbago, sequedad de la boca y garganta, dificultades para tragar, estreñimiento, problemas en la piel, constipación, dolores de pecho, palpitaciones y/o tic nerviosos.

En la etapa final del Burnout, los trabajadores pierden el interés en su trabajo, presentándose ausentismo laboral recurrente, experimentan intenso cansancio físico, pérdida de defensas del organismo. Además en esta etapa también se observan cambios de actitud negativos hacia el personal de la organización y distanciamiento social, que van deteriorando los vínculos interpersonales dentro de la empresa. (Buzzeti (2005), citando a Potter (1993)).

Factores de riesgo y desencadenantes para el desarrollo del síndrome del Burnout

Existen algunos aspectos que pueden considerarse como determinantes para llevar a los profesionales a padecer el síndrome de Burnout como lo afirman Gil monte y Peiró (1997), quienes plantean que “los profesionales que tienen un contacto directo con los usuarios, sufren de un alto nivel de estrés, causado por la escasez del personal, ante una alta demanda que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, en algunos casos contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte y falta de autonomía y autoridad en el trabajo para tomar decisiones” (p. 16); estos aspectos son considerados como los factores de riesgo que pueden generar Burnout, especificando, claro está, que este síndrome surge a partir del estrés crónico.

Por su parte Tonon (2003) afirma que existen factores y elementos tendientes a desencadenar el Burnout en los profesionales de la salud, tales como: el ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto de trabajo como fuente de estrés laboral, estrés por el desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera profesional, estresores relacionados con las nuevas tecnologías utilizadas en el trabajo cotidiano y fuentes extra organizacionales que influyen, como es el caso de las relaciones familia – trabajo.

De la misma manera Álvarez e Illera (2004) realizan una clasificación de los factores desencadenantes del Burnout dividiéndolos en cuatro niveles, los cuales son:

(a), Nivel individual: En este nivel se tiene en cuenta que la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierte en un reto personal la solución de problemas; como consecuencia surge un sentimiento de culpa por las fallas, ya sean propias o ajenas, lo cual originará bajos sentimientos de realización personal y agotamiento emocional

(b), Relaciones interpersonales: ya sean con los usuarios o compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo. Así mismo, la falta de apoyo en el trabajo aumenta el riesgo de padecer Burnout.

(c), Nivel Organizacional: Los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones y las respuestas disfuncionales por parte de la

dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta de estresores de tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

(d), Entorno social: se encuentra como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, cambios en los programas de educación y formación, cambios de los roles, aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio).

Variables demográficas

Existen variables que pueden facilitar o inhibir la acción de estresores que tienen efecto continuamente en la vida laboral de un sujeto, la presencia o no de estos facilitadores puede aumentar o disminuir los grados de estrés que perciben los seres humanos en el trabajo y por lo tanto influyen en el desarrollo del síndrome de Burnout.

Según Gil Monte y Peiró (1997) “dentro de este grupo de variables se encuentran el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión” (p. 71)

La edad: se ha observado que a mayor edad, los trabajadores expresan una menor vulnerabilidad a presentar el síndrome, por lo general, los índices de manifestar el síndrome son bajos entre los 20 y 25 años, altos desde los 25 hasta los 40 y mínimos a partir de los 40 años aproximadamente. (Farber 1984)

Gil Monte y Peiró (1997), citando a Zabel y Zabel (1982), consideran que “frente a los más jóvenes los profesionales de más edad han desarrollado a lo largo de su vida mejores estrategias de afrontamiento del estrés y expectativas profesionales más reales” (p. 72) lo cual se convierte en un factor protector que sirve de barrera ante la aparición del síndrome de Burnout.

Albaladejo y otros (2004), afirman con respecto a la variable Sexo que “las mujeres sanitarias son las más afectadas por el síndrome de Burnout, quizás por el mantenimiento de la doble carga de trabajo profesional y familiar” (p. 3). Por lo tanto serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable por la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

La explicación del por qué las mujeres presentan manifestaciones del síndrome, puede encontrarse en los procesos de socialización planteados para los roles masculino y femenino y la interacción de los mismos con los perfiles y requerimientos de las diferentes ocupaciones. Por lo general, en la cultura se dice que la mujer, dentro de su rol femenino, debe integrar habilidades en sus relaciones interpersonales y cuidar a otros, por el contrario, el hombre dentro de su rol masculino maneja la tendencia de no expresar sus emociones y orientarse objetivamente a un logro específico (Gil Monte y Peiró, 1997).

El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome con las personas que no tienen pareja estable, no hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduros y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; además de ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

La flexibilidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar a la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería o medicina donde esta influencia es mayor, puesto que como lo

afirma Dirks (1969) el trabajo en turnos implica un problema psicológico, debido a que las jornadas de trabajo a partir de estos implica un rompimiento del ritmo natural de la vida del hombre, porque el trabajo empieza antes de la salida del sol, se termina después de ella y finalmente, el tercer turno, transcurre completamente de noche. “Esto exige un cambio que a grandes rasgos puede realizarse sin perjuicios, pero influye mucho en la vida privada y los ratos libres del hombre, puesto que sus ocupaciones principales transcurren durante el día” (p. 316)

En cuanto a la antigüedad profesional, se puede afirmar que existe una similitud con la variable edad, debido a que en los primeros años de carrera profesional los trabajadores nuevos son más jóvenes e inexpertos y con menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes, por lo que el riesgo de presentar el síndrome es mayor, lo que no ocurre con los trabajadores que tienen más de 10 años de experiencia. (Gil Monte y Peiró 1997).

Consecuencias del síndrome de Burnout

Parraga (2005) cita a diversos autores como, Pines y Maslash (1978), Maslash y Jackson (1981), Quattrochi-tubin, Jones y Breedlove (1982), Kahill (1988), Firth y Britton (1989), Shirom (1989), Melamed, Kushnir y Shirom (1992), Nowack y Pentkoswki (1994), Maslash, Jackson y Leiter (1996), O’Brien (1998), Moreno y Peñacoba (1999), Moreno et al. (2001) y Parkes (2001) quienes han detallado las consecuencias que ocasiona el síndrome de Burnout en los profesionales que lo padecen. Así mismo Ourcilleón, Abarca, Puentes y Rodriguez (2007), analizan las consecuencias del Burnout de acuerdo al aporte de Quintanilla y Perezagua.

De acuerdo a los anteriores autores las consecuencias del Síndrome de Burnout se pueden agrupar en 3 niveles.

Individuales: los cuales se dividen en, a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, alienación, ansiedad, impotencia u omnipotencia. b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas (verbalizar), cinismo, apatía, depresión, indefensión, desesperanza, irritación, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, supresión de sentimientos y suspicacia. c) Índices conductuales: Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto-sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptativas, desorganización, sobre- implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas, agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, irritabilidad y gran resistencia al cambio. d) Índice cognitivo: pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado, pensamientos irracionales recurrentes, aparecen sentimientos de indefensión, soledad e incapacidad para concentrarse. e) Índices somáticos: cefaleas, dolores osteomusculares, especialmente dorsales, quejas psicósomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido urico, etc), alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, altos niveles de cortisol en saliva durante jornada laboral, lo que explicaría la relación entre Burnout y enfermedad cardiovascular), problemas respiratorios, problemas inmunológicos especialmente cuando está elevada la dimensión de despersonalización, problemas musculares (lumbalgia), problemas digestivos (gastritis), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

Organización: el Burnout a nivel organizacional repercute en el aumento de los costos de la institución, debido a la influencia de factores tales como: deterioro de la calidad asistencial, baja satisfacción laboral, ausentismo laboral elevado, tendencia al abandono del puesto de trabajo y/o de la organización, disminución del interés y esfuerzo por realizar las actividades laborales, aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores, disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales, aumento de la rotación laboral y aumento de los accidentes laborales

Relacionales: las consecuencias del Burnout no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, sino que por el contrario, afecta también, las relaciones con la familia y amigos del profesional, los cuales tienen que tolerar su irritabilidad y constantes conflictos, deteriorándose las relaciones interpersonales, por la tendencia al aislamiento y la evitación de hablar de los problemas, provocando así una barrera comunicacional.

Diagnóstico diferencial del síndrome de burnout

Al conceptualizar el síndrome de Burnout se hace necesario diferenciar el mismo de distintos tipos de trastornos que si bien son semejantes o se relacionan con el término, la sintomatología y la intensidad de la problemática difieren dando paso a la elaboración de un diagnóstico diferencial.

Es importante decir que este síndrome actualmente según Pallares (2005) se ha ubicado en el CIE 10 dentro de la categoría de “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida”.

Ahora bien, el síndrome de Burnout suele confundirse con la satisfacción laboral, el estrés y la depresión, por tal razón a continuación se realiza una descripción de cada uno de ellos que permite la comprensión y claridad del término.

Satisfacción Laboral. La satisfacción laboral según Siegel y Lone (1983) es aquella que contribuye a una sensación de bienestar general en el hombre y un sentimiento de valía personal. El empleado que está satisfecho con su trabajo estará motivado para una mayor productividad, para menos ausentismo y para otras muestras de un desempeño superior en el trabajo.

Buzzeti (2005) afirma que entre satisfacción laboral y Burnout, las investigaciones han encontrado una correlación negativa entre estos dos constructos. Lo anterior indica que aunque son distintos, están claramente relacionados. No obstante aun no se ha logrado identificar si la insatisfacción laboral conlleva al síndrome de Burnout o la presencia del síndrome genera insatisfacción laboral, puesto que se ha visto que existen personas que están insatisfechas con su trabajo y no necesariamente manifiestan Burnout.

Depresión. Los síntomas de la depresión se asemejan a los que manifiestan personas que padecen Burnout, por lo que Buzzeti (2005) citando a Brunstein (1999) incluso considera al Burnout como “depresión relacionada con el trabajo”. Este concepto indica que el síndrome de Burnout genera consecuencias emocionales y fisiológicas que se reflejan en la vitalidad, energía y motivación por hacer las cosas, junto a este surge agresividad y rabia, y culmina alejando a las personas que rodean a la persona que padece el síndrome, al igual que sucede en un trastorno depresivo. Por lo anterior se considera que existen similitudes entre ambos cuadros. Sin embargo, según Buzzeti (2005) se ha establecido que el Burnout es un problema específico que surge en el contexto laboral y que esta relacionado exclusivamente con causas de este entorno, en cambio la depresión, prevalece en todos los aspectos de la vida de quien la padece.

Por otra parte, se ha apreciado que en personas que padecen depresión surge la percepción de estatus y prestigio reducido, y en las personas que padecen el síndrome se halla que aún están en búsqueda de encontrar los mismos, sin embargo, cuando los individuos que padecen Burnout sienten que han sido derrotados experimentan pérdida de estatus y prestigio, además del deterioro de la autoestima, convirtiéndose en un factor predisponente a sufrir depresión

Es así como la depresión y el Burnout están relacionados en la medida que la primera se convierte en un antecesor del segundo.

Estrés. Morales (1999) citando a Álvarez (1987) define el estrés como una respuesta del organismo ante estimulaciones que tienden a romper su homeostasis, como las que pueden ser de origen psicosocial, físico o biológico; esta respuesta es de tipo sistémico e integra los niveles psicológicos, neurológicos y endocrinos, siendo una respuesta parcialmente inespecífica, lo que quiere decir que en algunos niveles las respuestas pueden ser estereotipadas o independientemente de la naturaleza del estímulo, el carácter estresante de un estímulo psicosocial no lo da este como tal, sino la significación, atribuida al mismo por el sujeto, esto unido a experiencias previas, grado de control sobre el ambiente, entre otros. Tanto la significación atribuida como la respuesta psicológica tiene estrechamente vinculados sus componentes afectivos y cognoscitivos; la respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo psicosocial como sobre la significación atribuida.

Según Buzzeti (2005) el Burnout tradicionalmente se ha conceptualizado como una forma de estrés. Variables como conflictos de rol, ambigüedad y sobrecarga generan tensión a corto plazo, los cuales pueden acumularse y generar Burnout a largo plazo.

Alienación. Según Tonon (2003), la alienación ocurre cuando un sujeto tiene poca libertad para desarrollar una tarea, es decir ve limitada su opción de actuar de acuerdo a lo que es exigido por su medio. Este concepto difiere del síndrome de Burnout en la medida que este síndrome en algunos casos surge porque el sujeto tiene demasiada libertad para desarrollar las tareas determinadas en su cargo, pero las mismas resultan imposibles de ser desarrolladas.

Ansiedad. De la misma manera Tonon (2003), afirma que la ansiedad sucede cuando la persona no posee las habilidades para manejar la situación en la cual está inmersa y se diferencia del Burnout porque en este último existe una exigencia superior de habilidades que las personas pueden manejar. (p. 42, 43)

Para May (1985) citado por Casado (1994) la manifestación de ansiedad dentro de una organización es la reacción que tiene el ser humano al sentir amenazados sus valores fundamentales. Uno de los mecanismos de defensa contra ella es la apatía y la adopción de roles rígidos.

En un análisis más amplio Quintanilla y Perezagua afirman que la ansiedad se muestra como una consecuencia del síndrome de Burnout y puede presentarse como trastorno de ansiedad generalizada, lo anterior es reafirmado por Pérez, Iruarrizaga y Camuñas (2000), quienes plantean que la ansiedad especialmente generalizada aparece asociada al cansancio emocional y a la despersonalización, síntomas básicos del síndrome de "Burnout" en personal asistencial directo. Por otro lado la ansiedad fisiológica será más típica del cansancio emocional y la ansiedad cognitiva estará más asociada a la despersonalización. En general, la ansiedad y la ira, como cabría esperar, se presentan como respuestas emocionales típicas de los procesos de estrés así como del agotamiento emocional que caracterizaría al Burnout.

Por lo tanto se puede afirmar que si bien la ansiedad esta ligada al Burnout se distingue del mismo puesto que la ansiedad como síntoma o trastorno específico se manifiesta como una consecuencia de la presentación del síndrome.

Modelos explicativos del síndrome de burnout

El Burnout, como fue nombrado anteriormente ha tomando altos grados de importancia en la medida que se ha convertido en uno de los temas predilectos para la realización de investigaciones, artículos y trabajos de grado, relacionados con el ámbito laboral, por tal razón ha surgido la necesidad de buscar explicaciones desde diferentes posturas a este síndrome, las cuales a su vez, han facilitado el surgimiento de diversos modelos explicativos que abarcan el origen y desarrollo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, la educación, entre otros.

A continuación se presenta una recopilación de dichos modelos:

Modelo Procesual. (Golembiewski y Cols. 1986) Este modelo toma al síndrome del Burnout como un proceso continuo de desarrollo que inicia por la presencia de estresores laborales, los que generan sentimientos de agotamiento emocional, que hacen sentir exhaustos a los profesionales cuando están en contacto con las personas. Posteriormente este agotamiento da lugar o se asocia a la despersonalización en el trabajo, demostrándose en la escasa preocupación por el otro.

Respecto a este modelo Vinaccia y Alvaran (2003), afirman que el agotamiento emocional se percibe como una tensión y la despersonalización como la forma de afrontarlo, tendiendo a desarrollar actitudes poco empáticas hacia los otros, que con frecuencia traen consigo el surgimiento de sentimientos asociados con la falta de competencia en el trabajo.

Por lo mencionado anteriormente, se podría decir que el agotamiento emocional va acompañado de las exigencias del medio, donde se hace necesario poseer

estrategias de afrontamiento aptas para confrontarlas. Al no tenerlas aparece la despersonalización como la única opción para afrontar dichas exigencias. Además, al no afrontar de manera adecuada los estresores, la competencia personal de los profesionales se ve reducida, demostrándose así la relación tridimensional del síndrome, donde cada uno de los componentes abre camino a la aparición del otro, lo que da como resultado la aparición del Burnout en los profesionales de la salud.

Ahora bien, existen otros modelos que abarcan factores personales, sociales u organizacionales que predisponen a las personas al surgimiento del síndrome, estos modelos que se derivan de las teorías son:

Modelos desde la Teoría social cognitiva del Yo. Si se tiene en cuenta que cada persona percibe las situaciones de manera diferente, y que existen diferentes formas de afrontamiento a factores estresantes, se debe considerar que la subjetividad es un determinante frente al origen del Burnout, pues la individualidad de cada persona permite crear agentes que inclinan a ciertos sujetos a padecer dicho síndrome o a afrontar de manera adecuada las situaciones estresantes que llevarían a padecer un estrés crónico, que posteriormente se convertirá en Burnout.

Por lo tanto, dentro de esta perspectiva surge el modelo de Albert Bandura, el cual tiene en cuenta aspectos como las cogniciones, las cuales influyen en lo que perciben y hacen. Estas cogniciones se pueden ver modificadas por los efectos de cada uno de sus actos y la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. Por otro lado le da gran importancia a las creencias o seguridad de lo que pueden lograr, aspecto que tiene gran influencia en el cómo ven su trabajo y el empeño con que realizan sus labores.

Según Álvarez e Illera (2004) una de las teorías más representativas dentro de los modelos explicativos provenientes de la teoría social cognitiva del yo, es el modelo

de competencia social creado por Harrison en 1983, puesto que la mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con los factores de ayuda o factores barrera van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con factores de ayuda, aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, entre otros), dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo. (p. 32)

Otro de los modelos que tratan de explicar la aparición del síndrome de Burnout, fue creado por Cherniss en 1993 y denominado Modelo de Cherniss. Este modelo se basa en los planteamientos de Hall (1976), que trata de explicar las relaciones existentes entre el desempeño de las tareas, los sentimientos subjetivo de éxito o fracaso que se experimenta tras el cumplimiento de tareas y las consecuencias que se derivan de éstas. Dentro de este modelo se plantea que los sentimientos subjetivos de éxito llevan a que el sujeto se implique más en su trabajo, alcance objetivos más retadores y sienta mas autoestima, por el contrario, cuando no existe este sentimiento de éxito, la persona tiende a desconectarse y huir, experimentando sentimientos de fracaso, se retira de la situación, aumenta la apatía y el desinterés, explicando de tal manera, el surgimiento de las manifestaciones del síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal).

Modelos desde la Teoría del Intercambio Social. Otro de los factores que pueden influir en el desarrollo del síndrome de Burnout es el ámbito social, el cual intenta ser abarcado desde los modelos tomados dentro de esta teoría.

En este grupo se encuentra el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993), modelo que intenta explicar el síndrome de Burnout en el personal de enfermería, mediante una doble etiología: a) los procesos de intercambio social con los pacientes y b) los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros. Respecto al primero se identificaron tres variables estresoras relacionadas con el síndrome: la incertidumbre, (falta de claridad sobre lo que uno piensa y siente sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que los sujetos dan y lo que reciben) y la falta de control (posibilidad del sujeto de controlar los resultados de sus acciones laborales) (Gil monte y Peiró 1997).

Para Buunk y Schaufeli (1993), el rol de enfermería genera bastante incertidumbre, por las frecuentes dudas sobre hasta qué punto deben implicarse con los pacientes, como tratar sus problemas, entre otros. En cuanto a la afiliación social y comparación con los compañeros, afirman que el personal de enfermería no busca apoyo social en situaciones de estrés, sino por el contrario evitan la presencia de los compañeros y el apoyo social, por miedo a ser criticados o percibidos como incapaces e incompetentes.

Estos dos aspectos hacen que el personal de enfermería sea más propenso a padecer el síndrome de Burnout.

Además, surge el modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993). Este modelo hace énfasis en la teoría de la equidad y en la conservación de recursos, planteando que el síndrome de Burnout tiene su origen en las desigualdades o en la

percepción de falta de equidad, que no les permite tener las mismas ganancias, comparándose con el resto de los profesionales con quienes poseen algún tipo de interacción, en donde se presenta un intercambio de sentimientos, en los cuales, si se siente que de una u otra forma una de las personas recibe menos de lo que da, se generarán efectos de inequidad que darán inicio al desarrollo de Burnout.

Por su lado Álvarez e Illera (2004), realizan su aporte afirmando que en el contexto de las organizaciones sanitarias, también contribuye al desarrollo del síndrome de quemarse, los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros)

Modelos basados en la Teoría organizacional. Los modelos explicativos de origen organizacional plantean la existencia de factores antecesores a la aparición del síndrome de Burnout, algunos de estos factores son: disfunciones de rol (conflicto y ambigüedad de rol), falta de salud organizacional, cultura organizacional y dificultades en el clima organizacional.

Por lo tanto dentro de este modelo se da gran importancia a los estresores existentes en el ambiente de trabajo y en las estrategias de afrontamiento que cada uno de los profesionales poseen para hacerle frente a los problemas y dificultades que se les presentan en su medio laboral.

Golembieski, Munzernrider, y Carter (1983) crearon un modelo de explicación del síndrome de Burnout con base en aspectos organizacionales. Dentro de este modelo el síndrome es considerado como una respuesta al estrés laboral y a la tensión generada por el desarrollo de sus funciones. Por tal razón explican el origen a partir de una “sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación y reto en el puesto) y por pobreza de rol (existe poca estimulación y reto)” (Gil monte y Peiró

1997, p. 39), puesto que en ambos casos existe la pérdida de autonomía y de control, que conlleva a la irritabilidad, disminución de autoimagen y finalmente a la fatiga, aspectos hacia los cuales se responde con estrategias de afrontamiento no adecuadas como el distanciamiento del profesional de la situación estresante, generándose de tal forma las manifestaciones del síndrome.

Otro de los modelos dentro de la teoría organizacional es el creado por Cox, Kuk y Leiter (1993). Este modelo aborda el Burnout dentro de la perspectiva transaccional de estrés laboral, puesto que afirman que este síndrome es la respuesta al estrés laboral, que se presenta en las personas que se desempeñan en servicios humanos. Este síndrome surge en la medida que el personal se siente cansado frente al trabajo que desempeña (agotamiento emocional), frente a lo cual como estrategia de afrontamiento prefiere alejarse del problema (despersonalización), originándose evaluaciones cognitivas de baja realización personal, generándose además, bajo desempeño en el trabajo y expectativas frustradas del mismo.

Finalmente, Álvarez e Illera (2004), afirman que existen modelos característicos, que resaltan la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome, puesto que los antecedentes del síndrome varían dependiendo el tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

Por otro lado, existen otras clasificaciones como la que cita Párraga (2005), refiriéndose a Gil-Monte y Peiró (1997), quienes afirman que se debe diferenciar y delimitar dos perspectivas del término Burnout, destacando la perspectiva clínica y psicosocial, la primera hace referencia que el Burnout es la consecuencia del estrés laboral y la perspectiva psicosocial, considera que este síndrome surge como resultado de la relación establecida entre el entorno laboral y el orden personal.

Tonon (2003), por su parte realiza una descripción más amplia de los modelos explicativos clínico y social, citando como primera medida a Freudemberguer (1974), quien se une a la concepción del Burnout como perspectiva clínica, puesto que es un estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano en la prestación de servicios y ante expectativas inalcanzables.

Tonon (2003), teoriza la perspectiva social a partir de la visión de Harrison (1983), quien afirma que las personas que trabajan en profesiones de servicios están motivadas para ayudar a las demás. Si en su contexto laboral existen factores que obstaculizan su tarea y no lo dejan conseguir sus objetivos, esto afecta su esperanza de conseguirlos y con el tiempo se genera el Burnout, que, así mismo, retroalimenta negativamente su motivación para ayudar. Da Silva (2001) cita a Pines y Aronson (1988), quienes se acogen a esta postura, planteando que el Burnout es un proceso de desilusión en una persona altamente motivada por su trabajo, que se caracteriza por fatiga emocional, física y mental; sentimientos de inutilidad, impotencia, sentirse atrapado y baja autoestima.

Medición del síndrome de Burnout

Para la evaluación del síndrome fue elaborada una prueba denominada Maslash Burnout Inventory (MBI) (Buzzeti 2005) que fue estructurada por Maslash y Jackson en el año de 1981 y posteriormente modificada en 1986. Esta prueba busca evaluar las manifestaciones de dicho síndrome, a partir de la identificación del componente de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización.

Según Tuesca, Iguaran, Suarez, Vargas y Vergara (2006), el cuestionario Maslash Burnout Inventory, valora el cansancio emocional, despersonalización y logros personales, mediante tres subescalas independientes tipo Likert, que valoran el

cansancio emocional (9 ítems), la despersonalización (5 ítems) y los logros personales (8 ítems), donde unas puntuaciones altas de cansancio emocional y despersonalización y puntuaciones bajas en la subescala de logros personales reflejan un alto nivel de desgaste profesional o de síndrome de Burnout.

De acuerdo con Buzeti (2005), el primer inventario creado por Maslach y Jackson para medir el nivel de Burnout o estar quemado, consistía en un cuestionario de 47 ítems, el cual fue aplicado a una muestra de 605 personas de organizaciones de servicio. Las respuestas obtenidas fueron sometidas a un análisis factorial, del cual se obtuvieron 10 factores compuestos por 25 ítems.

Estos a su vez fueron nuevamente sometidos a prueba en una muestra confirmatoria de 420 personas, en la que reaparecieron 4 factores. Finalmente, de ellos quedaron 3 factores, que por su alta contribución a la explicación de la varianza, constituyeron las tres dimensiones del Burnout, con 22 ítems finales (Buzeti (2005) retomando a Cordes y Dougherty, (1993)). Por otra parte, la primera edición del MBI mantenía dos tipos de escalas según la frecuencia e intensidad del síndrome. De éstas, la escala de frecuencias es la que muestra una mejor correlación en la mayoría de las investigaciones. Debido a estas razones, los autores han aceptado la utilización de una sola escala de frecuencia en la segunda edición. Así, se desarrolló la versión final del Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual fue el primer instrumento científicamente validado sobre el tema.

Posteriormente se desarrollaron versiones para poblaciones específicas: una versión para quienes entregan servicios a personas (MBI-HSS), una versión para educadores (MBI-ES) y la más reciente, una versión general (MBI-GS) para personas que no trabajan prestando servicios o asistencia directamente a otros.

Según Álvares e Illera (2004), la subescala de agotamiento emocional, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, la subescala de despersonalización valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento y la subescala de realización personal, evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo.

Para concluir, según Garcés de los Fayos (2004) el desarrollo del instrumento duro ocho años en los que se fue perfilando el definitivo, realizando la última aplicación a 11067 sujetos de diversas profesiones.

Enfermería

Para Ledesma (2005) “la enfermería es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas” (p 13)

La enfermería es vista desde varias dimensiones, como arte, como ciencia y como profesión. La primera, porque requiere de habilidades individuales, que dependen del matiz personal que le imprime quien la realiza, es decir las formas de intervención subjetivas con las que cada profesional desempeña su trabajo. La segunda, dado que requiere de conocimientos específicos en su área de trabajo. Y como profesión, la enfermería necesita sustentarse en distintos enfoques del conocimiento tales como los físicos, biológicos, sociales y médicos, además se destaca la capacidad que los profesionales de enfermería deben poseer en cuanto al trabajo en equipo y la cohesión grupal

“La enfermería como profesión requiere de un trabajo especializado, mediante la aplicación de conocimientos específicos, debe ser práctica, académica, debe incluir procedimientos uniformes basados en principios generales, debe tener bases éticas, organización interna y autonomía, de igual forma, debe ser social bajo los principios establecidos para una autoridad reconocida.” (Ledesma 2005 p. 14)

La enfermería como toda profesión debe regirse dentro de valores éticos y morales que en este caso estarían orientados al servicio del bien común buscando mejorar la salud de las personas que se encuentran a su cargo contribuyendo a la calidad de vida de los seres humanos.

Auxiliar de enfermería

“Según Osenat (1995), La auxiliar de enfermería, cuyo lugar en la jerarquía profesional es modesto, desempeña, no obstante, un papel determinante. Ella será quien deberá consagrar más tiempo al enfermo y representará el elemento intermedio entre el paciente que padece algún tipo de enfermedad y el especialista o médico hospitalario” (p. 29 – 30).

Los auxiliares de enfermería se encuentran al servicio del enfermo, para proporcionarles ciertos cuidados y asegurar su comodidad, así mismo se encargan del cuidado de la habitación y de la cama, de la higiene corporal, de la administración de medicamentos y de la vigilancia general del enfermo.

De la misma manera los auxiliares de enfermería deben permanecer atentos a las distintas necesidades del enfermo, deben estar disponibles y dispuestos a escucharlo, a animarlo, y socorrerlo.

La naturaleza de las funciones de los/las auxiliares de enfermería, es “prestar servicios auxiliares a la empresa, realizando labores de apoyo en enfermería en la prestación de los servicios” (Manual de Funciones HUDN p. 88).

Las labores específicas que realizan los/las auxiliares de enfermería están descritas en el Manual de Funciones del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. (ver anexo 3)

Enfermera jefe o superior

Para Jiménez (2001), “La enfermera jefe deberá asumir una dependencia de líder gestor en aspectos referentes a la gestión dentro de la unidad y una dependencia profesional de los líderes de enfermería.” (p. 404).

Según información personal brindada por Muñoz (2008), “la enfermera superior debe cursar cinco años de formación académica y realizar un trabajo de grado, con el fin de acreditarse como jefe de servicio en cualquier institución de salud. Ella cumple un rol administrativo, debido a que debe supervisar todas las actividades que se ejecuten en el servicio por parte de las auxiliares de enfermería, verificar la calidad y cantidad de los medicamentos correspondientes a cada paciente, gestionar la realización de exámenes físicos y de todo tipo, recibir los resultados de los mismos y controlar la alimentación de cada uno de los pacientes en el servicio. Además evalúa el rendimiento y los niveles de calidad de la atención prestada y funciones desempeñadas por las auxiliares de enfermería diariamente.”

Según el Manual de Funciones de la institución, la naturaleza de las funciones del personal de enfermería superior (jefes) es “prestar servicios profesionales a la empresa en procesos operativos, en desarrollo de labores de programación, coordinación, ejecución y control de la prestación de servicios de enfermería en los diferentes servicios del hospital” (p. 81).

Las funciones específicas que realiza el personal de enfermería superior (jefes), están descritas en el Manual de Funciones del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Ética en las enfermeras

El personal de enfermería es el que mantiene un frecuente acercamiento a los enfermos en las diversas entidades de salud, puesto que son ellos los encargados de

aumentar el estado de bienestar de los pacientes mediante sus cuidados y en ocasiones con la creación de relaciones de amabilidad y confianza, donde se puede propiciar descargas emocionales, por tal motivo es una relación donde existe una interacción constante con un único fin, la recuperación de la salud.

Por lo anteriormente dicho, la relaciones que se crean entre el personal de enfermería y los enfermos, puede ocasionar el surgimiento de una dependencia, que genera un desgaste y alteraciones psíquicas en los enfermeros y enfermeras que en ocasiones, como es el caso de enfermos terminales pueden ser de incapacidad en el momento de buscar alternativas para aliviar el dolor, ya sea del enfermo o de la familia de este. Consecuentemente el enfermero o enfermera al sufrir de agotamiento emocional, se va a sentir cansado, y puede padecer de síntomas físicos como dolores de cabeza y alteraciones de sueño, entre otras, que van a generar una incapacidad de ponerse en el lugar del enfermo y comprenderlo, apareciendo de tal forma la despersonalización, que trae a su vez la irritabilidad, se pierde el respeto, no se atiende de manera cordial, ni adecuada, atentando contra la salud del paciente; dejando de lado la ética del personal de enfermería, en el cual se pretende apoyar con el proceso de alcanzar el bienestar de los enfermos.

Finalmente, es importante decir que este síndrome no afecta solamente al personal, sino que las consecuencias se van a observar en la disminución de la calidad en la atención prestada en los servicios de salud.

Prevalencia

La prevalencia puede ser definida según Rothman (1987), como “la proporción de una población que está afectada por una enfermedad en un punto dado de tiempo” (p. 39), afirmación que coincide con la planteada por Armijo (1994),”la prevalencia se

centra en el estatus de enfermedad. Proporción. Personas afectadas en un tiempo determinado”

Por otro lado, Fletcher, Fletchet y Wagner (2003), plantean que “los estudios de prevalencia pueden utilizarse para investigar la relación potencialmente causal entre los factores de riesgo y una enfermedad o los factores pronósticos y un resultado” (p.87) por lo tanto, en los estudios de prevalencia se miden simultáneamente la enfermedad y los posibles factores responsables de ésta.

Es importante decir, que a través de la prevalencia se puede cuantificar la cantidad de personas o individuos de una población determinada, en este caso de enfermeras jefes y auxiliares de enfermería que están afectados por el síndrome de Burnout, en el momento de la aplicación del cuestionario Maslash Burnout Inventory.

La cantidad de personas afectadas, se puede calcular a través de la división de número de casos de personas que manifiestan este síndrome y el total de personas a las cuales se evaluó. El resultado de prevalencia toma una dimensión entre cero (0) y uno (1) y puede ser expresado en términos de porcentajes.

Finalmente, la prevalencia se mide mediante estudios transversales como el presente, favoreciendo el diagnóstico y la determinación de la importancia de tratar, en este caso, el síndrome de Burnout en un momento concreto.

Psicología de la salud

Según Latorre y Beneit (1994), quienes citan a Taylor (1986), “la psicología de la salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando está enferma”(p. 20). Además se interesa por los factores psicológicos implicados en la salud y la enfermedad.

Por otro lado Latorre y Beneit (1994) plantean que la psicología de la salud intenta comprender los cambios producidos en un ser humano cuando esta se enfrenta a una determinada enfermedad y establece una serie de pautas y recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente. Se encarga también del estudio de variables que influyen en el desarrollo de hábitos de salud, centrándose en la promoción y el mantenimiento de la misma.

Por otro lado Morales (1997), considera que “la psicología de la salud es la rama aplicada a la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud- enfermedad y de la atención de la salud” (p. 88). Consecuentemente, a este campo le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que hacen parte del estado de salud, el riesgo de enfermar, la condición de enfermedad y la recuperación, así como las situaciones interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas.

Igualmente Morales (1997) citando a Stone (1991), afirma que la psicología de la salud “comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación de la salud, el financiamiento de la salud, la legislación sobre la salud y otros componentes de este tipo del sistema total” (p. 90).

Psicología organizacional

Según Velásquez (2006) la psicología industrial u organizacional tiene sus bases en el comportamiento humano organizacional. En donde quiera que exista una organización (empresa o institución) se tendrá la necesidad de comprender el

comportamiento organizacional. Los empleados y su entorno laboral son el área de investigación y desarrollo de los psicólogos organizacionales, cuya preocupación principal es hacer más comfortable el trabajo tanto para el personal operativo, como para el personal ejecutivo. Se elaboran y desarrollan técnicas para generar una adaptación al trabajo, para formar al personal (entrenamiento, capacitación, liderazgo, supervisión) y para evaluar la comunicación organizacional y la motivación del personal.

Desde otro punto de vista Siegel (1983) define la psicología de la organización como “El estudio del comportamiento de los miembros, tanto en la forma en que influye como en la que es influido por esa organización” (p. 401). La psicología dentro de estas instituciones se encarga de estudiar temas como la satisfacción que tienen los empleados con el trabajo que desempeñan, la motivación, las condiciones del funcionamiento de los grupos, la dirección, el cambio organizacional, entre otros.

Finalmente Dunnette y Kirchner (1982) en cuanto a la psicología de la organización afirman que es el estudio de la organización, de sus procesos y las relaciones con la gente que pertenece a la misma. Esta definición implica el estudio de áreas de conflicto potenciales entre las personalidades de los empleados y las demandas organizacionales sobre ellos.

Marco conceptual

Síndrome de Burnout

Experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo (Gil Monte y Peiró 1997. p. 14)

Agotamiento emocional

Disminución y pérdida de recursos emocionales que corresponden a la medida del sentirse abrumado emocionalmente (Tonon 2003 p. 40)

Auxiliar de enfermería

Los (as) auxiliares de enfermería son las personas que se encuentran al servicio del enfermo, para proporcionarles ciertos cuidados y asegurar su comodidad, así mismo se encargan del cuidado de la habitación y de la cama, de la higiene corporal, de la administración de medicamentos y de la vigilancia general del enfermo. (Osenat 1995)

Baja realización personal

Tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atiende. (Álvarez e Illera. 2004 p. 18)

Despersonalización

Desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo (Gil Monte y Peiró 1997. P. 15)

Diseño transaccional

Recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista 1998. P. 186)

Enfermería superior

La enfermera superior es aquella que asume una dependencia de líder gestor en aspectos referentes a la gestión dentro de la unidad y una dependencia profesional de los líderes de enfermería. (Jiménez 2001. p. 404)

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Cuestionario que valora el cansancio emocional, despersonalización y logros personales, mediante tres subescalas independientes tipo Likert, que evalúan el cansancio emocional (9 ítems), la despersonalización (5 ítems) y los logros personales (8 ítems), donde unas puntuaciones altas de cansancio emocional y despersonalización y puntuaciones bajas en la subescala de logros personales reflejan un alto nivel de desgaste profesional o de síndrome de Burnout. Según (Tuesca, Iguaran, Suarez, Vargas y Vergara, S. 2006, p. 86)

Prevalencia

Proporción de una población que está afectada por una enfermedad en un punto dado de tiempo” (Rothman 1987 p. 39).

METODOLOGÍA

Perspectiva Epistemológica

Después de revisar las más influyentes aportaciones que consolidan los resultados de múltiples investigaciones sobre el Síndrome de Burnout en trabajadores del campo de la salud (Ourcilleon 2007, Quintanilla 2004, Gil Monte 2005, Albaladejo 2004, entre otros), es posible decir que este síndrome o algunos de los síntomas del mismo se presentaron con características diferentes según la frecuencia y clase de contacto que se tenga con los pacientes, el tipo de funciones asociadas al cargo que se desempeña, las responsabilidades propias de dicho cargo, entre otras variables que se presentan de manera diferente en enfermeras jefe y auxiliares de enfermería, que son los dos grupos con los que se trabajó en este estudio.

Asumiendo la construcción de conocimiento científico como un saber que hizo posible a través de la contrastación de sus postulados con los datos que nos ofrece la realidad, se buscó someter a prueba empírica el planteamiento expresado en el párrafo anterior acerca de las diferencias en la características del síndrome de Burnout entre enfermeras jefe y auxiliares de enfermería, a través de un estudio correlacional con diseño transaccional, que permitió recolectar datos que llevaron a refutar y apoyar la proposición que se ha derivado de la teoría existente sobre el síndrome hasta el momento.

En el presente estudio se adoptó la postura falsacionista expuesta por Clark Popper (citado por Mardonés, 2001), puesto que se acepta que no es posible verificar (en sentido último) una posible diferencia en las características del Burnout entre enfermeras jefe y auxiliares de enfermería, quedando solo la alternativa de demostrar que aquello que esta proposición niega implícitamente, sí ocurre en la realidad al establecer las condiciones propicias para ello. Ahora bien, en el caso en el cual no

logró falsear la proposición, es decir, que no se contradijo con los datos su negación implícita, se aceptó la validez científica de la misma, hasta tanto no logre ser falseada por nuevas investigaciones.

Tipo de Estudio

Esta investigación según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2004), se encuentra dentro de los estudios que se consideran no experimentales, es de tipo correlacional, puesto que el interés va más allá de la sola descripción de las variables bajo estudio (características del síndrome de Burnout y cargo que desempeña el personal de enfermería) en su contexto natural, para centrarse en la relación que existe entre ellas. Por otro lado, no puede ser considerado un estudio explicativo, puesto que no cumple con los criterios metodológicos que desde el paradigma cuantitativo de investigación permiten dar cuenta de relaciones de causalidad entre dichas variables.

Variables

Prevalencia

La prevalencia dentro de este estudio es considerada como la proporción, de las personas afectadas en un tiempo determinado (Armijo R. 1994).

Esta variable pudo ser establecida utilizando la prueba Maslach Burnout Inventory (MBI), la cual mide la presencia de Burnout. Además, mide las características de las principales manifestaciones del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Manifestaciones del síndrome de Burnout

En este estudio, la variable manifestaciones del síndrome de Burnout se descompone en las principales manifestaciones del mismo, que están claramente

determinadas como despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal que se definen a continuación:

Agotamiento emocional

Alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar de sí mismos a nivel afectivo, es una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

Despersonalización

Se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias de trabajo, que son vistas por los profesionales de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.

Baja realización personal

Se entiende como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, que además afecta en la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Las manifestaciones de la variable se operacionalizaron en el puntaje de los factores de la prueba Maslach Burnout Inventory para cada una de dichas manifestaciones.

Cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario

Departamental de Nariño E.S.E.

Es este estudio, la variable cargo que desempeña el personal de enfermería del (H.U.D.N) asume dos valores: a) Enfermera jefe y b) enfermera auxiliar. Cada uno de estos valores se operacionalizaron en las funciones específicas (consignadas en el manual de funciones. Ver Anexo 3) que desempeña el personal de cada uno de los cargos en cuestión.

Diseño

La presente investigación tiene un diseño transversal-correlacional, puesto que analiza la relación entre las características del síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E (HUDN) en un solo momento, es decir en un tiempo único.

Hipótesis

Las hipótesis formuladas en esta investigación son de tipo de diferencia entre grupos, puesto que se establecen comparaciones entre el grupo de enfermeras jefes con el de auxiliares de enfermería en cuanto a las características del síndrome de Burnout que se observen en cada uno de ellos.

Es importante señalar que según Hernández, Fernández y Baptista (2004), “las hipótesis de diferencia entre grupos (aunque son distintas a las hipótesis correlacionales) pueden formar parte de los estudios correlacionales”, si se abstienen de señalar las causas o razones de las diferencias en cuestión.

Hipótesis de Investigación

Hipótesis de trabajo

Hi1. Se encontrarán diferencias en la prevalencia del Síndrome de Burnout entre el grupo de enfermeras jefe y el grupo de auxiliares de enfermería.

Hi2. Se encontrarán diferencias en los síntomas de despersonalización asociados al síndrome de Burnout entre el grupo de enfermeras jefe y el grupo de auxiliares de enfermería.

Hi3. Se encontrarán diferencias en los síntomas de agotamiento emocional asociados al síndrome de Burnout entre el grupo de enfermeras jefe y el grupo de auxiliares de enfermería.

Hi4. Se encontrarán diferencias en los síntomas de baja realización personal asociados al síndrome de Burnout entre el grupo de enfermeras jefe y el grupo de auxiliares de enfermería.

Hipótesis nulas

Ho1. No se encontrarán diferencias en la prevalencia del Síndrome de Burnout entre el grupo de enfermeras jefe y el grupo de auxiliares de enfermería.

Ho2. No se encontrarán diferencias en los síntomas de despersonalización asociados al síndrome de Burnout entre el grupo de enfermeras jefe y el grupo de auxiliares de enfermería.

Ho3. No se encontrarán diferencias en los síntomas de agotamiento emocional asociados al síndrome de Burnout entre el grupo de enfermeras jefe y el grupo de auxiliares de enfermería.

Ho4. No se encontrarán diferencias en los síntomas de baja realización personal asociados al síndrome de Burnout entre el grupo de enfermeras jefe y el grupo de auxiliares de enfermería.

Hipótesis estadísticas

Hi1. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de enfermeras jefe (M1) y el promedio de auxiliares de enfermería (M2) que presentan Síndrome de Burnout.

$$Hi1: M1 \neq M2$$

$$Ho1: M1 = M2$$

Hi2: Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de enfermeras jefe (1) y el grupo de auxiliares de enfermería (2), respecto al promedio (M) de los puntajes obtenidos por cada grupo con la prueba Maslach en el factor de síntomas de despersonalización asociados al síndrome de Burnout.

Hi2: $M1 \neq M2$

Ho2: $M1 = M2$

Hi3. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de enfermeras jefe (1) y el grupo de auxiliares de enfermería (2), respecto al promedio (M) de los puntajes obtenidos por cada grupo con la prueba Maslash en el factor de síntomas de agotamiento emocional asociados al síndrome de Burnout.

Hi3: $M1 \neq M2$

Ho3: $M1 = M2$

Hi4. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de enfermeras jefe (1) y el grupo de auxiliares de enfermería (2), respecto al promedio (M) de los puntajes obtenidos por cada grupo con la prueba Maslash en el factor de síntomas de baja realización personal asociados al síndrome de Burnout.

Hi4: $M1 \neq M2$

Ho4: $M1 = M2$

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para recolección de la información sobre el síndrome de Burnout en auxiliares jefes y auxiliares de enfermería, fueron el Maslash Burnout Inventory (MBI) y un cuestionario complementario, elaborado para efectos de profundizar en la información.

Maslash Burnout Inventory (MBI)

De acuerdo con Garcés de los Fayos (2004), el propósito del Maslash Burnout Inventory (MBI) es dar un diagnóstico en cuanto a la presencia o no del síndrome, puesto que mide la frecuencia de las actitudes y sentimientos relacionados con el Burnout a fin de identificar sus manifestaciones principales tales como el

agotamiento emocional, la realización personal y la despersonalización. Lo anterior a partir de un inventario de 22 ítems en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación con diversos aspectos de su interacción continua en el trabajo y su desempeño habitual.

Así mismo Garcés de los Fayos (2004), plantea que el inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales evalúa las tres dimensiones que configuran el término, nombradas en el párrafo anterior. Desde la perspectiva del diagnóstico, Gil Monte y Peiró (1997), citando a Maslach y Jackson (1986), afirman que tanto el término Burnout como cada una de las dimensiones son consideradas como variables continuas. Los sujetos que están por debajo de una desviación estándar de la muestra indican ausencia de Burnout y los sujetos que se ubican por encima de una desviación estándar demuestran presencia del síndrome.

Validez y confiabilidad maslach burnout inventory (mbi)

Garcés de los Fayos (2004), realiza un resumen del origen del MBI original, teniendo como referencia la literatura científica al respecto, en donde cita a Maslach y Jackson (1981), quienes se refieren a la fiabilidad con los siguientes índices: 0.87 para la escala de agotamiento emocional, 0.76 para la reducida realización personal y 0.73 para la despersonalización. Posteriormente en este mismo año se hallan unos índices de alfa de Cronbach de 0.90 para agotamiento emocional, 0.71 para reducida realización personal y 0.79 para despersonalización. Por lo que se refiere a una consistencia interna de 0.76 en la versión de 1981 y de 0.80 para la versión de 1986.

Además Buzzeti (2005), citando a Jackson y otros (1986), reafirma lo anteriormente planteado dando a conocer que el Maslach Burnout Inventory cuenta con un adecuado nivel de consistencia interna, que va de 0.75 a 0.90 en muchas de las investigaciones realizadas.

En cuanto a la validez convergente, se indica que según las puntuaciones obtenidas en el MBI se correlacionan positivamente con: las evaluaciones que sobre la conducta del trabajador hacen las personas que lo conocen, la presencia de ciertas características del trabajo que contribuyen a experimentar Burnout como, por ejemplo, el clima laboral negativo y las medidas de varias hipótesis de resultados planteadas con relaciones al comportamiento del instrumento, siempre centradas en la consolidación de las tres dimensiones; y al hablar de la validez discriminante, queda demostrada en tanto que se presentan evidencias de bajas correlaciones entre las escalas del MBI y otros constructos como por ejemplo, la satisfacción laboral, que fundamentan dicha validez (Garcés de los Fayos 2004, p. 102)

Finalmente, Garcés de los Fayos (2004, p. 103), cita solo algunos trabajos al respecto, Burke y Richardsen (1991), plantean que las características del instrumento, en cuanto a fiabilidad y validez, son adecuadas. Cherniss (1992), acepta la fiabilidad y validez del MBI, sin entrar a analizar su estructura factorial; Leiter (1991), no solo apoya las tres dimensiones, sino que afirma que son inherentes a la comprensión del Burnout, de modo similar al planteamiento que habían mantenido antes otros autores. Golembiewski, Boudreau, Goto y Murai (1993), concluyen en su estudio que la estructura factorial del MBI queda confirmada; confirmación que también concluye desde otras muchas investigaciones.

Cuestionario

Para Hernández, Fernández y Baptista (1998), el cuestionario es uno de los instrumentos más utilizado para recolectar los datos. “Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir”. (p. 276)

En esta investigación, el cuestionario se hizo necesario como un instrumento complementario para profundizar en la recolección de información con respecto a

variables importantes que no están especificadas dentro del Maslach Burnout Inventory, tales como, edad, estado civil, número de hijos, antigüedad en el trabajo, entre otros. Este cuestionario se elaboró teniendo en cuenta la información en la que se necesitaba profundizar, fue sometido a validación por jueces y expertos y se realizó una prueba piloto a un grupo con características similares a la población participante en el estudio, garantizando su confiabilidad para ser aplicado en función de la investigación.

Los resultados obtenidos fueron de mucha utilidad en el momento de realizar las comparaciones entre las manifestaciones y las características personales de cada grupo de estudio (Jefes y Auxiliares).

Población

En esta investigación se trabajó con una muestra de 163 enfermeros, a partir de quienes se formaron los grupos pareados, los cuales quedaron conformados por 50 según auxiliares y 50 jefes. Los resultados de la investigación fueron establecidos con base en los grupos pareados.

Enfermeras jefe (Grupo 1)

Este grupo está conformado por las enfermeras jefe de todos los turnos de cada uno de los servicios del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Auxiliares de enfermería (Grupo 2)

Este grupo está conformado por auxiliares de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. que fueron escogidos bajo el criterio de asegurar la mayor equivalencia posible (Hernández, Fernández y Baptista, 1998) con el grupo de enfermeras jefe en aquellas variables relevantes para el síndrome de Burnout. Estas variables fueron arrojadas por la técnica de regresión logística.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos recolectados se utilizaron dos programas estadísticos: Statgraphics 5.1 y SPSS versión 13, mediante métodos estadísticos como la regresión logística en el primero y T student en el segundo. Estos métodos básicamente compararon la forma en que los datos recolectados (en este caso indicadores de prevalencia y manifestaciones del Burnout) se distribuyen en las categorías pertinentes según el caso (auxiliares de enfermería y enfermeras jefe), con una distribución esperada de los mismos, brindando información acerca de la significancia estadística de las diferencias encontradas.

RESULTADOS

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación relacionados con la identificación de diferencias entre prevalencia y manifestaciones del síndrome de Burnout en auxiliares y jefes de enfermería se siguieron una serie de fases cuyos resultados se describen a continuación.

Fase 1. Elaboración y validación de formatos.

Con el fin de recaudar información acerca de variables demográficas que pueden influir en el desarrollo del síndrome de Burnout, se elaboró un cuestionario complementario que contiene 19 preguntas con sus respectivas opciones de respuesta. En este cuestionario se abarcan los datos personales e información demográfica de los jefes y auxiliares, así como también la percepción frente a variables específicas del entorno laboral (remuneración, trato recibido por el jefe inmediato, estado de salud y reconocimiento), que según la teoría pueden influir en la aparición del síndrome. Estos datos se tuvieron en cuenta para la elaboración de la regresión logística y conformación de grupos pareados de jefes y auxiliares de enfermería que serían comparados en cuanto a las manifestaciones del síndrome de Burnout en cada uno de ellos. La forma como se utilizó esta información para conformar los grupos será descrita más adelante.

Puesto que el cuestionario fue elaborado por las investigadoras, se hizo necesaria la validación por tres jueces expertos, con el fin de garantizar la pertinencia, claridad y unidimensionalidad de cada uno de los ítems. Conjuntamente con este proceso, se realizó la validación del Maslach Burnout Inventory, con el fin de garantizar que los ítems fueran comprendidos por los participantes del estudio, pues esta prueba no estaba validada en nuestro contexto y existía la posibilidad que el lenguaje utilizado

en la traducción del Maslash realizada por Maslash y Jackson alterara el sentido original de los ítems.

Los resultados de estos procesos de validación fueron los siguientes: en cuanto al cuestionario complementario, los jueces calificaron la pertinencia (Per), claridad (Cla) y unidimensionalidad (Uni) de todos los ítems, dando pautas para modificar algunos de estos. Ver tabla 1.

Tabla 1

Resultados validación cuestionario complementario

Ítem	Juez 1			Juez 2			Juez 3		
	Per.	Uni.	Cla.	Per.	Uni.	Cla.	Per.	Uni.	Cla.
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3	2	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	3	3	2	3	3	3	3	3	3
9	3	3	3	3	3	2	3	3	3
10	3	3	3	2	3	3	3	3	3
11	3	3	2	3	3	3	3	3	3
12	3	3	3	1	3	3	3	3	3
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3	2	3	3	3
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3	2	3	3	3

Los resultados del proceso de validación del Maslash Burnout Inventory fueron sistematizados de tal forma que los puntajes con promedio igual a 3 no fueron modificados, porque para los jueces dichos ítems eran comprensibles para la población en el contexto. Por el contrario los que tuvieron un promedio menor a 3

fueron tomados en cuenta para la modificación del cuestionario, pues presentaron algún tipo de dificultad para el entendimiento del mismo. (Ver tabla 2).

En esta fase y con el objetivo de verificar que la versión del Maslash Burnout Inventory después de algunas modificaciones realizadas como parte de la validación por jueces resultara comprensible para la población a la que se aplicaría en este estudio, se llevo a cabo la aplicación de una prueba piloto a 19 estudiantes del Instituto INEC del programa Auxiliar de Enfermería. Los resultados, que se muestran en la tabla 3, evidencian que la prueba resulta comprensible para la muestra que participo en la prueba piloto.

Dentro de la tabla los ítems que tuvieron algún tipo de observación aparecen con las siglas Obs (observación) y los ítems que fueron claros para la población de la prueba piloto están identificados con las siglas Ic (Ítem Claro).

Después de la prueba piloto los ítems del Maslash Burnout Inventory fueron modificados teniendo en cuenta las observaciones realizadas por las 19 auxiliares que participaron de la misma, con el fin de garantizar la comprensión de la prueba por parte del personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Tabla 2

Calificación de Jueces, Prueba Maslash Burnout Inventory

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Puntaje
1	3	3	3	3
2	3	3	3	3
3	3	2	2	2.33
4	2	3	2	2.33
5	1	2	3	2
6	2	1	2	1.67
7	3	2	2	2.33
8	1	3	3	2.33

ite ms	sujetos																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
14	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic
15	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic
16	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic
17	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic
18	Obs	Ic																	
19	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic
20	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic
21	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic
22	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic

Las modificaciones de los ítems después de la aplicación de la prueba piloto se mostraran en la tabla 4, indicando los cambios realizados con las frases subrayadas.

Tabla 4

Modificación de Ítems

	Ítems	Ítems modificados
1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo
2	Me siento cansado/a al finalizar la jornada de trabajo	Me siento cansado/a al finalizar la jornada de trabajo
3	Me siento fatigado/a cuando me levanto en la mañana y tengo que ir a trabajar	<u>Siento fastidio</u> cuando me levanto en la mañana y tengo que ir a trabajar
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	<u>Puedo ponerme en el lugar de los pacientes,</u> es decir comprendo fácilmente como se sienten.
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran <u>cosas u objetos</u>
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	Trabajar todo el día con mucha gente es <u>muy agotador</u>
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	<u>Soy una persona colaboradora con los pacientes.</u>
8	Me siento “quemado” por mi trabajo	Me siento “quemado”(demasiado <u>agotado</u>) por mi trabajo

	Ítems	Ítems modificados
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	Me preocupa el hecho de que este trabajo <u>endurezca mis emociones</u>
12	Me siento muy activo	Me siento muy activo
13	Me siento frustrado en mi trabajo	Me siento frustrado en mi trabajo
14	Creo que estoy trabajando demasiado	Creo que estoy trabajando demasiado
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	Trabajar directamente con personas me produce estrés
17	Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes	Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada (<u>buen ambiente</u>) con mis pacientes
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	Me siento <u>satisfecho</u> después de trabajar con mis pacientes
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	He conseguido muchas cosas útiles <u>con</u> mi profesión
20	Me siento acabado	<u>Siento que no doy mas en mi trabajo</u>
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	Siento que algunos de los pacientes me culpan por sus problemas

Fase 2. Aplicación de la prueba y el cuestionario

Posterior a realizar la validación del Maslash Burnout Inventory y el cuestionario complementario se dio inicio a la aplicación de los mismos al personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Para llevar a cabo esta fase se hizo necesario solicitar la aprobación por parte de la jefe encargada de los servicios de Hospitalización de la Institución con el fin de aplicar tanto el cuestionario complementario como el Maslash Burnout Inventory a

todo el personal de enfermería. Dada dicha aprobación se continuó con la aplicación de los formatos con el respectivo consentimiento informado el cual estaba incluido en el cuestionario complementario para facilitar el diligenciamiento del mismo. El consentimiento informado fue redactado para dar a conocer la forma de manipulación de la información obtenida, explicando que los datos recolectados en el documento serían de manejo exclusivo de las investigadoras y solo se apreciarían de manera grupal. Para la aceptación del consentimiento el personal de enfermería diligenció el formato consignando su firma y escribió su documento de identidad, como se observa en el anexo 1.

La aplicación se inició con el personal de planta (51 auxiliares de enfermería y 25 jefes) y se continuó con el personal de cooperativa quienes cubren los turnos de las noches y fines de semana (25 jefes y 62 auxiliares de enfermería) por lo cual encontrar un tiempo adecuado para la aplicación fue dispendioso.

Una vez diligenciados y recolectados los cuestionarios, se realizó la sistematización de los datos en SPSS versión 13, a partir de la cual se elaboró la caracterización de la población participante, que se presenta a continuación.

La muestra a la que fueron aplicados los formatos, está conformada por 163 personas de todos los servicios como se puede observar en la tabla 5.

Se trabajó con 147 mujeres (90.18%) y 16 hombres (9.81%), la media de edad fue 39.44 con un rango de 20 a 64 años. Con respecto al tipo de contrato 76 personas son de planta (25 jefes y 51 auxiliares) y 87 personas de cooperativa (25 jefes y 62 auxiliares). El tiempo ejerciendo la profesión tiene una media de 16.44 con un rango de 1 mes a 38 años, mientras que la media de tiempo de trabajo en la institución es de 14.48 con un rango de 1 mes a 38 años de trabajo.

Tabla 5

Distribución de la población total según los servicios

Servicio	Total	%
Cirugia	11	6.75
Ginecologia	16	9.82
Med. Interna	13	7.98
Neonatos	18	11.04
Neonatos uci	9	5.52
Oncologia	4	2.45
Ortopedia	7	4.29
Pension	14	8.59
Quirofano	19	11.66
Sala de partos	5	3.07
Uci	17	10.43
Urgencias	30	18.40
Total	163	100 %

El estado civil de la muestra se encuentra en su mayoría en categorías como casado (45%) y soltero (41%), ver el grafico 1, de la misma forma el número de hijos que está plasmado en el grafico 2, muestra que el 33% de las personas tienen dos hijos, el 28% tienen un hijo y 21% de las personas no tienen hijos.

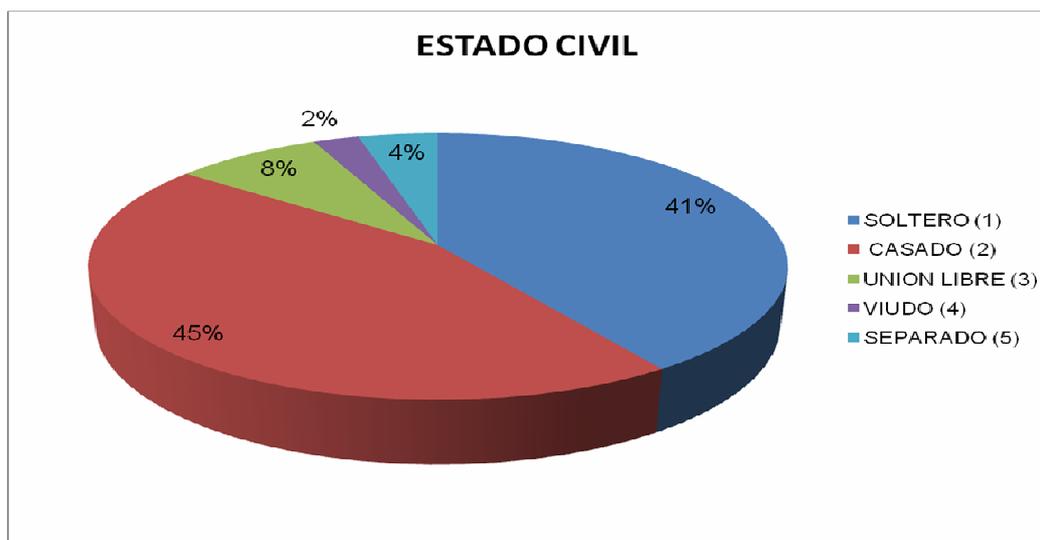


Figura 1. Distribución del estado civil de la muestra.

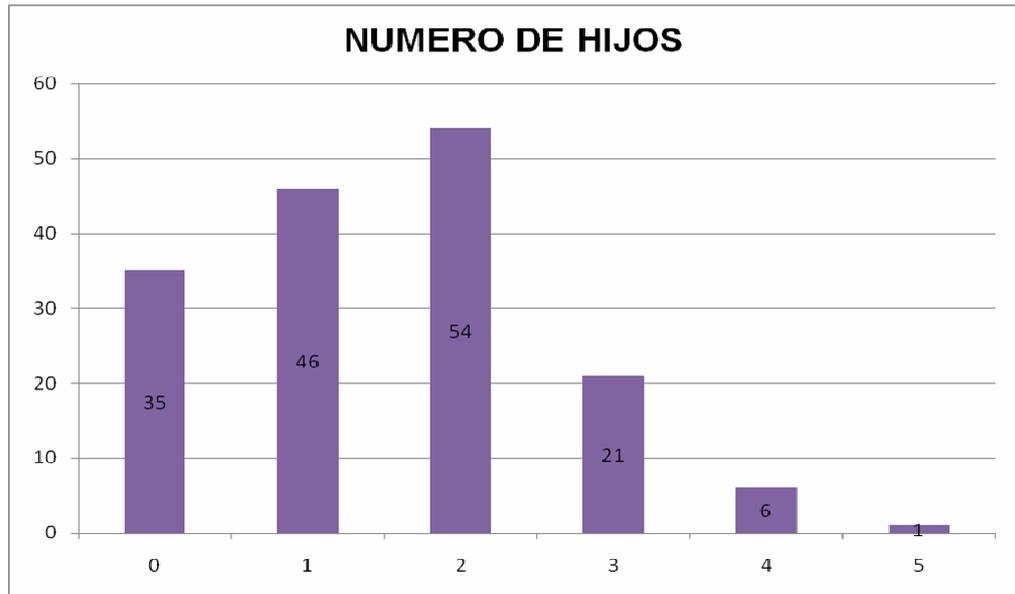


Figura 2. Número de hijos de la muestra.

En cuanto a la escolaridad encontramos que 107 personas (66%) cursaron un nivel educativo técnico para ejercer su profesión como auxiliar de enfermería, 36 personas (22%) cursaron un nivel profesional universitario y se desempeñan como auxiliares y jefes, mientras que 20 personas (12%) han realizado postgrados o especializaciones.

El nivel de turnicidad que maneja la población participante en el estudio demuestra que en su mayoría realizan turno de mañana y tarde (51%), seguido de la noche (33%) y mañana, tarde y noche (10%), tal como se muestra en el grafico 3.

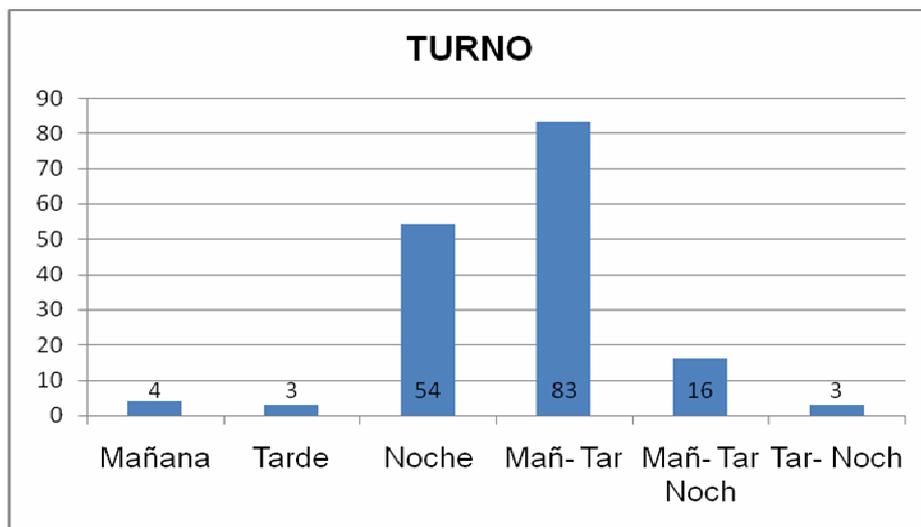


Figura 3. Turnicidad manejada por la población participante.

Con respecto a la cantidad de horas semanales de trabajo en la institución se encontró que 5 personas trabajan hasta 20 horas semanales (3%), 9 personas de 21 a 30 (6%), 62 personas de 31 a 40 horas (38%) y 87 personas más de 40 horas de trabajo (53%). Siendo el personal de planta, el que tiene mayor intensidad horaria en la institución. Ver grafico 4.

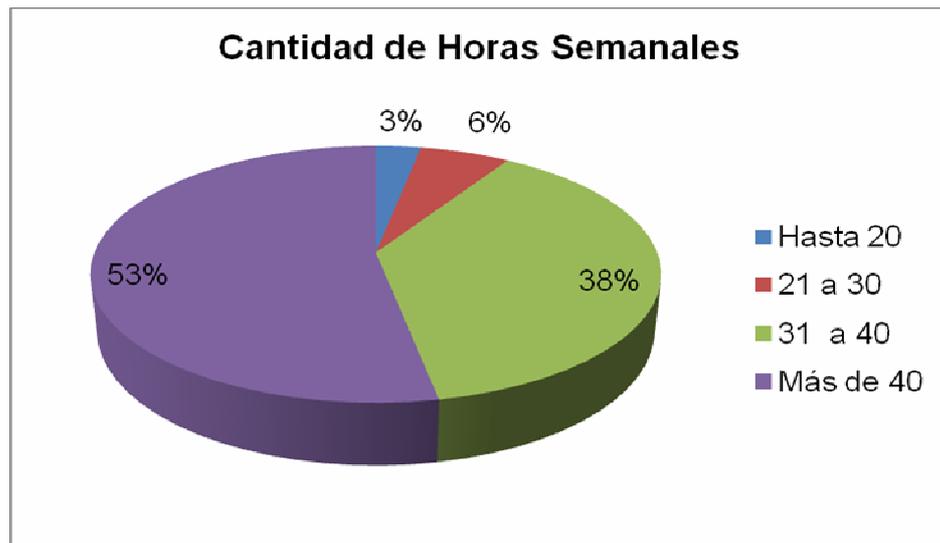


Figura 4. Cantidad de horas semanales trabajadas por la totalidad de la población.

Fase 3. Regresión Logística.

Con el propósito de identificar aquellas variables diferentes al cargo que estaban asociadas a diferencias en las manifestaciones del Burnout y con el fin de controlarlas al parear los grupos con base en los valores que asumen las mismas, se procedió a elaborar una base de datos en el programa estadístico STATGRAPHICS plus 5.1 con el objetivo de desarrollar un método estadístico denominado *Regresión Logística*, el cual busca identificar las variables demográficas y de percepción de la institución que se encuentran asociadas significativamente con el desarrollo del síndrome de Burnout, las cuales se arrojan mediante el cruce de las diferentes variables como edad, estado civil, número de hijos, entre otras, con la calificación del Maslash Burnout Inventory en cada una de las manifestaciones. Posteriormente se

desarrolló una depuración de variables, mediante el mismo programa estadístico, identificando las variables que presentan una asociación estadísticamente significativa con la aparición de las manifestaciones.

Con respecto a lo anterior las variables cuyo grado de asociación con el síndrome de Burnout se encontró como estadísticamente significativo fueron: el estado civil (P valor = 0.0134), la realización de turnos (P Valor = 0.0305), el trabajo fines de semana (P Valor = 0.0602) y la remuneración (OR = 2.93, P valor = 0.0024). Se puede observar que para algunos casos se utiliza el P valor como indicador estadístico y en otros los OR. Esto se presenta de esta manera ya que con el propósito de agotar todas las posibilidades, se tuvieron en cuenta los resultados de dos técnicas de depuración: la primera de ellas, regresión hacia atrás cuyo indicador de asociación es el p valor y la segunda regresión hacia adelante, en la que el OR es el dato utilizado para determinar el grado de asociación. El P valor asociado a un resultado observado es la probabilidad de obtener un valor como el observado o más extremo si la hipótesis nula (H0) es cierta; se rechaza la hipótesis nula si el valor P asociado al resultado observado es igual o menor que el nivel de significación establecido, convencionalmente 0,05 ó 0,01. Por su parte el OR (odds ratio) es el cociente entre la probabilidad de que un evento (presentar Burnout) suceda y la probabilidad de que no suceda ante ciertos valores de otra variable como estado civil, remuneración, entre otros (Barón y Téllez (2004)).

Con respecto a las variables que influyen en la aparición de las diferentes manifestaciones, se obtuvo que: para *Agotamiento emocional*, las variables que se asumen como significativas son: la edad (P valor = 0.0171), tiempo ejerciendo la profesión (P valor = 0.0222) y el trato recibido por el jefe inmediato (P valor = 0.0427), para *Baja realización personal*: la edad (P valor = 0.0003), el tiempo

trabajando en la institución (P valor = 0.0693) y tiempo ejerciendo la profesión (P valor = 0.0058) y para la *Despersonalización*: la edad (P valor = 0.0163), el estado civil (P valor = 0.0391) y el trabajo en fines de semana (P Valor = 0.0024).

Fase 4. Conformación de grupos.

Después de identificar las variables asociadas al síndrome –distintas al cargo- , se procedió a conformar el grupo de auxiliares con el cual se compararía el grupo de los/las jefes. Para esto, mediante un procedimiento estadístico se comparó cada una de los/las jefes con cada una de los/las 113 auxiliares en cuanto a su similitud en los valores de las variables relevantes y posteriormente se formaron parejas entre los/las jefes y auxiliares que menos diferencias tuvieran respecto de las mencionadas variables. A partir de este punto, los grupos se denominarán *grupos pareados*, puesto que manejan características similares con el fin de realizar las comparaciones y correlaciones en cuanto a las manifestaciones y presencia del síndrome de Burnout, controlando el sesgo que podrían introducir las variables que se identificaron como asociadas significativamente al síndrome.

Los grupos pareados conformados quedaron constituidos con un total de 100 enfermeros, 50 jefes y 50 auxiliares de enfermería vinculados a la institución por contratos de planta y cooperativa.

Las características de los grupos se demuestran en la tabla 6, teniendo en cuenta los/las 50 auxiliares y los/las 50 jefes, en cuanto a edad, estado civil, sexo, tiempo trabajando en la institución y tiempo ejerciendo la profesión. Ver tabla 6

Tabla 6

Distribución de la muestra según variables demográficas

Variable	Valores que Asume	Número de Jefes	Número de Auxiliares
Género	Masculino	1	8

Variable	Valores que Asume	Número de Jefes	Número de Auxiliares
	Femenino	49	42
Edad	20 – 30 años	11	12
	31 – 40 años	12	11
	41 – 50 años	13	13
	51 – 60 años	14	14
	61 años en adelante	0	0
Estado Civil	Soltero (1)	12	17
	Casado (2)	35	22
	Unión libre (3)	1	8
	Viudo (4)	1	1
	Separado (5)	1	2
Tiempo de Trabajo en la institución	1 mes a 5 años	18	15
	6 años a 10 años	7	8
	11 años a 15 años	3	5
	16 años a 20 años	6	1
	21 años a 25 años	5	3
	26 años a 30 años	8	15
	31 años a 35 años	3	3
Tiempo ejerciendo	1 mes a 5 años	9	10
	6 años a 10 años	10	10
	11 años a 15 años	7	4
	16 años a 20 años	3	4
	21 años a 25 años	4	2
	26 años a 30 años	13	15
	31 años a 35 años	4	5

Fase 5. Análisis estadístico de los resultados

El análisis de los resultados se realizó a partir de la técnica estadística T Student en el programa estadístico SPSS que permite establecer las diferencias entre las medias de dos grupos, en este caso con respecto a los puntajes obtenidos para las manifestaciones del síndrome de Burnout y también respecto a un indicador en general. Los resultados de las manifestaciones se mostrarán a través de la comparación de medias y puntajes T.

En cuanto a la prevalencia del síndrome de Burnout, primero se hizo necesario establecer un criterio que permitiera determinar que puntuaciones indicarían

presencia de Burnout y cuáles que no. Para esto se realizó una normalización de los datos, es decir, se tuvo en cuenta el promedio (23.12) de las puntuaciones generales en el Maslash Burnout Inventory, obtenidas por todos los participantes del estudio (suma de las puntuaciones en cada una de las manifestaciones) de toda la población y la desviación estándar (13.52) de la misma, asignando las puntuaciones de la siguiente manera: ausencia de Burnout = puntuaciones por debajo de una desviación estándar positiva (área NO sombreada del grafico 5), es decir, puntuaciones iguales o menores a 36.64; presencia de Burnout: puntuaciones superiores a una desviación estándar positiva, lo que equivale a puntuaciones iguales o mayores a 36.65 (área sombreada del grafico 5).

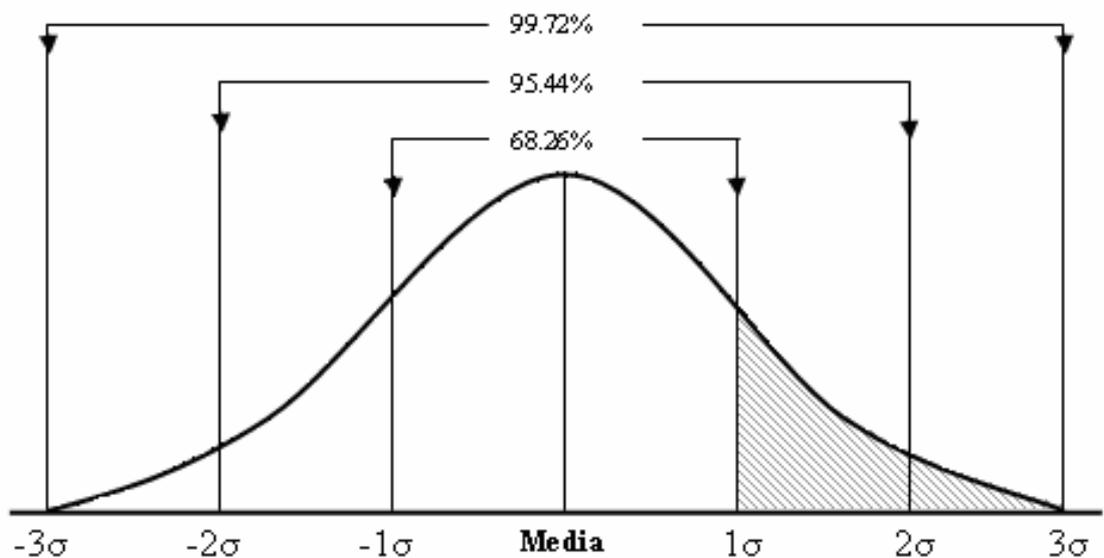


Figura 5. Prevalencia según desviación estándar

Con base en lo anterior se obtuvo que el 0.24 (24%) de las/os jefes presentan el síndrome de Burnout y 0.76 (76%) no presenta el síndrome. Los datos arrojados en la población de auxiliares de enfermería reflejan que el 0.16 (16%) de los/las auxiliares presentan Burnout, mientras el 0.84 (84%) no presentan el síndrome de Burnout. Ver gráfico 6.

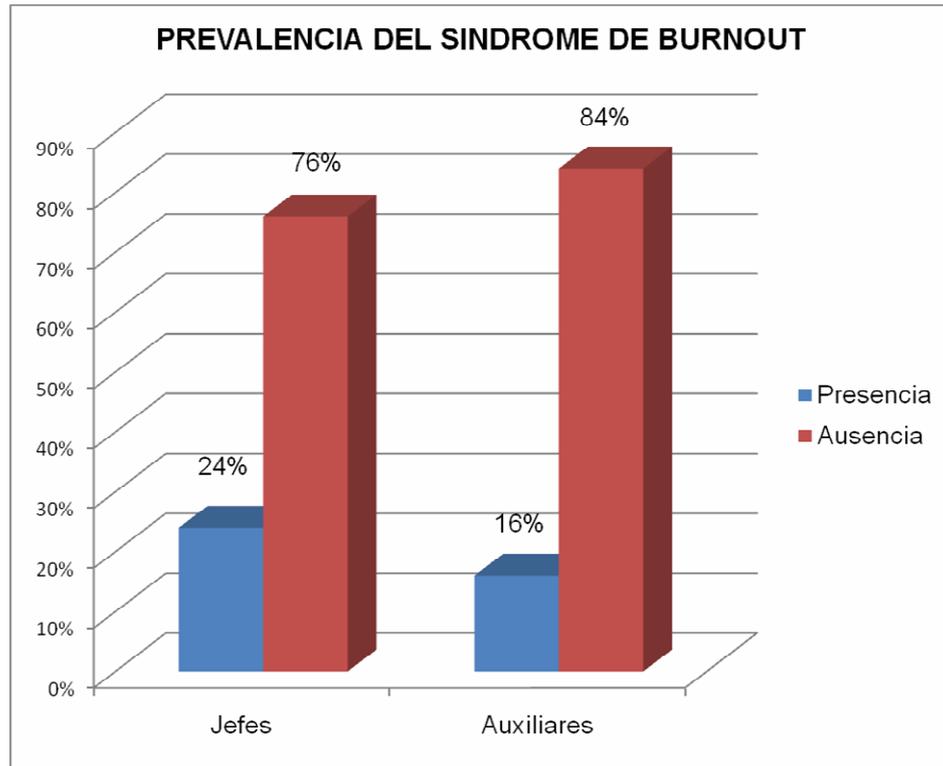


Figura 6. Prevalencia de Burnout en la muestra.

Haciendo referencia a la despersonalización se obtuvo una media para los jefes de 2.80 y la media para auxiliares es de 3.46, observando un aumento en la media de las auxiliares, lo que permite apreciar que los puntajes de despersonalización en auxiliares son más altos. Sin embargo, al aplicar la técnica estadística T Student se observa un puntaje T de -0.968 con un p valor mayor a 0.05 (aquí el valor p), no siendo estadísticamente significativo y señalando que no existe una diferencia importante entre los niveles de despersonalización entre jefes y auxiliares de enfermería.

En cuanto al agotamiento emocional se logró observar una media para jefes de 13.24 y para auxiliares es de 10.14. Según los resultados arrojados por la T de Student, se encontró una puntuación T de 2.063 y con un nivel de significancia menor a 0.05 (0.043). Por lo anterior es preciso decir que la manifestación de agotamiento emocional muestra una diferencia representativa entre jefes y auxiliares,

lo que implica que el cargo que se desempeña se asocia a la aparición de la manifestación en mención.

Finalmente para la manifestación de baja realización personal se encontró que la media en las/os jefes es de 9.8 y para auxiliares de 8.9. Para este caso se obtiene un puntaje T de 0.097 con un p valor de mayor a 0.05 (0.923), lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la manifestación de baja realización personal entre enfermeras jefes y auxiliares. Los resultados anteriormente mencionados están contenidos en la tabla 7.

Tabla 7.

Resultados correlaciones Enfermeras Jefes y Auxiliares de enfermería

Resultados de la aplicación de la prueba T Studen para grupos pareados		
Variable	Puntaje T con 49 grados de libertad	SIGNIFICANCIA (p valor)
Despersonalización	-0.968	0.338 (>0.05)
Agotamiento Emocional	2.063	0.043 (<0.05)
Baja Realización Personal	0.097	0.923 (>0.05)
Total Síndrome de Burnout	1.108	0.263 (>0.05)

Para finalizar es importante plantear que según los resultados obtenidos se falsearon las hipótesis referentes a la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los casos de prevalencia de Burnout (en general), despersonalización y baja realización personal, no obstante la hipótesis relacionada con la manifestación de agotamiento emocional no fue falseada, puesto que en este caso si existieron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

A continuación se presenta una reflexión en la que se formulan algunas explicaciones acerca de los resultados de esta investigación basándose en posturas teóricas de investigadores expertos en el tema y en los resultados de otros estudios sobre variables relacionadas con la presencia del síndrome de Burnout. Para esto se inicia con las diferencias en la prevalencia del síndrome entre jefes y enfermeras, posteriormente se abordan los resultados de cada una de las manifestaciones que componen al Burnout.

Analizando los índices de prevalencia en la muestra de este estudio, se observa que entre auxiliares y jefes, se encuentran diferencias importantes en cuanto a la cantidad de personas que presentan el síndrome, siendo la muestra de jefes quienes con un 24% padecen en mayor cantidad el síndrome de Burnout, contrastado con un 16% de auxiliares de enfermería. Los índices son más altos en jefes, probablemente por las razones que plantean Bernaldo y Labrador (2006), quienes afirman que los profesionales sanitarios que poseen el control del entorno donde se encuentra el paciente, tienen un mayor riesgo para desarrollar problemas laborales, debido a su “mayor responsabilidad profesional o a la mayor importancia de las decisiones y actuaciones que han de llevar a cabo sobre la salud o la vida de otras personas” (p.333), como es el caso de los/las enfermeras que asumen el cargo de jefes de piso. Se debe decir que los/las jefes del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, por el cargo que desempeñan en la institución tienden a tener mayor grado de responsabilidad que las auxiliares de enfermería, hecho que es confirmado en el manual de funciones (ver anexo 3) donde para las jefes se especifican labores como la supervisión, planeación y coordinación, por ejemplo “verificar órdenes médicas y según la competencia en los correspondientes procesos y procedimientos, realizarlas

o hacerlas cumplir. Lo anterior incluye la ejecución de los procedimientos asistenciales de mayor responsabilidad” (p. 84). Por otro lado los/las auxiliares realizan labores más operativas como por ejemplo “esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos a su cargo, de acuerdo a lo contemplado en el reglamento interno para el personal de enfermería” (p.88) y “brindar diariamente los Cuidados pertinentes al paciente según su condición clínica y apoyar al resto del equipo en caso de urgencias, de acuerdo con las guías de procedimientos de enfermería” (p.90). Las diferencias en el grado de responsabilidad en las labores entre jefes y auxiliares será desarrollada con mayor detalle al abordar la manifestación de agotamiento emocional, la cual aporta a la diferencia en la prevalencia de Burnout.

En cuanto a la despersonalización, se observa que según la prueba T student no existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre jefes y auxiliares en esta manifestación, lo cual podría explicarse porque según la teoría expuesta por Gil Monte (2003), el rol laboral de los profesionales de enfermería exige abstenerse de adoptar actitudes deshumanizadas con los pacientes, por lo que la despersonalización no puede ser una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés, el cual al tornarse crónico puede llevar al padecimiento del Burnout. Además, si se tiene en cuenta el tiempo que llevan ejerciendo la profesión los/las jefes y los/las auxiliares de la muestra de estudio, se observa que el 82% de jefes y el 80% de auxiliares llevan más de seis años desempeñándose en su cargo, lo cual puede estar asociado al desarrollo de estrategias de afrontamiento similares ante el estrés propio de sus labores diarias. Lo anterior es coherente con Gil Monte y Peiró (1997), citando a Zabel y Zabel (1982), quienes consideran que los profesionales que llevan ejerciendo la profesión por mayor tiempo han desarrollado a lo largo de su vida

mejores estrategias de afrontamiento del estrés y expectativas profesionales más reales.

Así mismo, a partir de los resultados de este estudio se plantea la hipótesis de que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre auxiliares y jefes en despersonalización probablemente porque los dos grupos son similares en un aspecto relacionado con la presencia de esta manifestación, observando que el 82% de auxiliares y el 86% de jefes tienen hijos, lo cual según Gil Monte y Péiro (1997) hace que las personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres a ser más maduros y estables. Igualmente, la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas.

Para formular una tercera hipótesis respecto a los resultados de la manifestación de despersonalización se tienen en cuenta consideraciones a partir de las cuales se plantea que los/las auxiliares de enfermería interactúan con los pacientes de manera distinta a como los hacen las jefes, lo cual se ve reflejado en algunas funciones para cada cargo como se muestra a continuación. Auxiliares: “explicar al paciente y/o a los familiares sobre los procedimientos y tratamientos que se le van a realizar, con el fin de obtener su colaboración en procura de su pronta recuperación”, “aplicar la técnica adecuada en la realización de los diferentes procedimientos” (Manual de Funciones HUDN, p. 89, 90). Jefes: “valorar la evolución y el estado clínico de los pacientes; identificar los usuarios en estado crítico; e informar al médico responsable del servicio y al tratante las complicaciones de los mismos”, “planificar, coordinar, supervisar y hacer seguimiento al desarrollo integral de las actividades relacionadas con la prestación de los servicios asistenciales y administrativas del servicio” (Manual de Funciones HUDN, p. 84). Sin embargo, es necesario señalar que algunas

de estas diferencias están en la topografía del comportamiento de jefes y auxiliares, pero que existen similitudes en su función. Es decir, aunque las actividades específicas que realiza el personal de cada cargo son distintas en cuanto a sus acciones concretas, la relación funcional del comportamiento tanto de jefes como de auxiliares con los pacientes comparte algunos elementos importantes, (otros no, por ejemplo el grado de responsabilidad relacionado con las diferencias en agotamiento emocional), como el interés por lograr que el paciente recupere su salud y que los familiares de este entiendan su condición, percibiendo además que se le brinda el cuidado necesario. Así también, en cuanto a las habilidades y destrezas expuestas en el manual de funciones, los dos cargos coinciden en la necesidad de minimizar la probabilidad de que surjan conflictos en la interacción con las personas.

Las consideraciones previas permiten manejar la hipótesis de que algunas similitudes funcionales entre jefes y auxiliares en ciertos elementos de la interacción con los pacientes, hacen que las diferencias en la manifestación de despersonalización no sean estadísticamente significativas ($p < 0.05$), probablemente porque esos mismos elementos similares, son los que se relacionan con esta manifestación.

Ahora bien, en cuanto a la manifestación de agotamiento emocional, se observan niveles más altos de Burnout en el grupo de jefes que en el grupo de auxiliares de enfermería, encontrándose que según la prueba T Student estas diferencias son estadísticamente significativas con un p valor de 0.05. Esto puede explicarse por la mayor responsabilidad asociada a su cargo (aspecto en el que si difieren funcionalmente con los auxiliares), como se muestra claramente en el manual de funciones (Ver anexo 3), donde se plantea que las/los jefes de enfermería deben cumplir con labores como la planificación, coordinación, supervisión, seguimiento,

distribución, verificación y evaluación en su desempeño cotidiano, en comparación con las auxiliares quienes cumplen con labores operativas de cuidado, suministro de medicamentos a los pacientes y aplicación de diferentes procedimientos. Lo anterior concuerda con la teoría planteada por Peiró y otros, (2001) citados por Buzzetti (2005), quienes afirman que existe un riesgo de manifestar agotamiento emocional cuando las personas que prestan servicios y cumplen con un rol que tiene sobrecarga de **responsabilidades**, experimentan una sensación de que no son lo suficientemente rápidos para terminar las tareas.

Sumado a lo anterior actualmente existen una serie de cambios organizacionales en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. generados por el proceso de acreditación que de una u otra manera crean sobrecarga, cambios en las expectativas y conflicto de rol debido al aumento de actividades, como por ejemplo el registro de recién nacidos, función que no se encuentra en el manual de funciones y sin embargo se espera que sea realizada por los/las jefes dentro de su horario de trabajo, sin dejar de lado la carga asistencial normal de su cargo, lo cual da pie a la aparición de agotamiento emocional. Lo anterior coincide con Buzzetti (2005) citando a Peiró y Otros (2001), quienes han observado que el conflicto de rol se relaciona con los factores o dimensiones de Burnout, en especial el agotamiento emocional, teniendo en cuenta que el conflicto de rol se asume como la presencia simultánea de expectativas contradictorias asociadas a un rol y tratar de cumplir las mismas asociadas a él (Melia, Zornoza, Sanz, Morte y González, 1987).

Como se plantea en el párrafo anterior el conflicto de rol podría ser un factor asociado con la aparición de agotamiento emocional en el cargo de jefes de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., lo cual se encuentra respaldado por estudios como el de Gil Monte y Peiró (1997) cuyos

resultados concluyen que el conflicto de rol se asocia fundamentalmente y de manera significativa con el agotamiento emocional.

En cuanto a la manifestación de baja realización personal, los resultados de la T de Student indican que no existen diferencias estadísticamente significativas (p valor 0.05) entre auxiliares y jefes, posiblemente porque la realización personal o el éxito profesional son percepciones individuales que son independientes del cargo que se tenga y que tienen que ver mucho más con la satisfacción o logros obtenidos siendo jefe o auxiliar de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. Esto es respaldado por la teoría de Cherniss (1993) citado por Montalbán, Durán y Bravo (2003) quienes postulan que los sentimientos de éxito o fracaso están relacionados con la noción de eficacia percibida, de tal manera que el conseguir objetivos personales aumentaría la percepción de estar alcanzando logros, mientras que ésta se verá reducida en el caso de que la persona no pueda alcanzar las metas o los objetivos que ella misma se ha propuesto. Lo cual evidentemente no está asociado al cargo en el que se desempeña el personal de enfermería. Es decir, aunque en una aproximación superficial a esta situación se podría pensar que las jefes tienen más posibilidades de alcanzar objetivos personales relacionados con su trabajo, se debe tener en cuenta que dichos objetivos también pueden cambiar con el cargo, conservándose la relación entre estos y las oportunidades para alcanzarlos.

Lo anterior se puede ejemplificar observando los resultados al ítem 19 del Maslach Burnout Inventory, “*he conseguido muchas cosas útiles con mi profesión*”; donde el 82% tanto de jefes como de auxiliares respondió “*todos los días*”, lo que permite apreciar que en los dos cargos se perciben logros personales alcanzados a partir de la profesión, aún cuando probablemente las características particulares de estos logros difieran entre jefes y auxiliares.

En otra línea, Gil Monte y Peiró (1999) citando a Lee y Ashforth (1990) afirman que la competencia profesional percibida se asocia de manera significativa con la realización personal, de tal manera que resulta factible manejar la hipótesis de que tanto los/las jefes como los/las auxiliares de la muestra evaluada perciben ser lo suficientemente capaces y hábiles para desempeñarse laboralmente y afrontar las situaciones de estrés con estrategias eficaces, lo que podría explicar porque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en esta muestra.

De acuerdo con Gil Monte y Peiró (1999) citando a Lee y Ashforth (1996), la ambigüedad de rol se asocia significativamente con la baja realización en el trabajo, definiendo la ambigüedad de rol como la falta de información claramente formulada acerca de las actividades, métodos o desempeño de rol (Melia, Zornoza, Sanz, Morte y González (1987), citando a Peiró (1985)), dicha situación organizacional no se presenta en la institución puesto que en los dos cargos se maneja información clara acerca de las actividades que deben realizar expresadas en el manual de funciones y procedimientos. Lo anterior puede explicar porque no existen diferencias estadísticamente significativas en esta manifestación entre auxiliares y jefes.

Es importante aclarar que los conceptos de conflicto y ambigüedad de rol son situaciones laborales distintas, que se manifiestan por circunstancias o razones diferentes, por lo que su definición como se vio en párrafos anteriores esta claramente diferenciada. Además como se observo previamente el agotamiento emocional esta asociado con el conflicto de rol, mientras que la ambigüedad de rol se asocia con la aparición de baja realización personal. De la misma manera cabe añadir que según Gil Monte y Peiró (1999) las dos situaciones difieren en la forma de manifestarse, puesto que el conflicto de rol desarrolla una respuesta de carácter

emocional y la ambigüedad de rol da lugar a una respuesta de carácter cognitivo – aptitudinal.

Por otro lado, y con base en el comportamiento claramente diferente de las manifestaciones del Burnout en la población evaluada, el equipo de investigación coincide con Gutiérrez y Martínez (2006) respecto a considerar inconveniente seguir tomando el Burnout como un síndrome conformado por tres manifestaciones presentes en un mismo momento, puesto que los puntajes en agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en ocasiones no se relacionan consistentemente entre si, y por otro lado si se tiene en cuenta el puntaje de las tres manifestaciones en total se resta la importancia que en sí mismas tienen cada una de las manifestaciones por separado. Con respecto a lo anterior se plantea que solo a partir de la prevalencia de Burnout en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, no se puede observar la manera en la cual está afectando el síndrome a cada cargo específicamente, hecho que se logra a partir del análisis unitario de las manifestaciones.

Para finalizar se hace necesario exponer que el síndrome de Burnout puede disminuir significativamente la calidad de vida del personal de enfermería y la calidad en la atención prestada a los pacientes en los diferentes servicios de la institución, por lo tanto, es preciso prestar atención a las diferencias que se han presentado en este estudio, el cual en esencia demuestra que las condiciones inherentes al cargo de jefe de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E como los altos niveles de responsabilidad, están asociadas a niveles altos en la manifestación de agotamiento emocional del síndrome de Burnout, hallazgo que se convierte en un insumo de indiscutible utilidad para guiar una intervención eficaz en este contexto.

CONCLUSIONES

La muestra de jefes tiene niveles de prevalencia del síndrome de Burnout más altos (24%), que los auxiliares de enfermería (16%). Posiblemente asociado a las diferencias encontradas en la manifestación de agotamiento emocional.

No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de despersonalización entre los/las jefes y los/las auxiliares de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., por lo cual se puede afirmar que el cargo no influye significativamente en la aparición de esta manifestación.

La despersonalización no presenta diferencias estadísticamente significativas entre los cargos de jefe y auxiliar de enfermería posiblemente porque los dos cargos tienen interacción tanto con pacientes, como con familiares.

No existen diferencias estadísticamente significativas en baja realización personal ($p < 0.05$), probablemente porque las funciones de jefes y auxiliares están estipuladas concretamente en el manual de funciones, evitando así la ambigüedad de rol que es un factor determinante en la aparición de esta manifestación.

Existen diferencias estadísticamente significativas de agotamiento emocional entre los/las jefes y los/las auxiliares de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., por lo cual se afirma que el cargo es una variable asociada a la aparición de esta manifestación en el personal de enfermería.

El conflicto de rol y la sobrecarga laboral pueden explicar la aparición de la manifestación de agotamiento emocional en el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. debido al aumento de actividades propias del proceso de acreditación y el aumento en las exigencias en pro de aumentar la calidad de la institución.

El nivel de responsabilidad del cargo puede asociarse a la aparición del síndrome de Burnout, en especial con la aparición de agotamiento emocional por el grado de compromiso que exige el realizar actividades de control y supervisión en el cargo de jefe de enfermería.

La baja realización personal no presenta diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), puesto que esta manifestación parte de una autoevaluación que depende de la percepción individual del ser humano independientemente del cargo que ocupe, bien sea jefe o auxiliar de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E

El cargo no está asociado a la aparición de baja realización personal, posiblemente debido a la percepción de logros obtenidos independientemente del cargo que asuman (jefes o auxiliares) en la institución.

Esta investigación aporta tanto al campo de la psicología de la salud, como a la psicología organizacional, permitiendo observar la influencia del entorno organizacional y las variables psicológicas individuales en el proceso de salud – enfermedad del personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

RECOMENDACIONES

Realizar investigaciones que permitan establecer con mayor claridad los factores de riesgo para el síndrome de Burnout en cada una de las poblaciones de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Realizar investigaciones sobre prevalencia y manifestaciones en diferentes instituciones del contexto regional, abarcando diversas poblaciones como médicos, enfermeros, policías o militares, docentes, entre otros, con el fin de contextualizar el síndrome en nuestra región.

Este estudio demuestra que es necesario analizar el síndrome de Burnout en cada una de sus manifestaciones y no solo la totalidad del cuadro, porque es posible pasar por alto indicadores importantes que permiten predecir o identificar lo que está ocurriendo con la población de estudio en cada una de las manifestaciones.

Diseñar un programa de prevención e intervención del síndrome de Burnout en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. para evitar la incidencia o la aparición de nuevos casos, que permita mejorar la calidad de vida y de atención en la población de estudio.

Así como diariamente se tiene en cuenta la salud y el bienestar de los pacientes, es importante atender la salud mental del personal asistencial que cuida de los pacientes, puesto que “el que cuida, precisa ser cuidado” (Salvador Alemán Méndez, citado por Rodríguez, Fernández, Benítez, Camino y Brea (2008).

Teniendo en cuenta teorías que indican que la manifestación de agotamiento emocional inicia el proceso de desarrollo del Burnout, es preciso actuar frente a esta manifestación y encaminar estudios dirigidos a la identificación clara de la misma en el personal de enfermería en general.

Se deben realizar estudios dirigidos a la evaluación y detección de estrategias de afrontamiento que maneja el personal de enfermería, para observar la relación de estas con los bajos puntajes en prevalencia de Burnout y algunas de sus manifestaciones.

Encaminar acciones a analizar los procesos de atención a los procesos de comunicación organizacionales los cuales también pueden estar asociados a la aparición de alguna de las manifestaciones, especialmente de agotamiento emocional.

El agotamiento emocional para algunos autores es la manifestación clave del Burnout, por ende es preciso prestar atención al comportamiento de esta manifestación en la población y realizar programas tanto preventivos para la población que aún no muestra una afectación significativa y de intervención para el personal que se esta viendo afectado por la misma.

REFERENCIAS

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle M.E. y Dominguez V. (2004). Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública 2004*; Número 4, Madrid. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n4/original3.pdf>
- Álvarez, J., Illera, D. (2004) *Prevalencia del síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en el Hospital Susana López de Valencia nivel II Popayán Enero a Diciembre de 2003*. Tesis Universidad del Valle, Santiago de Cali. Manuscrito no publicado.
- Aranda, C., Pando, M., Pérez, M. (2004) Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o Burnout: una revisión. *Revista Psicología y salud*, Numero 001, Universidad Veracruzaba, Xalapa. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29114109.pdf>
- Armijo, R. (1994). *Epidemiología Básica en atención primaria de salud España*: Ediciones Díaz de Santos.
- Aron y Aron, (2001). *Estadística para psicología*. Argentina: Prentice Hall.
- Baron, J. y Tellez, F. (2004). *Apuntes de Bioestadística*. Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva. Universidad de Málaga España. Recuperado de <http://www.bioestadistica.uma.es/baron/apuntes/ficheros/cap08.pdf>
- Bernaldo, M. y Labrador, F. (2006). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extra hospitalaria. Madrid España. *Revista International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol 7. Recuperado de http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-223.pdf

- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslash Burnout Inventory en dirigentes del colegio de profesores A.G, de Chile*. Tesis, Universidad de Chile. De http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf
- Casado L. (1994), *Psicología del desarrollo de la organización*. Editorial Ramón areces. Recuperado de http://books.google.com.co/books?id=ngzEztGCSc8C&printsec=frontcover&dq=definiciones+de+ansiedad&source=gbs_summary_r&cad=0#PPP1,M1
- Da Silva, F. (2001). *El síndrome de Burnout*. Montevideo. Recuperado de <http://www.castalia.org.uy/docs/libros/DrograsyEtica/FreddyDaSilva.pdf>
- Dirks, H, (1969): *La psicología descubre al hombre*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Dunnette, M y Kirchner, W. (1982). *Psicología industrial*. México. Editorial Trillas.
- Farber, B. A, (1984): *Stress and Burnout in suburban teachers*. *Journal of Educational Research*.
- Fletcher, R., Fletchet, S., y Wagner E. (2003). *Epidemiología clínica, aspectos fundamentales segunda edición*. España: Editoral Elsevier.
- Garcés de los Fayos, E. (2004). *Burnout en deportistas, propuesta de un sistema de evaluación e intervención integral*. Madrid: Editorial EOS
- Gil-Monte, P. y Peiró J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Gil-Monte, P. y Peiro, J. (1999). *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. *Revista Anales de Psicología*. Vol. No. 002, Universidad de Murcia, Murcia, España. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF

- Gil Monte, P. y Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. Vol. 11, No. 003. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/319.pdf>
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1, nº 1*. Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo3.pdf>
- Gil-Monte, P., Carretero, N., Sesamparados M., y Núñez E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. Vol. 21 No. 1-2. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1319070>
- Gil-Monte, P., Carretero, N. y Roldá, M. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Ansiedad y estrés*. No. 11 .Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (Universidad de Valencia). Recuperado de http://www.uv.es/gilmonte/Pedrogil_archivos/Articulos/2005_Ansiedad_y_Estres.pdf
- Gutiérrez, T. y Martínez, S. (2006). Burnout en enfermeras oncologías mexicanas. *Salud de los trabajadores*, vol. 14. Recuperado de <http://www2.scielo.org.ve/pdf/st/v14n1/art03.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista. P. (1998). Metodología de investigación. México: Editorial Trillas.

Hospital Universitario Departamental de Nariño. (2005). Cartilla de direccionamiento estratégico.

Jiménez J. (2001). Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. España: Ediciones Diaz de Santos.

Latorre, J. Beneit, P, (1994). Psicología de la Salud. Buenos Aires: Editorial Lumen.

Ledesma, M. (2005). Fundamentos de enfermería. México: Limusa Noriega editores.

Manso, J. (2006). Estructura Factorial del Maslash Burnout Inventory - Version Human Services Survey - en Chile. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. Vol. 40, No. 1. Recuperado de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04012.pdf>

Mardones J. M. (1991). Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica. Barcelona. Editorial: Antrhopos.

Martínez, C. y López, G. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos de Medicina Familiar*. Vol. 7 Numero 1. Recuperado de <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/amf051c.pdf>

Melia, J., Zornoza, A., Sanz, M., Morte, M. y Gonzales, V. (1987). La incidencia de los factores del conflicto de rol y de la ambigüedad de rol sobre los factores de la satisfacción laboral. Madrid. Actas del segundo congreso nacional de evaluación psicológica. Recuperado de http://www.uv.es/~meliajl/Papers/1987_Melia_Factores.pdf

Montalbán, M., Durán, M.A. y Bravo, M. (2003). Autorreferencialidad y Síndrome de Burnout. *Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento (ABA Colombia)*. Recuperado de <http://www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=298&mode=thread&order=0&thold=0>

Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Argentina: editorial Paidós.

Moreno, B., Garrosa, E., Rodríguez, R., y Morante, M. (2003) El desgaste profesional o Burnout en los profesionales de oncología. *Boletín de Psicología* No 79. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N79-1.pdf>

Novoa, M., Nieto, C., Forero C., Caycedo,C., Palma, M., Montealegre, M., Bayona,M. y Sánchez C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Univ. Psychol.*Vol.4, No. 1. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=1428917>

Ortega, C. López, F. (2004) El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Apuntes de Psicología*, volumen 18 (1), pp. 77-95. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33740108.pdf>

Osenat, P., Elías, M., Millhaud F., y Sanfeliu M. (1995). Manual del auxiliar sanitario. España: Elsevier.

Ourcilleón , A., Abarca, C., Puentes, M. y Rodríguez, P. (2007). Burnout en profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos. *Revista chilena de medicina intensiva*. Vol. 22(2). Recuperado de <http://www.revistamedintensiva.cl/pdf/02ourcillon.pdf>

Pallares, J. (2005). Quemarse en el trabajo: Síndrome del Burnout. *Revista formación de seguridad laboral*. Madrid: editorial Borrmar. Recuperado de http://www.borrmart.es/articulo_laboral.php?id=1516

Párraga, J. M. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Tesis, Universidad de Extremadura. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>

- Pera, G. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital de Comarcal Gac. Sanit.
- Pérez, N., Iruarrizaga, M., Camuñas, I., (2000). Prevención y control del estrés en el ámbito hospitalario. *Congreso virtual de psiquiatría, conferencia 28-ci-c*: recuperado de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_c.htm
- Pérez, R. (2005). Clima organizacional, Burnout y afrontamiento en un entorno laboral universitario. *30^o congreso latinoamericano de psicología. Buenos Aires, Argentina.*
- Quintanilla, M. (2004) Prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. *Revista Chilena de Medicina*. Vol. 19 (1). Chile. Recuperado de <http://www.revistamedintensiva.cl/pdf/11Quintanilla.pdf>
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2007). Burmout: “síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta colombiana de psicología*. Vol. 10 (2). Medellín. Recuperado de <http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/v10n2/articulosrevista/art-11%20117-125.pdf>
- Restrepo, N., Colorado, G. y Cabrera, G. (2006), Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia 2005. *Revista de salud pública*. Vol. 8. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8n1/v8n1a06.pdf>
- Rodríguez, A., Fernández, R., Benítez, M., Camino, M. y Brea, A. (2008). Correlación entre carga de trabajo, síndrome de Burnout y calidad de vida en una unidad de críticos. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/36111/34621>

- Román Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista. Cubana Salud Pública*. Vol. 29, No. 2. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu02203.pdf>
- Rothman, K. (1987). *Epidemiología moderna*. España: Ediciones Días de Santos.
- Siegel, L. y Lone I. (1983). *Psicología de las organizaciones industriales*. México: editorial continental, México.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional, una mirada del síndrome del Burnout*. Buenos Aires: editorial espacio.
- Tuesca, R., Iguaran, M., Suarez, M., Vargas, G. y Vergara, S. (2006). , Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de barranquilla. *Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Vol. 22, número 002. Recuperado de http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/22-2/sindrome_de_desgaste_profesional.pdf
- Velásquez, G. (2006). *Psicología del trabajo en la organización*. México. Editorial Limusa.
- Vinaccia, S. y Alvarán, L. (2003). *El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio*. Universidad de san buenaventura. Colombia.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario complementario.

VALIDACION DEL CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO

El presente cuestionario se aplica al personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. como parte de un trabajo investigativo sobre síndrome de Burnout en personal asistencial de los servicios de salud. LAS RESPUESTAS QUE USTED DE A LAS PREGUNTAS QUE MAS ADELANTE SE FORMULAN, SOLAMENTE SERAN CONOCIDAS POR LAS DOS PERSONAS QUE DIRIGEN LA INVESTIGACIÓN Y SE GARANTIZA ABSOLUTA RESERVA EN EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL. Al final del proceso, personas del H.U.D.N E.S.E y de la Universidad de Nariño, conocerán los **RESULTADOS GRUPALES** (auxiliares de enfermería-jefes de enfermería) de los instrumentos que se apliquen, pero en ningún momento tendrán acceso a las respuestas individuales de cada uno de los participantes.

Las preguntas que cuentan con un espacio señalado por puntos requieren que Usted elabore la respuesta en ese espacio. Aquellas preguntas que presentan varias opciones con paréntesis al frente de cada una de ellas, requieren que usted marque con una equis (X) en la opción que represente mejor su situación actual.

Cualquier inquietud adicional, por favor comuníquela a la persona que le entrego el cuestionario.

- 1.Nombre:
- 2.Número de documento de identificación:
- 3.Servicio:
- 4.Fecha actual de aplicación:
- 5.Edad:
- 6.Sexo: Mujer () Hombre ()
- 7.Estado Civil: Soltero/a () Casado/a () Unión libre () Viudo/a ()
- 8.Número de Hijos:
- 9.Escolaridad: *Marque el último nivel aprobado por Usted.
Básica () Media () Técnico () Profesional () Postgrado ()
10. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en esta institución?
Años..... Meses..... Días.....
11. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su profesión?
Años..... Meses..... Días.....
12. Turno:
Mañana () Tarde () Noche () Otro () ¿Cual?
13. Cantidad de horas semanales que trabaja en la institución:
Hasta 20 () 21 a 30 () 31 a 40 () Más de 40 ()
14. Trabaja:
Sábados: Si () No ()
Domingos: Si () No ()
15. Tipo de contrato:
De planta: Si () No ()
Por cooperativa: Si () No ()
De contrato: Si () No ()
Provisional: Si () No ()

Otro: () ¿Cual?:

16. Considera que la remuneración que recibe por su trabajo es:

Suficiente ()

Insuficiente ()

17. Considera que su estado de salud es:

Bueno ()

Regular ()

Malo ()

18. Considera que el trato que recibe de su jefe inmediato es:

Bueno ()

Regular ()

Malo ()

19. Su jefe inmediato realiza un reconocimiento positivo de su desempeño cuando este es excelente

Si ()

No ()

Gracias por su Colaboración

ANEXO 2

Maslash Burnout Inventory

CUESTIONARIO MASLASH BURNOUT INVENTORY

Instrucciones

A continuación se presentan 22 afirmaciones a las cuales usted deberá responder de acuerdo a su percepción. Marque con una equis (X) la opción de respuesta que se ajuste a su situación actual (Nunca, Algunas veces, Una vez al mes, Algunas veces al mes, Una vez por semana, Algunas veces en la semana, Todos los días).

Valor	Significado
0	Nunca
1	Algunas veces
2	Una vez al mes
3	Algunas veces al mes
4	Una vez por semana
5	Algunas veces en la semana
6	Todos los días

	Ítem	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo							
2	Me siento cansado/a al finalizar la jornada de trabajo							
3	Siento fastidio cuando me levanto en la mañana y tengo que ir a trabajar							
4	Puedo ponerme en el lugar de los pacientes, es decir comprendo fácilmente como se sienten.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran cosas u objetos							
6	Trabajar todo el día con mucha gente es muy agotador							
7	Soy una persona colaboradora con los pacientes.							
8	Me siento “quemado”(demasiado agotado) por mi trabajo							
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo endurezca mis emociones							
12	Me siento muy active							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Creo que estoy trabajando demasiado							
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17	Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada (buen ambiente) con mis pacientes							
18	Me siento satisfecho después de trabajar con mis pacientes							
19	He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión							
20	Siento que no doy más en mi trabajo							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22	Siento que algunos de los pacientes me culpan por sus							

Relación entre las Manifestaciones e índices de prevalencia del Síndrome de Burnout y el cargo en
personal de enfermería, 108

problemas								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 3

Manual de Funciones Enfermería HUDN E.S.E

I. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEO

DENOMINACIÓN DEL EMPLEO : ENFERMERA

CÓDIGO : 243

No. DE CARGOS : 12

DEPENDENCIA: COORDINADORA DEL GRUPO INTERNO DE
TRABAJO DE HOSPITALIZACION.

II. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES

Prestar servicios Profesionales a la empresa, en procesos operativos en desarrollo de labores de programación, coordinación, ejecución y control de la prestación de servicios de enfermería, en los diferentes servicios del Hospital.

FUNCIONES

1. Conocer, cumplir y hacer cumplir con lo estipulado en el reglamento interno .
2. Cumplir y hacer cumplir a cabalidad con las disposiciones contenidas en el reglamento interno de Enfermería, y en el Manual de Procedimientos y Guías de Enfermería
3. Identificar y determinar, conjuntamente con la Coordinadora del Grupo Interno de Trabajo, las acciones a realizar de acuerdo el Plan de Producción y Ventas
4. Elaborar el Plan Anual de Vacaciones y determinar las necesidades adicionales de Personal en el Servicio

5. Asistir a cursos, talleres y reuniones programados por el servicio o por la Institución, de acuerdo a lo contemplado en el Reglamento Interno para el Personal de Enfermería.
6. Elaborar y presentar en forma oportuna los Informes sobre las actividades desarrolladas, los problemas observados en el desarrollo de las mismas y las correspondientes propuestas de solución
7. Elaborar, revisar y ajustar permanentemente los Protocolos de los Procedimientos Clínicos de Enfermería; programar su socialización e implementación; y supervisar su estricta aplicación y cumplimiento
8. Planificar, coordinar, supervisar y hacer seguimiento al desarrollo integral de las actividades relacionadas con la prestación de los servicios asistenciales y administrativas del Servicio
9. Programar mensualmente la asignación de los Turnos del Personal de Auxiliares a su cargo y de las actividades específicas según se requiera
10. Realizar las actividades de Docencia de Estudiantes de Enfermería, cuya práctica sea autorizada por el Hospital
11. Realizar acciones educativas sobre aspectos básicos de salud
12. Participar en la planificación, Coordinar y supervisar todas las actividades relacionadas con los Planes de Mejoramiento de los Procesos Clínicos y Administrativos que se lleven a cabo en el Servicio
13. Participar en la implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de las medidas de vigilancia y control epidemiológico intra hospitalario
14. En coordinación con la Jefatura de Recursos Físicos, revisar y actualizar anualmente el inventario del Servicio

15. Cumplir con las actividades que le competen dentro del Plan de Emergencias Hospitalarios
16. Apoyar a la Coordinadora del Grupo Interno de Trabajo en la Programación y Coordinación de las reuniones que se lleven a cabo con el Personal a su cargo; en la determinación de las conclusiones pertinentes; y participar en la toma de decisiones del Servicio, con base en las mismas
17. Supervisar permanentemente el desempeño del Personal a su cargo y evaluar la calidad de atención que reciben los Pacientes y sus Familiares
18. Apoyar a la Jefatura de Recursos humanos en la Programación y Coordinación del proceso de inducción del Personal que se vincula al Servicio
19. Participar en la Planificación y el Desarrollo del Plan de Capacitación del Personal a su cargo en el Servicio, en lo que respecta a formación , adiestramiento y educación continuada
20. Participar y apoyar el desarrollo de las actividades que sobre Salud Ocupacional se lleven a cabo en el Servicio
21. Cumplir con las normas de Bioseguridad y control epidemiológico, identificando y notificando todas las situaciones que sean factor de riesgo
22. Adelantar todas las acciones correspondientes al Procedimiento de Enfermería de Recibo y Entrega de Turno, de acuerdo al “Manual de Procedimientos y Guías de Atención de Enfermería”
23. Participar en la actividad “Valorar al Paciente” del Proceso “Realización de La Revista Médica en los diferentes Servicios del Hospital”, PS HS XX -PR-01/08; e informar sobre la evolución del estado clínico del Paciente
24. Distribuir el Personal a su cargo de acuerdo con el número de Pacientes Hospitalizados y el estado clínico de los mismos

25. Verificar Órdenes Médicas y, según la competencia en los correspondientes Procesos y Procedimientos, realizarlas o hacerlas cumplir. Lo anterior incluye la ejecución de los Procedimientos asistenciales de mayor responsabilidad
26. hacerlas cumplir. Lo anterior incluye la ejecución de los Procedimientos asistenciales de mayor responsabilidad
27. Valorar la evolución y el estado clínico de los Pacientes; identificar los Usuarios en estado crítico; e informar al Médico responsable del Servicio y al Tratante las complicaciones de los mismos
28. Brindar los Cuidados pertinentes al Paciente según su condición clínica y apoyar al resto del Equipo, en caso de Urgencias
29. Elaborar el Balance Diario de Líquidos administrados y eliminados del Paciente que así lo requiera
30. Recepcionar al Usuario en el Servicio, asignar en el Funcionario competente la responsabilidad de su atención, e Informar al Médico General de su ingreso
31. Tramitar y acompañar el desarrollo de las Ínter consultas del Servicio
32. Supervisar que el equipo de emergencia permanezca con los medicamentos e insumos necesario para prestar el servicio respectivo, en caso de ser requerido
33. Supervisar que el Personal del Servicio, y de acuerdo a la responsabilidad asignada en cada uno de los Procesos y Procedimientos, registre en los formatos diseñados para tal fin toda la información que se genera en el desarrollo y control de todos los Procesos que se llevan a cabo en el Servicio
34. Supervisar que se diligencien correctamente los RIPS de todos los Servicios prestados directamente en el Centro de Costos y se entreguen en el horario establecido al Punto de Digitación y Facturación del Servicio. En caso de Salida de Pacientes, verificar el diligenciamiento de RIPS con base en los servicios

prestados en el Turno y entregarlos inmediatamente al Punto de Digitación y Facturación

35. Conjuntamente con Atención al Usuario, participar en las actividades relacionadas con la educación del Paciente y los Familiares en cuanto a sus derechos y deberes como usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud
36. Orientar a los familiares, o al responsable del Paciente, sobre el Reglamento institucional y entregar el correspondiente formato (PS HS XX-FR-04)
37. Verificar permanentemente las existencias de vacunas, elaborar los Informes de Inventario y hacer la correspondiente Solicitud
38. Adelantar el Trámite correspondiente a la reserva y disponibilidad de Cama en los Servicios
39. Coordinar todas las actividades relacionadas con el Traslado e Ingreso del Paciente a los Servicios
40. Coordinar el traslado de Pacientes fuera del Hospital para la realización de Exámenes Especiales o Remisiones a otras Instituciones de Salud
41. Supervisar las diferentes actividades que tienen que ver con el egreso de los Pacientes, y el respectivo cumplimiento de requisitos médicos y administrativos.
42. Revisar y Hacer los ajustes que corresponda al Pedido de Materiales y Suministros del Servicio
43. Informar al Grupo de Médicos de la Especialidad sobre la Solicitud de Juntas Médicas
44. Desempeñar las demás funciones asignadas y que sean afines a la naturaleza del Cargo

IV. REQUISITOS

A. EDUCACION: Título Profesional en Enfermería, otorgado por una Entidad legalmente aprobada. En el caso de títulos del exterior debe adjuntar resolución de homologación emitida por el ICFES y su respectiva tarjeta Profesional.

B. FORMACIÓN: Certificado de cursos no menor a 180 horas en manejo de procesos relacionados con Enfermería.

C. EXPERIENCIA: Dos (2) años de experiencia Profesional.

D. HABILIDADES Y DESTREZAS

a.- Diplomático: Poseer tacto en el trato con las otras personas.

b.- Tenacidad: Persistente, enfocado a lograr objetivos.

c.- Capacidad de liderazgo y dirección.

d.- Responsabilidad.

e.- Confianza en sí mismo.

f.- Organización en sus actividades.

g.- Trabajo en equipo.

h.- Iniciativa, espontaneidad y entusiasmo.

I. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEO

DENOMINACIÓN DEL EMPLEO : AUXILIAR DE ENFERMERÍA

CÓDIGO : 412

No. DE CARGOS : 53

DEPENDENCIA: COORDINADORA DEL GRUPO

INTERNO DE TRABAJO DE

HOSPITALIZACION.

II. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Prestar servicios auxiliares a la Empresa, realizando labores de apoyo en Enfermería en la prestación de los servicios.

III. FUNCIONES

1. Conocer y cumplir con lo estipulado en el reglamento interno de trabajo de la Institución.
2. Conocer y Cumplir a cabalidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento Interno para el Personal de Enfermería.
3. Asistir a cursos, talleres y reuniones programados por el servicio o por la Institución, de acuerdo a lo contemplado en el Reglamento Interno para el Personal de Enfermería.
4. Realizar acciones educativas sobre aspectos básicos de salud.
5. Esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos a su cargo, de acuerdo a lo contemplado en el Reglamento Interno para el Personal de Enfermería.
6. Diligenciar correctamente los RIPS de todos los Servicios prestados directamente en el Centro de Costos y entregarlos a la Enfermera Jefe, en cada recibo y entrega de turno. En caso de Salida de Pacientes, diligenciar el RIPS con base en los servicios prestados en el Turno y entregarlo inmediatamente al Punto de Digitación y Facturación del Servicio. Registrar los medicamentos e insumos utilizados en todas las actividades a fin de garantizar una correcta facturación, evitando de esta manera glosas a las Cuentas.
7. Cumplir las instrucciones recibidas en la entrega y recibo de turno, y en el transcurso de su jornada de trabajo, de acuerdo con el Plan de Cuidados de

Enfermería, su competencia tal como está registrada en las correspondientes Guías de Procesos y Procedimientos de Enfermería, y las actividades propias del Servicio.

8. Cumplir a cabalidad con la asignación de Turnos y las actividades específicas del servicio
9. Aplicar la técnica adecuada en la realización de los diferentes Procedimientos
10. Recibir y/o suministrar el reporte del estado de salud del Paciente en cada cambio de turno.
11. Registrar en los formatos diseñados para tal fin toda la información que se genera en el desarrollo y control de todos los Procesos y Procedimientos que se ejecute en el Servicio, y que sean de su competencia
12. Instalar al Paciente que ingresa al Servicio en la Unidad asignada y participar en los traslados internos que se ordenen.
13. Tramitar el ingreso al Servicio de los Recién Nacidos provenientes de Sala de Partos o de Urgencias.
14. Prestar al Recién Nacido los primeros cuidados, según su condición clínica lo amerite y según las ordenes que se impartan por parte del Médico y de la Enfermera.
15. De acuerdo a su competencia e instrucciones recibidas por parte del Médico y la Enfermera, colaborar en la organización de la Unidad que se asigne para el Ingreso de un Paciente a UCI
16. En ausencia de la Auxiliar Administrativa, verificar el "Recibo de Salida" y hacer los correspondientes registros en el Libro designado para tal fin

17. Explicar al paciente y/o a los familiares, sobre los procedimientos y tratamientos que se le van a realizar, con el fin de obtener su colaboración en procura de su pronta recuperación.
18. Alistar al Paciente y entregarlo al familiar a cargo; suministrar la información relacionada sobre los cuidados que se le deben brindar y las Citas de Control; y entregar el "Recibo de Salida"
19. Depositar la ropa sucia en el Compresero, y entregarla contabilizada al Operario de Lavandería, registrando lo pertinente en el Libro correspondiente
20. Recibir la ropa limpia y elaborar los correspondientes paquetes
21. Brindar diariamente los Cuidados pertinentes al Paciente según su condición clínica y apoyar al resto del Equipo en caso de Urgencias, de acuerdo con las Guías de Procedimientos de Enfermería.
22. Conseguir en forma oportuna, los equipos, materiales y suministros necesarios, y velar por su adecuada y racional utilización. Informar al Jefe inmediato sobre pérdidas, daños o mal funcionamiento de los mismos.
23. Verificar la disponibilidad de equipos y materiales necesarios para el desarrollo de las actividades de trabajo del Servicio
24. Adelantar todas las actividades relacionadas con la esterilización de material, ropa, guantes, instrumental y demás insumos que así lo requieran
25. Preparar los equipos, materiales y suministros necesarios, y apoyar la realización de Procedimientos
26. Desarrollar las actividades correspondientes a la orientación al Paciente, verificación de documentos y reporte de novedades, con respecto a los mismos,

de acuerdo al Proceso "Admisión a la Paciente Ginecobstétrica", Código PS HS XX -PR-01/09

27. Realizar la Preconsulta a Pacientes Gineobstétricas. Manejar el Kárdex, en el cual se registra las entradas y salidas de las Vacunas
28. Recepcionar, administrar, manejar y registrar integralmente las Vacunas del Recién Nacido y la Embarazada, del Programa PAI
29. Preparar la Vacuna y Vacunar a los Recién Nacidos cuya condición clínica lo permita
30. Cumplir las instrucciones recibidas por parte de la Coordinadora del Grupo Interno de Trabajo y la Enfermera Jefe del Servicio sobre las acciones a realizar de acuerdo el Plan de Producción y Ventas.
31. Preparar al Paciente y colaborar en la realización de ayudas diagnosticas y tratamientos especiales.
32. Colaborar en el traslado, o trasladar al Paciente al Servicio Prestador, o a otro servicio, o fuera del Hospital, cuando las condiciones del Paciente así lo requieran, revisando que tenga las órdenes pertinentes y haciendo entrega del Paciente a la persona responsable.
33. Hacer seguimiento a sus Pacientes asignados y reportar sobre situaciones de emergencia o riesgo oportunamente al profesional responsable
34. Cumplir con las actividades que le competen dentro del Plan de Emergencias Hospitalarios
35. Desempeñar las demás funciones asignadas y que sean afines a la naturaleza del Cargo

IV. REQUISITOS

A. EDUCACION: Certificado de Auxiliar de Enfermería expedido por una Institución debidamente autorizada. Registro del Certificado de Auxiliar de Enfermería expedido por el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

B. FORMACIÓN: Certificado de cursos no menor a 50 horas en manejo de procesos relacionados con Enfermería.

C. EXPERIENCIA: Un (1) año en labores relacionadas a las funciones.

D. HABILIDADES Y DESTREZAS

a.- Diplomático: Poseer tacto en el trato con las otras personas.

b.- Tenacidad: Persistente, enfocado a lograr objetivos.

c.- Capacidad de liderazgo y dirección.

d.- Responsabilidad.

e.- Confianza en sí mismo.

f.- Organización en sus actividades.

g.- Trabajo en equipo.

h.- Iniciativa, espontaneidad y entusiasmo.