UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

BOLETÍN LABORAL

"De hospitales, trabajadores de la salud y burnout"

Número 11, agosto 2023

Directorio

Editor en Jefe
Eduardo Luna Ruiz, Universidad Autónoma de Querétaro

Editores Asociados
Candi Uribe Pineda, Universidad Autónoma de Querétaro
Jesús Antonio Moya López, Universidad Autónoma de Querétaro
Blanca Yasmín Montúfar Corona, Universidad Autónoma de Querétaro
Grisel Mariana Lechuga Rodríguez, Universidad Autónoma de Querétaro

Comité Editorial
Fernando Samperio Sánchez, Universidad Nacional Autónoma de México
Gaspar Rivera Salgado, Labor Center UCLA
Juan Manuel Godínez Flores, Labor Center / Centro Laboral UAQ
Paolo Marinaro, Solidarity Center, Oficina México
Rolando Javier Salinas García, Labor Center / Centro Laboral UAQ

Asistente Editorial y Corrector
Ramsés Jabín Oviedo Pérez

Diseño Gráfico
Estefanía Elizarraraz Navarro
José Abel Cervantes Cortez

Boletín Laboral es una publicación mensual editada y publicada por el Labor Center / Centro Laboral de la Universidad Autónoma de Querétaro, Anillo Vial Fray Junípero Serra S/N, Campus Aeropuerto, 76140, Santiago de Querétaro, Qro., México. Tel.: (442) 192 1200, Ext. 6327. Correo electrónico: boletinlaboraluaq@gmail.com. Editor responsable: Eduardo Luna Ruiz. Reserva de derechos al uso exclusivo: en trámite, ISSN on-line e impreso: en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Este número se terminó de maquetar el 31 de agosto de 2023.

Los juicios y afirmaciones expresados por las y los autores no necesariamente reflejan la postura del editor del boletín ni de la UAQ. Se permite el uso del material incluido y la reproducción de los contenidos académicos, siempre y cuando se cite la fuente y autor. Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Internacional 4.0. BY-NC-SA.

Carta Editorial

La importancia del Sector Salud en la sociedad ya sea a nivel local, nacional o internacional, está fuera de duda. La preservación de la vida humana es *per se* una labor fundamental en el mundo actual. Los avances más importantes que la ciencia y la tecnología han dado cuenta en los últimos dos siglos y medio están relacionados con la medicina y las ciencias de la salud, teniendo como evidencias el aumento de la expectativa de vida del ser humano a partir del siglo XIX. Las amplias posibilidades de nuevos equipos para el diagnóstico de padecimientos, nuevos tratamientos, nuevos fármacos y nuevas modalidades de intervención a nivel molecular son prueba de ello.

Sin embargo, la investigación médica y el consecuente desarrollo de las ciencias de la salud, tiene como eje central el estudio de la enfermedad y sus consecuencias, pero no así se da la atención necesaria al ser humano, ya sea el enfermo o a los trabajadores sanitarios, sean éstos el personal médico, de enfermería, de asistencia médica, de trabajo social, etc.

Es en este sector que se da una interacción paciente-personal sanitario, se trata de una relación asimétrica donde el primero de ellos recurre en un momento total de vulnerabilidad y, el segundo, se enfrenta a una enorme responsabilidad sobre la vida de otra persona, pero, en muchas ocasiones, bajo condiciones muy desfavorables (de recursos e, incluso, laborales); sin olvidar que, sin importar el tipo o nivel de hospital que se trate, el personal médico está conformado por trabajadores, quienes día con día enfrentan los retos de su profesión, pero al mismo tiempo, sujetos en uno de los sectores más estrictos y exigidos desde el punto de vista político y administrativo. Su tarea no es fácil, están en la primera línea de lucha contra la enfermedad, lo que los convierte, simultáneamente, en las primeras víctimas.

Por ello, en este número 11 de *Boletín Laboral UAQ*, se aborda el caso del personal médico y una de sus patologías características, el *burnout o síndrome de estar quemado*. Sirva el presente para hacer conciencia de la realidad que viven nuestros médicos, enfermeras, asistentes, etc.

.

Dr. Eduardo Luna Ruiz
Editor en Jefe

Introducción

El *síndrome de burnout* o *síndrome del quemado* es considerado como una patología psicosocial que surge en la modernidad, y que está íntimamente ligado a los riesgos psicosociales y a las exigencias que impone el trabajo y la organización, aunado a los actuales estilos de vida. Se trata de un síndrome que se manifiesta a través de síntomas, gestos, acciones y actos que presentan profesionales que comienzan a cometer errores constantes, dificultades al tratar con el usuario de su servicio y sus pacientes, además de mostrar un comportamiento cínico y de indiferencia con los que asisten. La literatura sobre el tema menciona que aparece principalmente en aquellos profesionales que trabajan "cara a cara" como cuidadores o aquellos trabajadores que se hacen cargo de otras personas (enfermeras, médicos y asistentes médicas) (De los Ríos, 2007).

Maslach (1981), Pines (1977), Arias, Fernández y Plascencia (2010), lo han definido como un síndrome de agotamiento físico y emocional, donde el trabajador(a) que lo padece desarrolla actitudes negativas hacia su propio trabajo y labor, el (la) trabajador(a) también manifiesta un escaso autoconcepto hacia sí mismo y una mala actitud al tratar a los pacientes usuarios de su servicio.

Gil Monte (2005) menciona que el síndrome incrementa su presencia en estos trabajadores, de una manera emergente, cuando la globalización de la sociedad y en especial los mercados financieros, los productos, los trabajos de servicio, los mercados laborales plantean una gran competitividad como parte del desarrollo económico y social. Es decir, el síndrome se enmarca en el momento histórico actual, donde la lógica neoliberal exige ser productivo y eficiente, aunque se carezca de los recursos materiales y humanos mínimos, tal es el caso de las instituciones de salud conocidas como hospitales.

¿Qué es el trabajo "cara a cara"?

Para entender el fenómeno y el trabajo "cara a cara", es necesario ubicar al personal sanitario en el entorno donde se desempeña: el hospital.

Se considera al hospital como una organización social que desarrolla una cultura organizacional que puede ser nociva no sólo para los pacientes, sino también para el personal sanitario que ahí labora: enfermeras, médicos, asistentes médicas. Estudios realizados, reportan que existe en el hospital situaciones cotidianas que son visibles y que tanto especialistas médicos,

como enfermeras y otros profesionales, están *reventados*.

Mallett, M. (s/f) Phothography. The Final Confrontation and The Now Word (recuperado de Pinterest).

El hospital es una unidad de trabajo compleja, rígida, monótona, deshumanizada, con falta de comprensión y tolerancia entre los propios compañeros de trabajo. Un sistema altamente politizado que produce en el personal que ahí labora, una especie de desmotivación, de distanciamiento. Este distanciamiento origina en consecuencia una disminución de sus capacidades de abnegación y esfuerzo, propiciando la aparición de enfermedades y malestares originados por el estrés que desarrolla el personal a cargo de atender todas las demandas, la de los pacientes y las de la propia organización. A esto se agrega que el personal sanitario cumple con otros roles, como madres, padres, amas de casa, hijos, hermanos, pareja, etc., lo que los obliga a desempeñarse en una doble jornada, generando una mezcla de factores laborales y personales que los llega a sobrepasar.

Flórez (1994) afirma que el personal sanitario, especialmente las enfermeras, abandonan la profesión por insatisfacción, quejándose de que no disponen de tiempo suficiente para dedicarle a cada paciente, de los errores cometidos debido al cansancio frecuente, de los bajos salarios, de la falta de seguridad laboral, de su insatisfacción con las políticas de personal de la dirección médica y de enfermería, además de la influencia de las políticas gubernamentales que imponen a las instituciones públicas.

En principio, la institución hospitalaria pretende devolver al paciente la salud perdida, tal y como lo aconseja el diagnóstico, pero la mayoría de las veces no cuenta con una buena planificación ni con un sistema de reconocimiento al esfuerzo, carece de preparación y capacitación constante; carece de medicamentos y enseres de curación entre otras situaciones comunes; es entonces cuando surge la frustración y el malestar. Una frustración psicológica que termina por enrarecer el ambiente hospitalario y su sistema asistencial, propiciando la

aparición de estados ansiosos (nerviosos) y en consecuencia un comportamiento desadaptativo del personal.

A la par, el hospital como sistema abierto mantiene relaciones de intercambio con su entorno y debe mantener una cierta interdependencia entre ese entorno y su sistema interno, dado que los cambios impactan a ambos. El ambiente exterior e interior influyen en la institución y, a su vez, esto influye en los trabajadores, quienes resultan altamente vulnerables a cualquier situación que se presente. Esto porque el sistema hospitalario ha tenido que ir asumiendo actividades de la que ya no puede hacerse cargo el sistema familiar (Flórez, 1994), como por ejemplo enfermedades complicadas que llegan a desbordarse en un estrés incesante del trabajador sanitario, afectándolo a él y a su familia.

Por otra parte, los hospitales vienen sufriendo un proceso de burocratización que inexorablemente afecta intensamente al personal sanitario y en consecuencia a los propios pacientes, pues se encuentran con un sistema en el independientemente de "sentirse mal" o "estar enfermo", hay que realizar una serie de trámites interminables, que van deteriorando sus recursos emocionales y su paciencia.

Cabe señalar que otro de los factores que llegan a producir desmotivación en los trabajadores sanitarios, es el uso cada vez más frecuente de tecnología, la división del trabajo que debe atender las necesidades con el poco o mucho personal con el que se cuente, la insatisfacción y expansión de la especialización al tener que visitar a más de un especialista médico, etc., haciendo del hospital un sistema complejo en su división del trabajo, con una elevada jerarquía de autoridad, con diversos canales formales e informales de comunicación y un conjunto de reglas normativas. Al respecto, existen dos líneas de autoridad paralela, la administrativa y la profesional y es frecuente la aparición de conflictos entre ambas; conflictos que en gran medida obedecen al choque entre un conjunto de valores distintos, el sistema profesional pone énfasis en el servicio que es necesario dispensar y en la humanización de la asistencia y el administrativo exige responder siempre, aun cuando existe una evidente falta de recursos.

Precisamente de este choque que se repite continuamente se genera una constante fuente de angustia, nervios, ansiedad, estrés y desmotivación. Esto provoca una desestructuración social que conlleva a una desestructuración del personal, propiciando en el mismo la aparición de enojo, molestia, malestar, sensación de incomodidad con lo que se hace, sensación de constante fracaso, aparición de conflictos con uno mismo,

deseos que se guardan, que no se cumplen, luchas, privaciones económicas, fracasos profesionales, frustraciones con los jefes, con los compañeros, con la familia.

Flórez (1994) señala que el sistema hospitalario desencadena al igual en el paciente un proceso de despersonalización y comportamiento cínico y demandante, de fastidio y de cansancio ante los procedimientos requeridos, ante la burocratización de los procedimientos, ante la interrupción de actividades diarias para recibir un tratamiento, ante la existencia de distintas líneas de autoridad, ante la evidente falla en la organización y planificación del trabajo; produciendo en ellos, un constante estado de ansiedad, una especie de círculo vicioso, donde quieren y no, ser atendidos. Consecuencia de ello, es el aumento de comportamientos como acusaciones, amenazas, enfrentamientos, conflictos, injurias o calumnias.

Ante esta situación descrita por el autor, puede afirmarse que el trabajador sanitario puede llegar a reaccionar de una manera negativa ante el sistema para el que trabaja y también ante los derechohabientes o pacientes que acuden al hospital para recibir atención médica. Las conductas mostradas serán de irritabilidad, enojo, ira, cinismo, mala atención y mal trato, entre otras, lo que genera una descompensación de la personalidad que explica de inicio el *síndrome del quemado*. Posterior a esta fase de agresividad y oposición ante el sistema y sus pacientes, las y los trabajadores sanitarios adoptan un papel pasivo, que se traduce en indiferencia, desilusión y desvaloración, para finalmente desarrollar problemas agudos de ansiedad y/o depresión.

El propio paciente contribuye con su actuar, ya que puede tornarse una persona muy exigente en cuanto a la atención que debe recibir. Obviamente tiene razón en cuanto a tener el derecho de recibir una atención medica de calidad, pero manifiesta su frustración en cuanto al servicio que se le ofrece por parte del sistema de salud, teniendo como blanco la primera cara de la institución: enfermeras y asistentes médicas.

Para hablar de las enfermeras o de la enfermería, es necesario reconocer que la práctica de la enfermería es considerada como una actividad humana que presenta una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la propia enfermedad. En enfermería el "cuidado del otro" se convierte en el eje central de su actividad y disciplina, pues es en realidad el agente cuidador y trasmisor el cuidado.

La historia de la profesión se remite a los primeros cuidados que se inician en las sociedades primitivas, pero es hasta mitad del siglo XIX que se dan a conocer los primeros estudios históricos sobre esta disciplina

(Siles, 1999). El siglo XIX —siglo de la industrialización— trae consigo la aparición de enfermedades derivadas del fenómeno migratorio, se trataba de enfermedades causadas por el incipiente hacinamiento poblacional de las nuevas ciudades, enfermedades causadas por infecciones y mala alimentación. También durante este período surge la salud pública y la medicina con enfoque preventivo, lo que hace necesario que exista personal encargado de llevar a cabo las curaciones y los cuidados, labor que se destina a las enfermeras.

En el caso de nuestro país y en años posteriores a la conquista de México, las primeras prácticas de cuidado se mantuvieron en el anonimato y fuera del reconocimiento social; pues todavía imperaban las sanaciones a cargo de "chamanes" y "parteras", aunque estuvieran desacreditados por las autoridades dominantes del clero. A causa de ello, existían ordenes de mujeres religiosas que se encargaron de prestar cuidados y atención a enfermos y desprotegidos. Será hasta el 9 de febrero de 1907 cuando se crea de manera oficial la primera escuela de enfermería en el país. La iniciativa parte de dos señores de la época, uno de ellos Eduardo Liceaga (1939-1920) y otro, Fernando López y Sánchez Román (1854-1924).

Hasta antes de la creación de esta primera escuela, ya se habían impartido cursos de cuidados en el llamado Hospital General de México, sin embargo, la primera escuela de enfermería propicia la aparición del primer reglamento de formación para esta especialista sanitaria. Así, la práctica de la enfermería poco a poco se convierte en un trabajo formalizado, aunque se habla de sueldos y salarios desmesuradamente bajos en comparación al sueldo y salario de los médicos, sus jornadas desde el inicio de la profesión, son jornadas prolongadas de entre 11 y 13 horas aproximadamente, práctica que no se aleja mucho de la realidad actual de estas profesionales de la salud.

Actualmente, la enfermería es considerada como una disciplina científica que se imparte como carrera técnica o profesional en muchas universidades del país. Su principio ético se basa en la norma oficial NOM-019-SSA3-2013. Además, cada institución posee un reglamento que especifica de manera concreta las funciones de enfermeras y coordinaciones de enfermería, haciendo mención las funciones prioritarias de cumplimiento en ejecución de su servicio operativo.

La enfermera, en palabras de Flórez (1994), debe entre sus funciones, atender, cuidar y mantener con vida al paciente en lugar de curarle (esta es función del médico

o del especialista), atiende cada vez más a un creciente número de derechohabientes que solicitan al hospital atención sanitaria. Se enfrenta con frecuencia y más aún en los últimos años, a la carencia de insumos, la insuficiencia de camas hospitalarias, la espera de atención de los pacientes, las demandas propias de la institución vinculadas a su servicio, la demanda de los familiares de los pacientes, el desplazamiento entre cama y cama, entre departamentos y pasillos subiendo y bajando escaleras u oficinas en un ejercicio físico ininterrumpido, a veces corriendo y en plena tensión durante toda su jornada.

Cubre largas jornadas de trabajo lo que reduce sus horas de sueño y descanso, vive de manera constante el riesgo real o imaginario de contagiarse de las enfermedades que atiende, como VIH, hepatitis B, COVID-19 y otras más que resultan contagiosas al contacto. Todo esto hace que el personal de enfermería de los nosocomios públicos sea especialmente vulnerable y este en constante riesgo, además de enfrentarse a otra serie de dificultades laborales, personales, familiares, económicas y emocionales, lo cual produce cambios subjetivos que se manifiestan en síntomas físicos o de comportamiento.

Estos agentes estresantes que enfrenta la enfermera propiciarán la aparición del *síndrome de estar quemados* y permanece en el tiempo y espacio hospitalario, sin posibilidad de desaparecer. Al contrario, cada día aparecerán nuevos factores estresantes, tal es el caso de la pandemia por SARS-COV-2.

Muchos de los profesionales sanitarios en hospitales y centros de salud se aburren ante la falta de alicientes en su trabajo y en su tiempo libre. Realizan labores repetitivas, monótonas y tediosas en muchas ocasiones, lo que produce en ellos constantes cambios en su conducta como ansiedad, hostilidad, dificultad para concentrarse, irritación, adormecimiento y sensación de que el tiempo pasa muy lentamente. El desgaste emocional es progresivo a lo largo del tiempo, mostrando desmotivación, fatiga, desinterés por el enfermo y sus familiares, tendencia al ausentismo entre otras prácticas frecuentes, producto de su demandante labor, haciendo que las enfermeras sean más propensas a desarrollar cuadros clínicos como ansiedad y depresión (Flórez, 1994; Moya *et al.*, 2016).

La asistente médica labora en unidades de los tres niveles de atención, primer, segundo y tercer nivel, que corresponden a Unidades de Medicina Familiar, Hospitales de Zona y Hospitales de Alta especialidad. Se ubica en servicios de recepción de pacientes, en control central, consulta externa de especialidades, urgencias médicas, admisión hospitalaria, hospitalizaciones e informes en general.

Mallett, M. (s/f). Photography. The Final Confrontation and The Now Word (recuperado de Pinterest).

Forma parte del equipo de salud integrado por médicos y paramédicos, por lo que mantiene una estrecha relación con personal médico, enfermeras, médicos familiares, médicos no familiares, trabajadoras sociales, dietistas, personal de laboratorio, rayos X y control de prestaciones. Debe ser el enlace entre el derechohabiente y el personal médico o paramédico encargado de las prestaciones del servicio en las distintas unidades durante la atención médica integral con eficiencia, alta calidad, atención oportuna y cordialidad. Parte de sus actividades generales a realizar, se expresan como:

a. Brindar atención cortes y oportuna a los derechohabientes del servicio que acudan por vez primera o de manera subsecuente.
b. Orientar a los pacientes/derechohabientes para que cumplan las órdenes emitidas por los médicos.
c. Realizar los registros correspondientes y la documentación sugerida por el servicio.
d. Coordinar los diferentes servicios de la unidad para brindar atención al derechohabiente.

De acuerdo con su propio reglamento hospitalario, se exige que el trato al público que atiende debe ser cortés y oportuno, claro y exacto en la información que brinda o proporcione. Es decir, se trata de un (una) profesional que todo el tiempo trabaja de manera directa con los derechohabientes del servicio, es decir, trabaja "cara a cara" todos los días durante sus horas de servicio. Es una profesional de enlace y conexión entre los pacientes y la institución, por ello se le exige eficiencia, cortesía y amabilidad; aunque en la realidad, podemos percatarnos de ciertas contradicciones al prestar sus servicios, sobre todo, cuando están sobrepasadas por las propias exigencias y falta de recursos de su institución, mostrando un mal trato.

Freepik. (s/f) Photography. Premium Photo/Surgeons joining hands together after work for rescue patient in operation room at hospital, emergency case, surgery, medical technology, disease treatment concept, and discover more than 1 Million Profesional Stock Photos on Freepik. (recuperado de Pinterest).

Es precisamente esta obligación y responsabilidad constante, la que puede propiciar la aparición del *síndrome de burnout* en la asistente médica, tal y como lo mencionan Gil Monte y Peiró (1997). Aunado a este contacto con las personas, se presentan otros agentes estresores como los ya mencionados en la descripción general del hospital como sistema social de servicio asistencial, por lo que se puede considerar una profesión en extremo vulnerable de desarrollar el síndrome y sufrir sus consecuencias (Hernández y Olguín, 2015).

Es en este momento y con estos profesionales de la salud, donde ubicamos la presencia y desarrollo del *síndrome de burnout*, que es el fenómeno que nos ocupará en este número del *Boletín Laboral* UAQ.

¿Cómo se mide el síndrome de burnout?

Para fines de los estudios aquí presentados, se recurrió a la aplicación de la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) de Uribe (2010) para población mexicana. Para fines de evaluación de los resultados se recurrió al tratamiento estadístico y calificación rápida del modelo de Leiter, a fin de determinar la presencia del síndrome y sus niveles. En los casos de resultados Muy alto y Alto, se recurrió a obtener los valores bajo la curva para factores psicosomáticos, de los cuales de obtuvo el valor Z y se realizaron graficas en extenso, puesto que el nivel obtenido determinaba *peligro* y *quemado*.

Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) de Uribe (2010)

La Escala de Desgaste Ocupacional (*burnout*) de Uribe (2010), clasificación A; se trata de un primer cuestionario construido, aplicado en población mexicana, con la posibilidad de evaluar este fenómeno bajo condiciones culturales y socioeconómicas de sujetos en

situación de trabajo "cara a cara" y en un intento de responder al fenómeno de *desgaste ocupacional*, como una grave patología que se relaciona de manera cercana con las exigencias o condiciones que el trabajo impone para su realización.

La escala de Uribe (2010) contempla aparte de las dimensiones características del síndrome, otras variables para demostrar efectivamente la somatización. Este apartado se contempla como efectos psicosomáticos y resulta consecuente en grado y magnitud de acuerdo con el tipo de variables personales o laborales, con las que se asocia el síndrome. Los psicosomáticos se clasifican en: trastornos del sueño, trastornos por dolor, trastornos neuróticos, trastornos gástricos, trastornos de depresión, trastornos de ansiedad y trastornos psicosexuales.

Las dimensiones que mide son las siguientes:

1. **Agotamiento.** Definido como la pérdida progresiva de energía, el cansancio, el desgaste, la fatiga. Situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.
2. **Despersonalización.** Se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, compañeros, etc.). Puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo.
3. **Satisfacción (insatisfacción al logro)**. Son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente y de forma especial esa evaluación negativa afecta su habilidad en la realización de sí mismos.

Se trata de una escala extensa, con dos posibilidades de calificación e interpretación, el modelo rápido de Leiter y el modelo que retoma al área bajo la curva y ubicación de la puntuación Z, para relacionar con las variables psicosomáticas que cada sujeto desarrolla a partir de la instauración del síndrome en un nivel Alto y Muy alto.

(s/f) Photography. 30 Pics That Show The Realities Of Medical Staff Working In Wuhan. (recuperado de Pinterest).

El *síndrome de burnout* y sus estudios

Los estudios que aquí se presentan fueron desarrollados por estudiantes de la licenciatura en psicología clínica y estudiantes de la licenciatura en psicología del trabajo, como parte de sus prácticas profesionales y estrategia de titulación mediante Tesis.

En el primer estudio se abordó el *síndrome de burnout* como una patología psicosocial contemporánea caracterizada por las relaciones humanas dentro es una institución pública, relacionada con las exigencias del ámbito laboral y su estilo de vida. Los resultados se agruparon bajo las tres dimensiones que engloba el síndrome, baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización, a través gestos y palabras llamados descuidos, errores del cuidador ante sus pacientes. Se tomaron en cuenta factores institucionales, psicológicos y sociales en consideración al momento histórico y económico por el que atravesaban en ese momento las instituciones públicas del país.

Se realizó un diagnóstico institucional y se aplicó la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) (Uribe, 2010). También se hizo un correlato psicoanalítico, tratando de que el Cuidador cayera en cuenta de la importancia de reconocer sus propios deseos en la práctica ética al brindar sus servicios y en la responsabilidad que esta práctica conlleva, al estar a cargo del cuidado de otros; además de destacar la importancia del *cuidado de sí*, ejercicio importantísimo en el arte del cuidado.

El segundo estudio con enfermeras se realizó en la misma institución ante su demanda expresa de intervenir en el desarrollo del *síndrome de burnout* en personal de enfermería, eje de la institución. Para ello se implementó un modelo de atención integral en tres fases llamado: *Me cuido y te cuido*.

Se aplicó la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) (Uribe, 2010), cuyos resultados arrojaron la instauración del síndrome en fase "normal", que corresponde a la segunda fase lo que permitió inferir que la institución debía mediar y tomar medidas inmediatas para hacer frente a las repercusiones del *burnout*, a fin de que el personal no transitara a una tercera o cuarta fase, y a la agudización del síndrome y de sus síntomas.

Se llevó a cabo una intervención grupal, a través de grupos operativos de reflexión nuevamente y se brindó atención psicológica a trabajadores que así lo solicitaron a fin de encontrar solución a las realidades complejas que enfrentaban en el campo profesional y personal.

En este estudio, a todo el personal que obtuvo resultados Altos y Muy Altos de manifestación del síndrome, fueron analizados de manera más profunda y de acuerdo con los modelos de evaluación e interpretación del propio instrumento de medición, a fin de ubicar las principales manifestaciones y afectaciones que padecían. A estos trabajadores, se les hizo una devolución personalizada y se les invitó a recibir atención individual, pero sólo 12 personas aceptaron dicha intervención.

El tercer estudio, se realizó en otra gran institución de salud pública en el año 2015. Se trabajó con una población de asistentes médicas, donde los resultados arrojan que, de una población de 35 trabajadoras, 17 de ellas (o sea el 48.57 %) presentaban signos de estar *quemadas*.

Las variables consideradas fueron laborales el contacto con usuarios, antigüedad en la institución, ingresos y contenido de la tarea. Las variables personales consideradas fueron edad, estado civil y número de hijos.

El resto de asistente médicas, presentaron un desarrollo del síndrome en fase "normal", que al igual que en el caso de las enfermeras, es propicio a transitar a una tercera y cuarta fase, complicando e incrementando tanto los síntomas conductuales y los llamados psicosomáticos. En este caso, no hubo intervención, sólo la devolución de resultados a la institución.

Como podemos observar, el estudio del síndrome ha sido consistente y permite corroborar en los espacios hospitalarios la presencia del síndrome y su desarrollo en poblaciones que trabajan "cara a cara". En cada una de las poblaciones medidas se destaca la presencia del s*índrome de burnout* a través de sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización e insatisfacción de logro.

Conclusiones y sugerencias

A partir de los hallazgos compartidos en este boletín, se puede concluir que efectivamente el *síndrome de burnout* es consecuencia de un proceso de estrés crónico que se infiere a partir de la presencia del síndrome y su desarrollo, ya que antes de presentar los síntomas propios de las dimensiones del *burnout*, los trabajadores sanitarios atraviesan por una fase de estrés que, al no encontrar solución ni tratamiento, derivará en la instauración del síndrome.

El personal sanitario evaluado y de acuerdo con los resultados, destaca la instauración del síndrome en fase "normal", pero de no tomar medidas para intervenirlo, puede transitar a una tercera o cuarta fase, haciendo los síntomas y conductas de los trabajadores cada vez más complejas.

Milosluz en dreamstime. (s/f) Photography. Dreamstime Stock. Stethoscope stock image. Image of hospital, health, text-2089573 (recuperado de Pinterest).

Se reconoce en el contexto hospitalario un ambiente propicio para desarrollo del síndrome debido a las paradojas institucionales que representa y donde se muestra que el personal humano; es decir enfermeras y asistentes requiere de atención constante por la actividad de cuidado que realiza en el ejercicio de su labor.

Se recomiendan programas institucionales psicológicos individuales y grupales especializados para tratamiento del síndrome, debido a que la realidad contradictoria entre variables formalizadas y la realidad de la ejecución, rebasa al cuidador en su capacidad de afrontamiento; enajenándolo y dejándolo desprovisto de recursos psíquicos para el trato sostenido con la enfermedad y la muerte. Es necesario establecer escenarios donde los trabajadores viertan sus emociones, donde tramiten y resignifiquen simbólicamente sus funciones de cuidador y cuidadoras, donde ellos mismos puedan sanar de sus afectaciones.

Referencias bibliográficas

Arias G., L.F., Fernández S. A. y Plascencia, R.O. (2010). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en enfermeras de un hospital público del Estado de Morelos. Simposio, 3er foro de las Américas en investigación sobre factores psicosociales, estrés y salud mental en el trabajo, 14 al 16 de octubre.

Arias G., L. F. *et al.* (2006). Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Un estudio de agotamiento (burnout) profesional en el personal de salud en el estado de Morelos. Primera Reunión de las Américas en Cuernavaca, Morelos Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo.12 al 14 de octubre.

Buendía, J. (1998). *Estrés laboral y salud.* Editorial Biblioteca Nueva, S.L., Madrid.

CIPE UAQ (2016). Proyecto de investigación e intervención psicológica "Me cuido y te cuido", el síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de segundo nivel en el estado de Querétaro. CIPE UAQ 001/2015 autorización HG ISSSTE Querétaro n°022-206/dcei 1265/2016.

De los Ríos, J.L. (2007). Desgaste profesional en personal de enfermería. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social, 23*(45), 23-30.

Declaración de Helsinki. (1964). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano. Recuperado (16 de febrero de 2015) de: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/.

Fidalgo, M. (2005). SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO POR EL TRABAJO O BURNOUT: DEFINICIÓN Y PROCESO DE GENERACIÓN. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.

Flórez L., J.A. (1994). *Síndrome de Estar quemado*. Editorial Edika Med. Barcelona.

Gil-Monte, P.R. y Peiró, S.J.M. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Editorial Síntesis, S.A. Madrid.

Gil-Monte, P.R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, REVISTA DE PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y DE LAS ORGANIZACIONES.

Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Grau, A.J. (2000). *Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Instituto Nacional de Oncología y Radiología*. Cuba.

Guzmán, T. M. (1997). Semblanza personal, consideraciones para coordinar un grupo humano y dos experiencias en Mega Instituciones. México: Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Herrera y Moya (2016). El síndrome de burnout, en personal de enfermería del HG ISSSTE Querétaro un abordaje psicológico y psicoanalítico. [Tesis colectiva de Licenciatura, en la Universidad Autónoma de Querétaro].

Hernández, U. R.C. y Olguín, H. K. (2015). Frecuencia del síndrome de burnout en asistentes médicas y su relación con factores laborales y de personalidad. [Tesis de Licenciatura, en la Universidad Autónoma de Querétaro].

López, M.A., González, V.M. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social.*

Martínez, A.S. (1997). *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. UAM.

Marrau, C.M. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. Fundamentos en Humanidades, V (10) 53-68. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18401004

Maslach, C. y Jackson S.E. (1997). MBI Inventory Burnout de Maslach. Síndrome del Quemado por estrés laboral asistencial. Manual. TEA. Publicaciones de Psicología Aplicada. Serie menor núm. 211.

Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annu Rev Psychol.*

Mendizábal S. (2010). *El síndrome del reventado en la comunidad terapéutica y la identificación proyectiva*. AMPAG. México: Instituto Mendao.

Molina, G. P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria en un área sanitaria de Madrid.

Moya, L.J.A., Herrera, F.B., Juárez, P.J.C., Mondragón, P.J., Herrera, V.T.M., Montúfar, C.B.Y., Luna, R.E. y Guzmán, T. M de G. (2016). Me cuido y te cuido. Proyecto de investigación e intervención psicología. El síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de segundo nivel en el estado de Querétaro. CIPE UAQ 001/2015.Autorización HG ISSSTE Querétaro N° 022-206/1265/2016

Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. España: Aguaclara.

Uribe, P.J.F. (2010). *EDO Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (Burnout)*. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Contenido

Carta Editorial 3
Introducción 4
¿Qué es el trabajo "cara a cara"? 4
¿Cómo se mide el síndrome de *burnout*? 11
El síndrome de *burnout* y sus estudios 13
Conclusiones y sugerencias 14

El financiamiento es proporcionado por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de América en virtud del acuerdo no. IL32531-18-75K. Este material no refleja necesariamente las opiniones o políticas del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de América, ni la mención de nombres comerciales, productos y organizaciones, implica el respaldo del Gobierno de los Estado Unidos de América.

@LaborCenterUAQ @CentroLaboralUAQ latindex

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

UAQ LABOR CENTRO CENTER LABORAL

Psicología y Educación

SOLIDARITY CENTER