



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Síndrome Burnout en el personal multidisciplinario del  
área Onco-Hematológica del Hospital para el Niño  
Poblano**

**TESIS**

**Que para obtener el título de  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA  
Pedro Tlatoa González**

*Dirigido por:*

**Dra. Ma. Alicia Moreno Salazar**

**Septiembre 2015**

***A Dulce y Katherine.***

*Por ser las niñas que inspiraron este trabajo, por mostrarme un amor del que poco sabía,  
por ser unas guerreras ejemplares, pero sobre todo por compartir conmigo la grandeza de  
su ser.*

*No importa si están en la tierra o en el cielo, su presencia siempre acompaña mi corazón.*

*¡Gracias!*

---

***A mi padre Jehová.***

*A mis padres, por nuestro inmenso amor.*

*A todos aquellos niños y niñas que se encuentran dando lo mejor de sí para vencer el  
cáncer.*

*A los niños y niñas que ahora iluminan nuestras noches desde el cielo, en especial a  
aquellos que en algún momento me compartieron su luz.*

*A todos los profesionistas del área de Onco-Hematología que a través de sus  
conocimientos y esfuerzo se suman a la batalla contra el cáncer. Infinitas gracias por su  
trabajo y dedicación.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la Doctora Alicia Moreno Salazar, por aceptar ser la directora de esta tesis, por compartir sus conocimientos conmigo, por guiarme a lo largo de este proceso exigiendo lo mejor de mí, y por supuesto, por ser parte fundamental de esta investigación.*

---

***A mis padres,** por ser siempre los pilares de mis proyectos, por acompañarme a lo largo de toda mi educación, por su esfuerzo, sacrificio, dedicación, por creer en mí y llenarme de amor. Agradezco especialmente su paciencia y todos los recursos que me brindaron para que este trabajo pudiese ser posible.*

*A la Maestra Rocío Fragoso Luzuriaga, por sus enseñanzas en el aula, por apoyarme con el inicio de este proyecto, por brindarme asesorías durante la elaboración.*

*Al Maestro Joel Romero Apango por sus asesorías, por compartir sus conocimientos conmigo y por invertir tiempo apoyándome con este proyecto*

*A la Psicóloga Yesenia Tlahuizo Caballero, por permitirme formar parte del equipo de Psico-Oncohematología, por apoyarme en la aplicación de instrumentos y por ser parte del proyecto.*

*Al Dr. Froylán Hernández Lara González, por aprobar el proyecto de investigación, pero sobre todo por su apoyo y solidaridad.*

*Al Hospital para el Niño Poblano, quien en un inicio me permitió colaborar en esta maravillosa institución en la cual tuve la oportunidad de vivir una de las mejores experiencias de mi vida, y donde surgió la necesidad de realizar esta investigación. Gracias por permitirme llevar a cabo el presente trabajo.*

*Al equipo multidisciplinario del área de Onco-Hematología por aceptar contestar los instrumentos de investigación.*

*A mis amigos por animarme en todo momento. Especialmente a Belén.*

*A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y a la Facultad de Psicología por brindarme todas las herramientas necesarias para concluir mis estudios universitarios.*

*A mi compañera Rocío Olvera por su apoyo*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	I
INTRODUCCIÓN.....	II
CAPÍTULO I FUNDAMENTACIÓN	
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Justificación.....	4
1.3 Planteamiento de problema.....	6
1.4 Objetivos.....	9
1.5 Definición de variables.....	10
1.5.1 Definiciones conceptuales.....	10
1.5.2 Definición operacional.....	11
1.6 Límites del estudio.....	11
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Contextualización del Cáncer Infantil.....	13
2.1.1 Definición del cáncer.....	13
2.1.2 Cáncer en edad pediátrica.....	13
2.1.3 Tipos de cáncer más comunes en la población pediátrica.....	15
2.1.4 Presencia del cáncer pediátrico en México.....	17
2.1.5 Aspectos socio-psicológicos.....	18
2.1.5.1 Aspectos socio-psicológicos en pacientes.....	19
2.2.5.2 Aspectos socio-psicológicos en familiares.....	21
2.1.5.3 Aspectos socio-psicológicos en personal de oncología..	23
2.2 Conceptualización del Síndrome Burnout.....	25
2.2.1 Definición.....	25
2.2.2 Delimitación histórica del Síndrome.....	28

2.2.3 Distinción entre otros conceptos relacionados al Síndrome.....	30
2.2.4 Características del Síndrome Burnout.....	33
2.2.5 Causas del Síndrome Burnout.....	34
2.2.6 Manifestaciones del Síndrome Burnout.....	39
2.2.7 Modelos explicativos del Síndrome.....	42
2.2.8 Medición del Síndrome Burnout.....	44
2.2.8.1 Inventario de Burnout de Maslach (MBI).....	44
2.2.8.2 El Inventario de Burnout de Maslach en México.....	46
2.2.8.3 El Burnout Measure (BM).....	47
2.2.8.4 Otros instrumentos de evaluación.....	47
2.2.9 Prevención y tratamiento.....	48
2.3 Burnout en trabajadores del sector salud en hospitales.....	51
2.3.1 Burnout en Médicos.....	52
2.3.2 Burnout en enfermeras y enfermeros.....	53
2.3.3 Burnout en psicólogos clínicos.....	54
2.3.4 Burnout en trabajadores sociales.....	55
2.4 Burnout en profesionales de Oncología.....	58
2.4.1 Médicos y enfermeras.....	58
2.4.2 Psicólogos y trabajadores sociales.....	62
2.5 Burnout en Oncología Pediátrica.....	62

### CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Participantes.....	69
3.2 Instrumentos.....	72
3.2.1 Cuestionario Sociodemográfico.....	72
3.2.2 Inventario de Burnout de Maslach.....	73
3.3 Procedimiento.....	75
3.3.1 Diseño de la investigación.....	75
3.3.2 Recogida de datos.....	75
3.4 Procesamiento de datos.....	77

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Presencia del Síndrome Burnout en la muestra total.....	79
4.2 Niveles de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.....	80
4.3 Niveles de Burnout y características sociodemográficas de la muestra.	82
4.3.1 Niveles de Burnout por sexo de la muestra.....	82
4.3.2 Niveles de Burnout por estado civil y paternidad.....	84
4.3.3 Niveles de Burnout por profesión y grado de estudio.....	87
4.3.4 Niveles de Burnout por días de trabajo y turno.....	90
4.3.5 Niveles de Burnout por horas de trabajo, jornada laboral y número de empleos.....	94
4.4 Comparación del Síndrome Burnout en el personal de Oncología que rota y no rota.....	98
4.4.1 Presencia del Síndrome Burnout en el personal que no rota.....	99
4.4.2 Presencia del Síndrome Burnout en el personal que rota.....	101
4.4.3 Diferencias entre ambos grupos.....	103
CAPÍTULO V DISCUSIÓN.....	106
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES.....	118
6.1 Recomendaciones.....	124
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
APÉNDICES.....	135

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.	Niveles de Burnout por subescala.....	81
Tabla 2.	Niveles de Burnout por Subescala y estado civil de la muestra.....	85
Tabla 3.	Subescalas de Síndrome Burnout en relación al número de hijos.....	86
Tabla 4.	Subescalas de Síndrome Burnout en relación la profesión..	87
Tabla 5.	Subescalas de Síndrome Burnout en relación al número de días de trabajo por semana.....	91
Tabla 6.	Subescalas de Síndrome Burnout en relación al número de horas de trabajo por jornada.....	95
Tabla 7.	Niveles de Burnout por Subescala de la población que no rota.....	99
Tabla 8.	Niveles de Burnout por Subescala de la población que rota.	101
Tabla 9.	Diferencias entre estudios del Síndrome Burnout en población pediátrica.....	110
Figura 1.	Cuadro comparativo de conceptos relacionados con el Síndrome Burnout.....	30
Figura 2.	Teoría de la causa del Síndrome Burnout.....	35
Figura 3.	Teorías sobre las Manifestaciones del Síndrome Burnout...	40
Figura 4.	Cuadro comparativo de posibles factores facilitadores del Síndrome Burnout en personal sanitario.....	57
Figura 5.	Características sociodemográficas de la muestra.....	70
Figura 6.	Características laborales de la muestra.....	71
Figura 7.	Frecuencias del Síndrome Burnout en la Población de Onco-Hematología.....	80
Figura 8.	Nivel de Burnout por subescala en mujeres.....	83
Figura 9.	Niveles de Burnout por subescala en hombres.....	84
Figura 10.	Agotamiento Emocional en relación con el grado de estudios.....	89
Figura 11.	Despersonalización en relación con el grado de estudios...	89
Figura 12.	Realización Personal en relación con el grado de estudios..	90
Figura 13.	Nivel de Agotamiento Emocional en relación con el turno...	92
Figura 14.	Nivel de Despersonalización en relación con el turno.....	93
Figura 15.	Nivel de Realización Personal en relación con el turno.....	94
Figura 16.	Niveles de Burnout en participantes con un solo trabajo...	96
Figura 17.	Niveles de Burnout en participantes con dos trabajos.....	96
Figura 18.	Comparación de los niveles de Agotamiento Emocional.....	103
Figura 19.	Comparación de los niveles de Despersonalización.....	104
Figura 20.	Comparación del nivel de Realización Personal.....	105

## RESUMEN

Atender a pacientes oncológicos puede ser una profesión muy gratificante y estresante al mismo tiempo. Los profesionistas del área de oncología tratan con personas que se encuentran atravesando momentos sumamente difíciles y dolorosos, se enfrentan a la toma de decisiones de vida o muerte, administran tratamientos de alto impacto y se exponen a otras características demandantes de su trabajo (Shanafelt y Dyrbye 2012). Esta situación puede generar que presenten Agotamiento Emocional, Despersonalización y baja Realización Personal, las cuales son características del Síndrome Burnout. A pesar de que este síndrome es ampliamente investigado en el área oncológica, en el caso específico de la oncología pediátrica la información sobre el Síndrome Burnout es limitada. La presente investigación de tipo exploratorio-descriptivo tuvo por objetivo identificar la presencia del Síndrome Burnout en el personal multidisciplinario del área Onco-Hematológica del Hospital del Niño Poblano. La muestra total quedó conformada por 47 participantes ( $\bar{x}$  edad =33.74 años), de los cuales 38 son enfermeras, 5 médicos, 2 psicólogos, 1 trabajadora social y 1 nutriólogo. Para la recogida de información se utilizaron: un cuestionario de datos socio-demográfico y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), el cual consta de 22 enunciados que miden las tres dimensiones que conforman al síndrome Burnout. El análisis de datos arrojó que únicamente el 2.12% de la población (n=1) cumplió con los criterios establecidos para sospechar de la presencia del Síndrome Burnout. Los resultados para cada una de las dimensiones del síndrome mostraron que la mayoría de los participantes tienen un nivel bajo de Agotamiento Emocional (66%; n=31) y Despersonalización (76.6%; n=36) y nivel alto en Realización Personal (55.3%; n=26). Las variables sociodemográficas y laborales que aumentan el riesgo de padecer el síndrome son: ser soltero, no tener hijos, trabajar tres días a la semana, laborar en el turno matutino y contar con dos trabajos. Mientras que las que contribuyen a mantener alejado el Síndrome Burnout son: estar casado, tener hijos, asistir en el turno vespertino y contar con un solo empleo. El personal de salud que no rota puede presentar más riesgo de padecer el síndrome. Concluimos que el Síndrome Burnout es prácticamente inexistente en el área de Onco-Hematología del Hospital para el Niño Poblano, por lo cual los profesionistas del área cuentan con suficientes recursos emocionales, no presentan actitudes negativas y a su vez, se sienten realizados en su trabajo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por investigadores como Liakopoulou et al. (2007) y Whippen y Canellos (1991) en los que también concluyen que la presencia del síndrome en esta población no es altamente significativa.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades que causa más defunciones en la población infantil, su diagnóstico genera un gran impacto socio-psicológico en todas aquellas personas que se ven involucradas debido a que la enfermedad se relaciona con la muerte, dolor y sufrimiento prolongado, desfiguro físico y la interrupción de la vida del paciente y familiares.

Los profesionales sanitarios que trabajan en conjunto para brindar el tratamiento integral al paciente no son ajenos a las consecuencias psicológicas de interactuar con pacientes y familiares en extremo sufrimiento. Esto se debe a diversos factores, como la excesiva carga de trabajo, enfrentarse a la incertidumbre del éxito del tratamiento, brindar noticias dolorosas, los altos grados de responsabilidad e incluso padecer el duelo por la pérdida de uno de sus pacientes. Por tal motivo, se considera que estos profesionistas son susceptibles a presentar padecimientos como estrés o Síndrome Burnout (Méndez, 2005; Sánchez, 2009).

Se considera que el Síndrome Burnout es el resultado de experimentar estrés crónico en el lugar de trabajo, además de ser caracterizado por la presencia de Agotamiento Emocional, Despersonalización y baja Realización Personal. El primero, se refiere a la sensación que experimentan los trabajadores de no poder dar más de sí mismo, debido a estar cansados emocionalmente, el segundo hace alusión a las respuestas de frialdad hacia las demás personas con las que tienen contacto en su trabajo y por último, la baja Realización Personal es la disminuida sensación de ser competente y de tener éxitos o logros profesionales.

El instrumento más utilizado para medir el Síndrome Burnout, es el Inventario de Burnout de Maslach, conocido también como MBI por sus siglas en inglés. A partir de la creación de este instrumento realizado por Maslach y Jackson, se comenzó a estudiar el Síndrome de manera constante (Salanova y Llorens, 2007).

El síndrome Burnout, es ampliamente estudiado en el sector salud, sin embargo existen pocos estudios relacionados con la oncología pediátrica a pesar de que se considera que esta población es especialmente susceptible a presentar el síndrome debido a las características de su profesión.

Generalmente, el síndrome es estudiado en médicos y enfermeras y no se consideran otras profesiones que también participan en el tratamiento de los pacientes como psicólogos, nutriólogos o trabajadores sociales.

Debido a la necesidad de conocer si existe la presencia del Síndrome Burnout en los profesionistas onco-hematológicos pediátricos se realizó la presente investigación cuyas características y resultados se reúnen en este trabajo. De tal manera, en el primer capítulo se presenta una descripción de diversos hallazgos científicos relacionados con el Síndrome Burnout y el área de onco-hematología que forman parte de los antecedentes de este trabajo, por otra parte se realiza un análisis sobre la información existente que permite identificar y justificar la necesidad de realizar la presente investigación, sucesivamente se describe y plantea el problema y a su vez, se enlistan los objetivos que se plantearon en esta investigación y se presentan las limitaciones que tiene este estudio. Así mismo se despliegan las definiciones de los términos conceptuales que se utilizan con mayor frecuencia en la investigación y que forman parte de las variables de este estudio.

El siguiente capítulo está dedicado a la revisión de la literatura, en donde se presenta el análisis y descripción de diversos estudios realizados en relación con las variables estudiadas en la presente investigación, esta información permite proporcionar al lector un panorama más amplio y específico sobre el Síndrome Burnout en el área onco-hematológica pediátrica. En un primer momento, se encuentra información sobre el cáncer infantil; definiciones, estadísticas en México, aspectos socio-psicológicos que afectan a los pacientes, familiares y personal sanitario, entre otras. Enseguida se muestra información sobre el Síndrome Burnout que permite obtener un panorama sobre su definición, sus características y diferencias con respecto a otros conceptos con los que se suele relacionar, las posibles causas que originan el síndrome, los instrumentos utilizados para medirlo,

entre otros aspectos que complementan el panorama. Finalmente se presenta la información de diversos estudios realizados sobre el Síndrome Burnout en personal del sector salud y especialmente en los profesionistas que trabajan en áreas onco-hematológicas pediátricas.

El tercer capítulo describe el proceso de investigación que se llevó a cabo. En este, se presentan las características de los participantes que formaron parte de esta investigación, se detalla las particularidades del Inventario Burnout de Maslach, el cual fue utilizado para medir el Síndrome en la muestra. Así mismo se describe el diseño de la investigación, la forma en la que los datos fueron recolectados y la manera en la que éstos fueron procesados.

Posteriormente, se presentan en el capítulo IV los resultados del análisis de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos. Estos se encuentran ordenados de tal manera que el lector, en un primer momento visualice de manera general los índices de Burnout en la muestra total y su relación con las características socio-demográficas y laborales de los participantes. Consecutivamente se encuentran los resultados obtenidos por el grupo de profesionistas que únicamente trabaja en el área de Onco-Hematología y enseguida los resultados del grupo de profesionistas que rota en otros servicios del hospital y en la última parte del capítulo se exponen las diferencias que se obtuvieron entre ambos grupos.

Finalmente, en los capítulos de discusión y conclusiones se interpretan los resultados presentados con anterioridad, en donde se explica su significado en función a las diversas investigaciones sobre el tema que también se presentaron en el capítulo II y en relación con los objetivos de la presente investigación. Así mismo se realizan las conclusiones originadas a partir de estos hallazgos y a su vez se enlistan las recomendaciones, aportaciones y sugerencias para futuras investigaciones.

# CAPÍTULO I

## FUNDAMENTACIÓN

El Síndrome Burnout es un problema social y de salud que se presenta en el área laboral, el cual indica la presencia de fatiga física y emocional, actitudes y sentimientos negativos hacia otras personas y falta de realización personal. Se considera que las personas que se desempeñan en los servicios humanos corren mayor riesgo de presentar el síndrome, especialmente aquellos que se dedican al área de la salud. A pesar de que el Síndrome se ha estudiado ampliamente, existen especialidades como la Oncología pediátrica, en la que se han desatendido las investigaciones.

### 1.1 Antecedentes.

El concepto Burnout surge aproximadamente en la década de 1970, gozando desde sus inicios de reconocimiento por parte de sus investigadores como un problema social que merece atención, convirtiéndose de esta manera en un fenómeno estudiado a nivel mundial. Actualmente el síndrome es un tema académico bien establecido del cual se han desprendido miles de publicaciones, numerosos congresos y simposios. Se ha estimado que desde la aparición del concepto Burnout se han publicado más de seis mil libros, capítulos, disertaciones y artículos (Schaufeli, Leiter y Maslach, 2009).

De acuerdo con Quiceno y Vinaccia (2007), el término tiene sus inicios en 1974, año en el cual psiquiatra Herbet Freudemberg observó la presencia de una pérdida progresiva de energía que generaban agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación en voluntarios de una clínica. Dos años más tarde, Cristina Maslach da a conocer la palabra Burnout en el Congreso Anual de la Asociación de

Psicología, pero es hasta 1981 que el concepto es definido por Cristina Maslach y Susan Jackson. Posteriormente surge el Inventario de Burnout de Maslach en 1982.

Como lo indica Álvarez y Ríos (1991), los estudios sobre el Síndrome Burnout iniciaron en los trabajadores de servicios humanos, cuya naturaleza es mantener contacto con la gente, especialmente los trabajadores sanitarios, de educación, del área de salud mental y del ámbito social. Esta afirmación se ve reforzada por Moreno-Jimenez, Garrosa, Rodríguez y Morante (2003) quienes indican que desde el surgimiento del concepto del Síndrome Burnout las investigaciones se enfocaron en los profesionales sanitarios, debido que se encontraban en constante interacción con problemas psicológicos, sociales y físicos de los pacientes. Desde entonces, el síndrome ha sido estudiado ampliamente en los profesionales de la salud.

En una revisión sistemática realizada por Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia (2014) con respecto a las investigaciones que se han realizado sobre el síndrome de Burnout en poblaciones mexicanas, encontraron a partir de la búsqueda en trece bases de datos que las principales ocupaciones estudiadas en nuestro país corresponden a los profesionales de salud, en especial las enfermeras y médicos. Así mismo entre sus hallazgos determinaron que las zonas geográficas en las que se realizan más estudios sobre el tema son Guadalajara y el Distrito Federal y los estados donde no se encontraron estudios son Campeche, Chiapas, Guerrero, Aguascalientes, Tlaxcala, Zacatecas y Tamaulipas. Es de suma importancia mencionar que dentro de los artículos que formaron parte de la muestra, ninguno de ellos atendió poblaciones oncológicas.

Empero los autores concluyen que existe una tendencia creciente de publicaciones sobre el síndrome, el estudio anteriormente citado demuestra que en nuestro país no existen investigaciones sobre el Síndrome Burnout en áreas Onco-Hematológicas Pediátricas.

No obstante, a nivel internacional existe ilimitado número de investigaciones referente al Síndrome Burnout en poblaciones de trabajadores de áreas Oncológicas, en los cuales se indica que estos profesionales se encuentran en

riesgo de padecer el síndrome Burnout más que otros profesionales de la salud (Eelen et al., 2014).

Gracias a los diversos estudios que se han realizado en este campo se conocen los diferentes factores que contribuyen al origen del estrés y del Síndrome Burnout, tales como las características personales, la educación, los factores del paciente y aspectos culturales y éticos. Así mismo se conocen algunas de las consecuencias en el personal de esta área que padece el síndrome, tal como lo demuestra un estudio realizado en Reino Unido, el cual indica que los afectados se encontraban irritables con sus colegas y pacientes, afectando a su vez el estándar de su trabajo profesional. De igual forma, en un estudio realizado en Australia demostró que las consecuencias del síndrome incluyen insatisfacción y estrés (Tuner, Kelly y Girgis, 2011).

A pesar que se conoce la susceptibilidad de esta población, las investigaciones sobre los trabajadores de áreas pediátricas han sido dejadas a un lado. Mukherjee, Bersford, Glaser y Sloper (2009) enfatizan la idea de que los resultados derivados a partir de las investigaciones sobre trabajadores en áreas oncológicas no pueden ser generalizados al personal que labora en áreas pediátricas oncológicas debido a que las necesidades de los niños son diferentes a la de los adultos, así como el tipo de cáncer que padecen, y por lo regular usan terapias distintas para su tratamiento. Siguiendo la misma línea, las investigaciones han recabado información de trabajadores que han colaborado en áreas de cuidados paliativos en adultos, éstos indican que trabajar con niños fue diferente de trabajar con adultos, debido a que genera más demandas en el personal. Por otra parte, de acuerdo con la investigación documental que realizaron estos autores, los estudios sobre Burnout en oncología pediátrica sólo han atendido al personal de enfermería y en un sólo caso se encontró la inclusión de médicos, en ninguno de los artículos revisados se encontró la inclusión de miembros no clínicos, o del equipo multidisciplinario como psicólogos, trabajadores sociales, etcétera, determinando de esta manera que las investigaciones sobre Burnout con respecto al personal de oncología pediátrica son extremadamente limitadas.

Los anteriores resultados son confirmados por la investigación realizada por Liakopoulou et al. (2008), en donde exponen que la oncología pediátrica es una especialidad en donde los trabajadores se encuentran propensos a padecer Burnout, debido a lo demandante de la especialidad, así mismo determinan que los estudios sobre el tema son escasos y que se han centrado únicamente en enfermeras del área.

Así mismo, a través de la investigación documental que se realizó para la elaboración del presente trabajo, no se encontraron artículos que aborden el síndrome Burnout en trabajadores de áreas Onco-Hematológicas de especialidades pediátricas en México, ni en países Latinoamericanos.

## **1.2 Justificación**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 se registraron 8,2 millones de defunciones a causa del cáncer. Así mismo, reporta que más de la mitad de los casos anuales a nivel mundial se producen principalmente en África, Asia, América Central y Sudamérica. Por otra parte, se prevé que en las próximas décadas el número de casos anuales de cáncer aumente de 14 millones en 2012 a 22 millones de casos (OMS, 2014).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) a través de su reporte de las estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer en 2014, señala que este padecimiento ocupa la tercera posición en causas de muerte. Exponiendo a su vez, que cada año se detectan alrededor de 128 mil casos nuevos.

Con respecto a la presencia del cáncer en la población pediátrica mexicana, la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud reporta, a través del perfil epidemiológico de cáncer en niños y adolescentes de 2011 que aproximadamente se registran 7000 mil casos nuevos de cáncer infantil que sumados a los casos prevalentes dan un total de 18000 mil niños y adolescentes que requieren un tratamiento oncológico al año (DGE, 2012).

Los datos expuestos reflejan que existe un alto porcentaje de prevalencia de la enfermedad en México. Esta información sugiere que los profesionales de la salud que atienden este padecimiento cuentan con alta carga de trabajo, la cual se verá incrementada en los próximos años. Rivera (2007), menciona que en la República Mexicana existen únicamente 72 Oncólogos pediatras certificados por el Consejo Mexicano de Oncología y 40 hematólogos pediatras certificados por el consejo Mexicano de Hematología, lo cual pone de manifiesto que los especialistas mencionados atienden a un grupo amplio y creciente de pacientes pediátricos Onco-Hematológicos. Sin embargo, el aumento de pacientes oncológicos no ha generado el incremento necesario de recursos humanos y materiales, lo cual se considera como una causa sumamente significativa de estrés y agotamiento en el personal que trabaja en el área (Grunfeld et al., 2004).

Además de la carga de trabajo, los profesionales encargados del cuidado de la salud de pacientes oncológicos deben enfrentarse a altos niveles de exigencias emocionales en relación con las demandas de los pacientes (Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris y Peeters, 2007). Esta demanda emocional se ve caracterizada por la constante exposición al sufrimiento y a la muerte de los pacientes que atienden, así como la responsabilidad de supervisar la administración de terapias altamente tóxicas (Shanafelt et al., 2014). Todo esto, puede ocasionar la presencia del Síndrome de Burnout, el cual genera diferentes problemáticas dentro del ámbito laboral y personal de los individuos afectados. Generalmente la presencia del síndrome se relaciona con una afectación directa en el bienestar personal y la calidad de vida del profesional de la salud. A su vez, Eelen et al. (2014) señalan que existen datos que el Burnout puede generar el incremento de errores médicos y por lo tanto, una disminución de la calidad de la atención hacia los pacientes. Así mismo, el síndrome se ha relacionado con pleitos entre el personal.

A pesar de que el síndrome Burnout ha sido ampliamente estudiado en poblaciones médicas (Sahraian, Fazlezadeh, Mehdizadeh y Tobaee, 2008), se ha desatendido de manera considerable las áreas Onco-Hematológicas pediátricas.

La presente investigación permite en primera instancia, identificar si existe la presencia del síndrome en la población anteriormente referida, esto dará acceso a la obtención de datos de suma importancia sobre las variables, que en un futuro, de ser el caso, facilitarán la oportunidad de realizar programas preventivos o de estrategias de afrontamiento con el objetivo de mejorar la salud física y mental de los profesionales que atienden a pacientes pediátricos con cáncer. Así mismo, se podrá utilizar información para crear futuros proyectos que contrarresten los efectos del síndrome, generando que se mejore la calidad de cuidados de los pacientes, reducir errores, y por ende obtener mejores resultados en el tratamiento del paciente.

De la misma manera, se podrán obtener información referente a poblaciones mexicanas, que hasta el momento, no se cuentan con registros de estudios similares en nuestro país, que conozcamos.

El tipo y diseño de estudio promueven la obtención de información sobre la problemática que ayudará a identificar conceptos promisorios, establecer prioridades en futuras investigaciones, sugerir afirmaciones con respecto a la temática, entre otras.

### **1.3 Planteamiento de problema**

El Síndrome Burnout se define como un estado de agotamiento físico, emocional y mental que surge como resultado de que el trabajador esté expuesto durante largos periodos de tiempo a múltiples demandas en el trabajo. Dicho síndrome, suele presentarse en personal cuyas actividades requieren pasar demasiado tiempo interactuando de manera intensa con clientes o usuarios (Patlán, 2013).

De acuerdo con Ortega y López (2004), el síndrome cuenta con tres aspectos centrales. El primero, denominado como agotamiento o cansancio emocional, se caracteriza por la fatiga que experimenta el trabajador, la cual se puede manifestar

de manera física o psíquica, generando el sentimiento de no poder dar más de sí mismo a los demás. El segundo aspecto se refiere a la despersonalización, que se define como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia otras personas. Por último, se encuentra la falta de realización personal, cuyas características se manifiestan en una desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, aunado a sentimiento de fracaso y baja autoestima.

Tal como lo señalan Isaac, García, Bosch, Méndez y Luque (2013), el Síndrome Burnout genera diversas reacciones psicológicas, emocionales y conductuales, que pueden presentarse en forma de ansiedad, falta de atención, indiferencia hacia los clientes, absentismo de los trabajadores, entre otras. Estas reacciones son consideradas como factores de riesgo físico y psicosocial para los profesionales que padecen el síndrome

La presencia del síndrome, además de afectar al personal en dimensiones de la salud física y psicológica, generan consecuencias relacionadas con el ámbito laboral, tales como la disminución de la productividad, la falta de competitividad y el deterioro de la calidad de servicio (Ortega et al., 2004).

Por su parte, Moreno et al. (2003), señalan que las investigaciones sobre Burnout se centraron desde su inicio en la población sanitaria, debido a que la formulación de la teoría se basaba en el supuesto de que el dicho síndrome se presentaba en profesionales que ofrecían ayuda. De tal modo el personal de salud, al interactuar con diferentes situaciones físicas, psicológicas y emocionales del paciente, se encuentran más expuesto a padecer estrés crónico, así como desgaste emocional y profesional.

En la actualidad se considera que el área de la salud es una de las profesiones en donde existe mayor riesgo de padecer Burnout, ya que se sabe que el personal que labora en las diferentes áreas de este sector muestran índices del síndrome superiores a otras profesiones debido a la interacción con personas enfermas, la demanda de recursos cognitivos y físicos específicos, la constante exposición al sufrimiento y duelo, así como a jornadas de trabajo prolongadas y el

enfrentamiento a diversos problemas que requieren sensibilidad y empatía (Isaac et al., 2013).

Como lo señalan Jasperse, Herst y Dungey (2014), en investigaciones internacionales se expone que el personal médico perteneciente al área oncológica se encuentra expuesto a estresores ocupacionales únicos, que ponen en riesgo al personal de presentar Burnout. Por lo tanto, se ha identificado que los trabajadores de oncología se encuentran de manera significativa en más riesgo de padecer Burnout que otros médicos. Así mismo se ha asociado este síndrome con disestrés psicológico, baja moral, baja satisfacción laboral e intención de abandonar la profesión.

La oncología pediátrica es una especialidad sumamente demandante, por lo que el personal que labora en el área también se encuentran propensos a presentar el síndrome Burnout (Liakopoulou et al., 2007).

Por otra parte, Mukherjee et al. (2009) comentan que las necesidades de los niños son diferentes a la de los adultos, por lo tanto las habilidades y los conocimientos del personal que labora con los ellos durante el tratamiento también son diferentes a la de los médicos que laboran con adultos oncológicos. La posibilidad de que el paciente pediátrico muera, es algo con lo que el personal de esta área tiene que enfrentarse. Así mismo se ha demostrado que la muerte de los niños es particularmente amenazante para el personal. Los autores mencionan que a pesar de la importancia de investigar Burnout en el personal del área de oncología pediátrica los estudios previos se han centrado únicamente en enfermeras y no se han encontrado estudios que incluyan a todo el equipo multi-disciplinario, lo cual indica que las investigaciones en Burnout correspondientes al personal de oncología pediátrica son sumamente limitadas y la mayoría de los estudios se han realizado en Estados Unidos.

Realizar trabajos de investigación sobre Burnout es de suma importancia, debido a que implica un problema de salud ocupacional, que genera consecuencias negativas en la calidad del trabajo, así como sentimientos de minusvalía en el

personal, además de pérdida de interés hacia los clientes y bajo autoconcepto (Patlán, 2013).

Una de las consecuencias primarias producidas por Burnout es la pérdida de satisfacción laboral, además de la posibilidad de incrementar el absentismo, disminución de la productividad y rotación de personal. En un estudio realizado se demostró que los oncólogos y enfermeras canadienses pensaban en retirarse o reducir las horas de trabajo (Liakopoulou et al., 2007). Así mismo, Moreno et al. (2003) señalan que el personal de enfermería muestra intención de abandonar el trabajo o la especialidad, señalando a su vez que más del 48% de las enfermeras no se comprometían en el área oncológica por un periodo superior a un año.

Atendiendo la información expuesta, surge la necesidad de investigar y conocer si existe la presencia del Síndrome Burnout en áreas Onco-Hematológicas pediátricas en hospitales de nuestro país. Generándose así, la siguiente pregunta de investigación:

¿En qué medida se presenta el Síndrome Burnout en el área Onco-Hematológica del Hospital para el Niño Poblano?

## **1.4 Objetivos**

### **General**

Identificar si existe la presencia del Síndrome Burnout en el personal multidisciplinario de pediatría del área Onco-Hematológica del Hospital para el Niño Poblano.

### **Específicos:**

- Identificar el nivel de Agotamiento Emocional en el equipo multidisciplinario Onco-Hematológico de pediatría.

- Identificar el nivel de Despersonalización en el equipo multidisciplinario Onco-Hematológico de pediatría.
- Identificar el nivel de Realización Personal en el equipo multidisciplinario Onco-Hematológico de pediatría.

**Particulares:**

- Realizar el análisis descriptivo de las Subescalas del Síndrome Burnout de acuerdo con las características sociodemográficas y laborales de los participantes.
- Establecer una comparación de los niveles de Burnout el personal fijo de Onco-Hematología y el personal que rota en otras áreas.

**1.5 Definición de Variables**

A continuación se presentan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables que forman parte de la investigación.

**1.5.1 Definiciones conceptuales.**

- **Burnout.** Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas (Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia, 2014).
- **Hematología.** Especialidad de la medicina que se dedica al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la sangre y los órganos relacionados como la médula ósea, los ganglios linfáticos y el bazo, entre otros. Esta especialidad está muy ligada con la oncología por lo que en la mayor parte de los centros asistenciales ambos especialistas trabajan muy estrechamente (Red de Salud UC. Christus, 2014).

- **Oncología.** Rama de la medicina especializada en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, incluye la oncología médica, radioncología y la oncología quirúrgica (Nacional Cancer Institute, 2014).
- **Multidisciplinario.** Hace referencia a los médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales y nutriólogos que participan en el tratamiento integral del paciente del área Onco-Hematológica.
- **Pediatría.** Rama de la medicina que se ocupa de la salud y enfermedades de los niños (Real Academia Española, 2012).

### 1.5.2 Definición operacional.

- **Burnout:** Trastorno psicológico que surge cuando los mecanismos de adaptación ante situaciones de estrés fracasan. Sus principales características son: Desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. Dichas características se pueden medir a través del Inventario de Burnout de Maslach, el cual indica la presencia del Síndrome si se obtienen puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal (Isaac et al., 2013).

### 1.6 Límites del estudio.

La presente investigación cuenta con limitaciones que deberán ser tomadas en consideración, especialmente en el capítulo de Resultados y en el de Discusión. Estas limitaciones hacen referencia a obstáculos teóricos, metodológicos y prácticos que impiden que esta investigación sea considerada como definitiva y con validez universal.

Las limitaciones presentes en este trabajo son:

- Los participantes que conforman la muestra forman parte de un hospital de pediátrico ubicado en la Ciudad de Puebla, por lo cual los resultados obtenidos en la presente investigación deben ser interpretados con reserva y evitar generalizaciones en el sector salud.
- El tamaño de la muestra es limitada, por lo cual no puede representar a una población en su totalidad.
- Pueden existir sesgos referentes al sujeto, no se controlaron aspectos de honestidad a la hora de responder los instrumentos.
- Los instrumentos fueron respondidos en horario de trabajo, bajo las condiciones regulares del mismo. Por lo cual no existió control en el ambiente.
- Los resultados están en función del test utilizado, el cual no está diseñado para muestras mexicanas, aunque si muestra altos niveles de validez en esta población.
- La comparación de resultados entre el personal fijo y el personal que rota, está realizado con base en las frecuencias obtenidas. Debido a las características de la muestra no fue posible realizar correlaciones que permitan obtener una comparación con mayor soporte.

En el siguiente capítulo se presenta la revisión de la literatura, en donde se proporciona información relevante relacionada con el tema que es objeto de este trabajo de investigación. De esta manera se describen y analizan algunos estudios e informes que permiten observar algunos de los resultados que se han obtenido a partir de diversas investigaciones. La información que se presenta a continuación, además de brindar al lector un panorama general del tema, es el fundamento teórico que permite interpretar los resultados obtenidos en la presente investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Contextualización del Cáncer Infantil.**

Con el objetivo de presentar al lector un panorama acerca del cáncer infantil, se expone a continuación, información relevante acerca del tema, en donde se despliega una definición del padecimiento, los tipos de cáncer que afectan con mayor frecuencia a la población pediátrica, datos estadísticos en la República Mexicana, así como las consecuencias socio-psicológicas que presentan los pacientes, familiares y personal sanitario.

##### **2.1.1 Definición del cáncer.**

El término cáncer hace alusión a un conjunto de enfermedades que se originan bajo diversas situaciones y que afectan a distintos órganos y tejidos. Se puede decir que esta enfermedad es un tumor maligno.

Los tumores, son masas anómalas que se forman debido a la reproducción de células a una velocidad mayor de lo normal en una zona particular del cuerpo, también conocidos como neoplasias. Cuando es maligno, invade y destruye el órgano o tejido afectado. En ocasiones se presenta metástasis la cual ocurre cuando las células del tumor maligno invaden otros tejidos (Bruttomesso y Razzoli, 2005).

##### **2.1.2 Cáncer en edad pediátrica.**

Existen diferencias significativas entre las neoplasias que se presentan en edades pediátricas y las que se presentan en los adultos. Por lo general el diagnóstico de cáncer en los niños se realiza accidentalmente y en fases avanzadas

debido a las características de la enfermedad, tales como su localización anatómica profunda, y la no afectación a los epitelios ni la exfoliación de células tumorales. Estas particularidades provocan que existan escasos métodos de detección temprana, a diferencia de los adultos (Pacheco y Madero, 2003).

Así mismo, los tipos de cáncer más frecuentes entre ambas poblaciones son totalmente distintos, los niños no padecen algunos de los cánceres que se presentan en los adultos, tales como el cáncer de mama, colon, pulmón y próstata (López, 2009). Por otra parte, el origen de la mayoría de los tipos de cáncer infantil se desconoce, mientras que el de los adultos se relaciona con el estilo de vida, tal como el consumo de tabaco, la exposición al sol y a distintos agentes químicos o el tipo de dieta que consumen. Sin embargo existe evidencia que el cáncer infantil presenta mejor pronóstico que el cáncer en la adultez. Por todo esto se puede afirmar que el cáncer afecta etiológicamente y sintomáticamente en forma distinta a los niños y a los adultos (Rodríguez y Real, 2007).

A pesar de que el cáncer infantil presenta buen pronóstico el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA, 2010) reporta que a nivel mundial se estiman 160,000 nuevos casos y 90,000 muertes en menores de 15 años de edad cada año. Por su parte, la Dirección General de Epidemiología (DGE, 2011) menciona que en países desarrollados de los diagnósticos anuales, tres de cuatro niños sobreviven al menos cinco años después de iniciado su tratamiento, sin embargo, la situación en países en vías de desarrollo es distinta, pues más de la mitad de los niños diagnosticados muere a causa de la enfermedad. De la misma manera, Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada (2004) mencionan que el cáncer es la segunda causa de muerte en menores de 20 años a nivel mundial. No obstante los avances que se han producido en el campo médico con respecto a los tratamientos enfocados a la cura del cáncer, ayudan a disminuir la muerte de niños.

Otro avance importante que contribuye a mejorar el pronóstico de los niños con cáncer es el correspondiente al campo de la oncología pediátrica, que de acuerdo con López (2009) ha presentado un avance significativo al buscar que el paciente curado llegue a ser un adulto sano física, psíquica, social, y

espiritualmente. Esto es posible gracias a la existencia de equipos multidisciplinarios presentes en las unidades de oncología pediátrica, en donde se atiende al niño de manera integral, prestando atención en sus necesidades médicas, psicológicas, sociales y espirituales.

### **2.1.3 Tipos de cáncer más comunes en la población pediátrica.**

De acuerdo con Rendón, Reyes, Villasís, Serrano y Escamilla (2012) las neoplasias más frecuentes en la edad pediátrica son las leucemias agudas, presentándose de 20 a 35 casos al año por cada millón de habitantes a nivel mundial. Estos tipos de cáncer se caracterizan por el crecimiento incontrolado de los blastos y se origina principalmente en la médula ósea. Con base en la estirpe celular afectada se determinan los tipos de leucemia, las cuales pueden ser leucemias agudas, linfoblásticas o de estirpe indiferenciada. La primera, se presenta con mayor frecuencia en los niños entre dos y quince años de edad, representando así el 85% de los casos (Mejía, Ortega y Fajardo, 2005). La Leucemia Linfoblástica Aguda, también es un tipo de cáncer de la sangre y de la médula ósea que se presenta cuando las células madres de la médula ósea se convierten en linfocitos (tipo de glóbulos blancos), los cuales aumentan en cantidad, ocasionando que exista menos espacio para los glóbulos rojos y plaquetas sanas (Torpy, Lynn y Glass, 2009). Por su parte, Cádiz, Urzúa y Campbell (2011) mencionan que la Leucemia Linfoblástica Aguda requiere un tratamiento aproximado de cinco a ocho años desde el momento en que se diagnostica al paciente, dicho tratamiento incluye la combinación de quimioterapia y radioterapia con altos niveles de agresividad, lo cual provoca que se invada el desarrollo del menor, impactando a nivel físico y psicológico.

Por su parte, Rivera (2007) ofrece información con respecto a las neoplasias malignas más comunes en este sector poblacional, entre las que destaca al Linfoma no Hodgkin el cual es un cáncer del tejido linfático, se presenta antes de la adolescencia y con mayor frecuencia en el género masculino. Los pacientes diagnosticados con este tipo de cáncer son considerados de alto riesgo. Otro

padecimiento frecuentemente encontrado en esta población son los tumores cerebrales, cuya incidencia es mayor en varones menores de cinco años de edad, en medios urbanos y en personas de raza blanca. Así mismo, el retinoblastoma afecta en gran medida a la población infantil, éste padecimiento se presenta debido a una mutación en el gene que expresa la proteína que regula el ciclo celular de la retina, sin embargo se desconoce la causa de esta mutación. Por lo general el 94% de los casos de retinoblastoma ocurren de manera esporádica.

Continuando con los tumores malignos más comunes en pacientes pediátricos se encuentra el osteosarcoma, que es la neoplasia maligna primaria de hueso más frecuente en esta población, por lo general el tratamiento del padecimiento requiere que los niños sean sometidos a cirugías radicales. En segundo lugar de frecuencia dentro de los tumores óseos está el Sarcoma de Ewing el cual se presenta con mayor frecuencia en el segundo decenio de la vida y comprende alrededor del cuatro por ciento de las neoplasias pediátricas.

Otro de los padecimientos que requiere frecuentemente cirugía radical y que se presenta con regularidad en los menores es el Tumor de Wilms cuyo tratamiento también incluye quimioterapia y radioerapia, generando así un pronóstico de vida del sesenta a ochenta por ciento en preescolares.

Los tumores hepáticos son frecuentemente encontrados en el género masculino alrededor de los 5 años de edad. Este grupo de tumores incluye el hepatoblastoma, hepatocarcinoma, angiosarcoma, tumor rabdoide y sarcoma embrionario. En ocasiones una de las alternativas en el tratamiento es el trasplante hepático.

Por último, se encuentran los tumores de células germinales, los cuales tienen una incidencia de 2.4 casos por cada millón de habitantes al año en menores de 15 años de edad. En los niños se sabe que un factor predisponente para desarrollar este padecimiento es el testículo no descendido y el cáncer testicular familiar. En cuanto a las niñas no se han identificado factores predisponentes.

#### **2.1.4 Presencia del cáncer pediátrico en México.**

Hasta ahora, se ha presentado información con respecto a la génesis y tipología del cáncer que suele presentarse en la edad pediátrica. Sin embargo, es importante mencionar información con respecto a la presencia de este padecimiento en los niños y niñas de la República Mexicana, por lo cual se presenta a continuación datos estadísticos sobre la problemática.

De acuerdo a los datos proporcionados por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE, 2011) en México cada año 7000 mil niños adquieren algún tipo de cáncer. Por su parte, Calderón, Guevara, Hernández, Juárez, Segura, Barragán y Juárez (2009) mencionan que se observó un incremento con respecto a las cifras del cáncer infantil, debido a que en el año 1971 estos padecimientos ocupaban el tercer lugar en causas de muerte y para el año 2000 el padecimiento ocupó el segundo lugar al igual que en el año 2005.

En cuanto a los datos estadísticos que proporciona el INEGI (2014) se menciona que la principal afección en menores con cáncer es la causada por tumores malignos en órganos hematopoyéticos representando el 59% del total de los cánceres, así mismo se sabe que estos tipos de tumores afectan en mayor medida a los varones, seguidos de las neoplasias en el sistema linfático, huesos y tejidos articulares. En cuanto a las mujeres las principales afectaciones después de las leucemias son las neoplasias de encéfalo y otras partes del Sistema Nervioso Central seguidas del cáncer en los huesos y tejidos articulares. Así mismo, de acuerdo a los registros estadísticos de este instituto se sabe que la tasa de letalidad hospitalaria por tumores malignos más alta se ubica en los jóvenes de 15 a 19 años de edad. De estos datos se deriva que se presentan 2.53 defunciones por cada 100 mil personas menores de 20 años, afectando principalmente a los varones. La segunda causa de muerte en esta población es de cáncer en encéfalo y otras partes del sistema nervioso central.

Con respecto a los egresos económicos que se requieren para atender a pacientes oncológicos pediátricos se sabe que antes del año 2004, las familias mexicanas con niños con cáncer tenían que hacerse cargo de todos los gastos

médicos, sin embargo a partir del implemento del Fondo de Protección contra Gastos Catastóficos en 2005 se empezó a cubrir los costos generados por la Leucemia Linfoblástica Aguda y para el año 2008 se incluyeron todos los tipos de cáncer dentro de esta cobertura (Pérez et al., 2013)

De acuerdo con Dorantes et al. (2012) las familias que son beneficiadas por el Sistema de Protección Social en Salud a través del Seguro Popular cuentan con los distintos servicios que se requieren para combatir la enfermedad del menor, de tal manera que se brindan servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfacen de manera integral las necesidades de los afectados. Sin embargo algunas familias han reportado que han pagado consultas médicas y realizado gastos para la quimioterapia del menor y la adquisición de catéteres, no obstante el número es mínimo, a diferencia de las familias que reportan que el gasto más frecuente es en el rubro de los medicamentos independiente a los tratamientos recibidos en el hospital, por lo cual se infiere que los gastos que se generan son complementarios al tratamiento de quimioterapia

A pesar de que las diversas medidas que se han tomado para apoyar a las familias mexicanas con niños oncológicos ha aumentado la expectativa de vida de los pacientes, se considera que las condiciones estructurales en México para atender el cáncer son insuficientes, y aún se estima que la inversión para atender enfermedades oncológicas es baja. Así mismo no se cuentan con recursos humanos suficientes para la atención de los pacientes. Por lo cual el cáncer infantil sigue siendo una de las principales causas de muerte en esta población (López, Álvarez y González 2012).

#### **1.2.5 Aspectos socio-psicológicos.**

El diagnóstico de cáncer se considera como un evento catastrófico que generalmente se asocia con la muerte, la incapacidad, desfiguro físico, dependencia y la interrupción de la relación con otros. La adaptación a la enfermedad, se ve influenciada por los factores derivados del paciente, tal como su etapa de desarrollo

en la que se encuentre, los factores de personalidad, religiosidad, experiencias traumáticas y factores derivados de la enfermedad, como el tipo de cáncer, los síntomas que presenta, el pronóstico etcétera (Almanza y Holland, 2000).

Independientemente del cáncer que se padezca la enfermedad no sólo afecta al paciente, sino también a su entorno familiar, social y laboral (Robert, Álvarez, Valdivieso, 2013). Lo mismo sucede con el menor oncológico, el cual, se ve afectado en todos los ámbitos de su vida en relación a sus constantes hospitalizaciones, los procedimientos médicos que le son administrados, los efectos secundarios de los mismos y el aislamiento señalan Ortigosa, Méndez y Riquelme (2009).

#### **2.1.5.1 Aspectos socio-psicológicos en pacientes.**

De acuerdo con Méndez et al. (2004) los tratamientos médicos a los que son sometidos los niños oncológicos se caracterizan por ser intrusivos, largos e intensivos, siendo los principales métodos la quimioterapia, la radiación, la cirugía y el trasplante de médula ósea. Por otra parte, los niños se enfrentan al dolor propio de la enfermedad, debido a la afectación de los tejidos blandos. Así mismo las pruebas diagnósticas llegan a ser muy dolorosas, tal es el caso de las punciones lumbares, las biopsias o el aspirado de médula ósea, donde se inserta una aguja larga en el hueso de la cadera del menor con el objetivo de succionar una porción de la médula y así poder detectar la presencia del cáncer. Todos estos tratamientos y procedimientos generan efectos secundarios bastante significativos, como náusea, vómito, anemia, pérdida de cabello etcétera. En algunas ocasiones los tratamientos son considerados incluso más dolorosos que la misma enfermedad.

Debido a todos estos métodos los niños diagnosticados con cáncer se enfrenta a una gran variedad de emociones como el miedo, ira, soledad, depresión y ansiedad, a su vez pueden llegar a presentar dependencia, llantos y problemas de sueño. De la misma manera es común que los pacientes muestren comportamientos negativos acompañados de gritos, oposición, resistencia y poca colaboración con el personal sanitario.

Otros factores que generan las emociones anteriormente descritas involucran la interrupción de su vida cotidiana y los hábitos del paciente, así como la separación de sus padres y hermanos. También es frecuente que sientan temor ante la muerte, al personal médico, a los instrumentos necesarios para realizar los procedimientos, a los fármacos y al dolor.

La imagen corporal que poseen los menores también suele verse afectada debido a los tratamientos implementados. En un estudio realizado por Chico, Castanheira y Aparecida (2010) se encontró que los pacientes se muestran incómodos ante el adelgazamiento y alopecia ocasionada por la administración de quimioterapia, estas alteraciones influyen en la autoimagen de los niños. Al principio los pacientes mencionan no aceptar la pérdida de cabello debido a que, según su apreciación, esta condición provoca que los demás los perciban como enfermos. Por otra parte, se ha visto que el uso de estos tratamientos genera la necesidad de aislar estrictamente al paciente, impidiendo de esta manera actividades fuera del hospital y visitas de familiares dentro del mismo, lo cual genera tristeza, aburrimiento y sentimientos de soledad. Así mismo los niños mencionaron tener deseos de poder realizar lo que otros niños pueden hacer, como ir al colegio, hacer amigos, ir de compras o graduarse con su grupo escolar.

Además se señala que los pacientes perciben el vómito como una de las peores manifestaciones de los tratamientos, debido a que además del malestar, provoca la pérdida de apetito y ocasiona fatiga. De acuerdo a los niños que participaron en ese estudio, el dolor que genera los procedimientos necesarios para su tratamiento refuerza sentimientos de miedo a la muerte. Por todo esto los pacientes llegan a percibir al hospital como un lugar no deseado, el cual lo aceptan debido a que no existe otra posibilidad para mejorar su condición. De esta manera el hospital genera pensamientos duales en los menores, pues de acuerdo con ellos, trae sufrimiento a sus vidas, pero también representa el lugar donde pueden recuperar su salud y así salvarse.

Existen reacciones diferentes de acuerdo a la edad de los pacientes, por ejemplo, en el estudio de Mendez et al. (2004) se reporta que en el caso de los

niños más pequeños, se producen preocupaciones relacionadas con el ambiente hospitalario, el dolor y la separación de sus papás. En niños más grandes, el no poder participar en actividades diarias les ocasiona sentimientos de soledad. Por su parte, los adolescentes muestran en mayor medida miedo a la muerte, y presentan mayor estrés ante la posibilidad de sufrir cambios físicos.

Como lo señala Méndez (2005), a pesar de que las alteraciones psicológicas que manifiestan los menores se presentan de acuerdo a su edad o etapa de desarrollo, se sabe que los pacientes, incluso los más pequeños, tienen conciencia de que su enfermedad es especialmente grave.

Igualmente, el autor comenta que otro factor a considerar dentro de las unidades oncológicas pediátricas, es la posibilidad de recaída, la cual se puede presentar incluso antes de concluir el tratamiento o una vez que el paciente ha pasado a la etapa de vigilancia. Esta situación genera en el menor una enorme cantidad de enojo, ira, desesperanza y sentimientos de confusión, lo cual pueden llevarlo a pensar que su enfermedad no se cura, y que todo el esfuerzo que ha realizado no ha valido la pena, perdiendo de esta manera la confianza en el equipo multidisciplinario que lo atiende, lo cual puede desencadenar una conducta de rechazo y pobre colaboración con los médicos.

Por último, se señala que el impacto de la enfermedad oncológica del niño afecta de manera significativa también a los padres del menor y a sus familiares, debido a que fungen como filtros protectores que intentan hacer más tolerables las experiencias a las que se enfrenta el menor.

#### **2.1.5.2 Aspectos socio-psicológicos en familiares.**

Como se mencionó, el cáncer afecta a todos los miembros de la familia, y la afectación se produce en todos los aspectos de su vida.

Según Da Silva, Galvao, Melo, Castannheria (2008), el diagnóstico de la enfermedad del menor es la fase más difícil de afrontar para las familias de los niños y niñas con cáncer, en esta fase la familia empieza a buscar y recibir diversos

apoyos sociales, sin embargo éstos se reducen con el tiempo debido a la larga duración del tratamiento.

El impacto del diagnóstico puede generar reacciones de rabia, negación, irritabilidad, depresión, insomnio y sentimientos de culpabilidad. Éstos pueden ir acompañados de incertidumbre hacia el futuro y en ocasiones sentimientos de duelo anticipado. Por otra parte, las características de la enfermedad y el tratamiento del menor generan la necesidad de acompañar al paciente durante las etapas de la enfermedad, lo cual ocasiona un impacto significativo en el ámbito familiar, económico-laboral y social (López, 2003).

Las constantes y prolongadas hospitalizaciones generan uno de los principales cambios en la familia en donde las rutinas familiares, los planes, prioridades e incluso los roles sufren modificaciones considerables. Generalmente los padres tienen que turnarse para cuidar al menor dentro de las instalaciones del hospital, por lo cual tienen que buscar alternativas con respecto al cuidado de sus otros hijos y su vida social y profesional se ven afectadas (Grau y Espada, 2012).

La situación económica y laboral suele ser otro problema al que se tienen que enfrentar los padres. Debido a las constantes visitas al hospital se ausentan repetidamente en su trabajo, lo cual genera desempleo, o en ocasiones los padres se ven en la necesidad de renunciar para poder prestar la atención necesaria a los cuidados del menor. Así mismo el aumento de los gastos derivados a partir del desplazamiento hacia las unidades hospitalarias, las inversiones a tratamientos complementarios, contribuyen a un descenso en los ingresos económicos (López, 2003).

De acuerdo con Méndez (2005) la posibilidad de que el niño muera ocupa el centro de atención de los padres. El padecimiento provoca se muestren confusos, ansiosos y desesperanzados. Debido a que los padres también se enfrentan constantemente ante la enfermedad, el tratamiento y a sus efectos secundarios, es común que su capacidad de adaptación se vea afectada ante la incertidumbre.

En el área emocional los padres presentan altos índices de estrés, depresión, temor y preocupación debido a las diversas expectativas ante la enfermedad que padece su hijo. Ésta tendencia suele presentarse más en la madre del menor. Así mismo se sabe que los padres presentan síndrome de estrés postraumático, y afectaciones relacionadas con su vida cotidiana, tal como la disminución en sus horas de sueño (López et al., 2012).

Por último, otro miembro de la familia que se ve afectado en su vida cotidiana, es el hermano del paciente. En ocasiones los padres, al abandonar gran parte de sus actividades cotidianas para poder atender al hijo enfermo, se ven en la necesidad de derivar sus actividades hacia sus hijos, ocasionado que sus roles se vean modificados (López, 2003).

Tal como lo señalan Llorens, Mirapeix y López (2009), a menudo los padres suelen descuidar las necesidades emocionales de su hijo sano, de modo que el niño tiene que enfrentarse de manera individual al temor y preocupación por lo que sucede en su entorno familiar. La preocupación de ver a sus padres tensos y temerosos y la separación que existe entre ellos también afectan al hermano. Todo esto puede ocasionar que se presenten sentimientos negativos hacia el paciente

### **2.1.5.3 Aspectos socio-psicológicos en personal de oncología.**

Los profesionales que tratan a pacientes de oncología pediátrica constantemente se exponen a la incertidumbre en el éxito del tratamiento, a los efectos secundarios que se generan en el menor y a situaciones referentes al acompañamiento de la familia durante el largo tiempo que dura el tratamiento. Esta situación genera una gran carga emocional acompañada de tensión y angustia. Por todo este se considera que el manejo integral del niño oncológico y el trato con la familia del paciente es sumamente demandante (Méndez, 2005).

Tal como lo indica Sánchez (2009) el personal sanitario es especialmente susceptible a padecer trastornos de ansiedad y estrés debido al contacto que se tiene con la enfermedad y con el paciente así como la posible muerte del enfermo,

la sobrecarga de trabajo, los altos grados de responsabilidad y tensión. Así mismo destaca que gran parte de los profesionales sanitarios conviven constantemente con los pacientes y familiares que están pasando por un momento difícil y que seguramente tienen una gran carga afectiva-emocional, sentimientos de tensión, miedos e incluso hostilidad.

De acuerdo con el autor existen otros factores asociados con el deterioro de la salud mental de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes oncológicos, dentro de los cuales se destacan los siguientes:

- Los sentimientos: a veces el equipo médico presenta sentimientos de culpa por no haber hecho lo suficiente por salvar la vida del paciente.
- La respuesta emocional: el personal sanitario es susceptible de presentar irritabilidad ante el rechazo del paciente hacia los tratamientos médicos, o bien cuando algún familiar del paciente descarga su impotencia contra los profesionales de salud.
- La preparación profesional: los trabajadores encargados del cuidado de pacientes oncológicos deben realizar mucho esfuerzo en mantenerse actualizados en conocimientos para mejorar el pronóstico y supervivencia del paciente.
- El contexto hospitalario: en ocasiones la sobrepoblación de pacientes, la falta de personal y de tiempo generan que el profesional padezca estrés.
- El duelo por la pérdida: en ocasiones los pacientes pasan largas temporadas en los servicios paliativos que ofrece el hospital, lo cual puede generar lazos de amistad. Ante la muerte del paciente es posible que se produzca un duelo duradero.

En resumen, se puede mencionar que el Cáncer Infantil genera un impacto socio-psicológico distinto al que crea el cáncer en un adulto, debido a diversos factores que hacen particularmente impactante a esta enfermedad.

Como se mencionó, el cáncer en edad pediátrica no solamente afecta a los niños y niñas que padecen la enfermedad, sino también afecta a los familiares e

incluso al personal que atiende a los pacientes, generando posibles trastornos de ansiedad y estrés en ellos. En este trabajo, se pretende investigar si las distintas condiciones en las que trabaja el personal sanitario pueden llegar a generar, además de los trastornos ya mencionados, algún tipo de Síndrome, como el Burnout.

## **2.2 Conceptualización del Síndrome Burnout.**

En el presente apartado se expone información con respecto al Síndrome Burnout, en donde se podrá encontrar distintos aspectos como su definición, su desarrollo histórico, sus características, datos que permiten establecer una diferencia con respecto a otros constructos que suelen relacionarse con el síndrome, las distintas formas en las que se suele manifestar el Burnout, los modelos que explican el síndrome, así como los instrumentos que permiten realizar mediciones del Burnout, y por último, los distintos métodos que existen para prevenir y tratar el Síndrome. Con la siguiente información se espera brindar al lector un panorama amplio que permita comprender el Síndrome en todos los aspectos mencionados

### **2.2.1 Definición.**

Desde la aparición del concepto Burnout en 1974, han surgido diversas definiciones que buscan describir el síndrome de manera precisa. Sin embargo, el término nunca ha sido delimitado de manera unánime por los investigadores. A partir de los más de treinta años de investigación sobre el tema, se han acumulado muchos términos que intentan describir el mismo concepto, generando de esta manera un sin número de definiciones, de las cuales se piensa que ninguna proporciona un punto de vista comprensivo del fenómeno. De tal manera que es difícil establecer una definición precisa sobre Burnout (Manzano y Ayala, 2013).

No obstante, se considera que la definición más citada y probablemente aceptada es la que ofrece Maslach y Jackson (Citados en Salanova y Llorens,

2008) en donde el término Burnout es definido como una respuesta al estrés crónico a partir de una perspectiva tridimensional que incluye el cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. El cansancio emocional hace alusión al sentimiento de no poder dar más de sí mismo a nivel emocional y a la disminución de esta clase de recursos con los que se cuenta. La despersonalización es manifestada a través de irritabilidad, actitudes negativas, sentimientos y conductas cínicas hacia las personas con las que se tiene contacto en el trabajo. Por último, la baja realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo.

Por su parte, Quinceno y Vinaccia (2007) mencionan que una de las definiciones que comparte más características en común con las de otros autores es la propuesta por Faber en donde se considera que el síndrome surge ante la percepción del trabajador de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Siendo más propenso a presentarse en los profesionales que trabajan en contacto con clientes necesitados o problemáticos. De esta manera el síndrome es caracterizado por agotamiento emocional, falta de energía y cinismo hacia los usuarios. Estas características son acompañadas por sentimientos de incompetencia, deterioro del concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo, irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima.

Así mismo los autores mencionan la definición propuesta por Gil-Monte y Peiró (Citados en Quinceno y Vinaccia, 2007) en la cual el síndrome es caracterizado como una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes que forman modificaciones en el ámbito psicofisiológico del trabajador, generando consecuencias negativas para las instituciones laborales.

De acuerdo con Schabracq, Winnubst y Cooper (2003) existen dos tipos de definiciones: las que conciben el síndrome como un estado y las que lo conciben como un proceso. En cuanto al primer tipo de definiciones, las cuales ya se han mencionado, los autores indican que todas parecen compartir ciertos elementos como:

- Predominancia del agotamiento emocional y síntomas disfóricos.
- Acentuación en los síntomas mentales y de comportamiento, mencionando en algunas ocasiones los síntomas físicos.
- Generalmente se considera que es relacionado con el trabajo.
- Los síntomas son observados en individuos “normales”
- Decremento de la eficacia y rendimiento en el trabajo debido a comportamientos y actitudes negativas.

En cuanto al Síndrome Burnout visto como un proceso, se cuenta con la definición propuesta por Cherniss (Citado en Schabracq, Winnubst y Cooper, 2003) quien se refiere al síndrome como un proceso en el cual las actitudes y el comportamiento de los profesionales cambian de una manera negativa, debido a la tensión laboral. Esta definición cuenta con tres etapas:

1. La prima se refiere a la ambivalencia que se da entre los recursos y demandas.
2. La segunda se caracteriza por la presencia de tensión emocional, fatiga y agotamiento.
3. Por último, la etapa donde se presentan los cambios en la actitud y comportamiento del trabajador.

Finalmente, los autores mencionan una definición que concibe al Burnout como estado y como proceso. Dicha definición fue propuesta por Schaufeli y Enzmann (Citados en Schabracq, Winnubst y Cooper, 2003), en la cual se considera al síndrome como un estado mental persistente y negativo que se relaciona con el trabajo y se puede presentar en personas “normales”, éste se desarrolla gradualmente y puede pasar desapercibido por el individuo que lo padece, siendo el resultado de un desajuste entre las intenciones y la realidad del trabajo. Dicho síndrome se caracteriza principalmente por la presencia de agotamiento, sensación de una reducción en la eficacia y motivación, y el desarrollo de actitudes y comportamientos negativos en el trabajo.

### **2.2.2 Delimitación histórica del Síndrome.**

Tal como lo menciona Bosqued (2008) el término Burnout es descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en el año 1974 en Estados Unidos. El psiquiatra se encontraba como voluntario en una clínica en la cual observó que el personal que ahí se encontraba laborando presentaba algunos cambios en su actitud hacia el trabajo y en el desempeño al cabo de un año de servicio. Estas modificaciones a las que hacía mención se caracterizaban por una pérdida progresiva de energía, desmotivación, cambios negativos en el comportamiento hacia los pacientes y rasgos de ansiedad y depresión. Posteriormente admitió que él mismo presentaba ese conjunto de síntomas, a los que denominó Burnout.

Simultáneamente la investigadora en psicología social, Cristina Maslach, se encontraba estudiando las respuestas emocionales de las personas que presentaban ante el empleo. Posteriormente descubrió que el término Burnout era usado de manera coloquial por abogados para describir el proceso gradual de agotamiento, cinismo y pérdida de compromiso entre los compañeros de trabajo. De esta manera, Maslach y sus colaboradores adoptaron el término (Schaufeli, Maslach y Marek, 1993).

Según Schaufely y Enzmann (1998), a partir de las entrevistas que realizó Maslach se desprendieron tres aspectos en común; el primero se caracterizó por la descripción de los participantes sobre el agotamiento emocional, el segundo aspecto hacía alusión al desarrollo de sentimientos y percepciones negativas con respecto a los pacientes de los entrevistados y por último la experimentación de una crisis sobre las competencias profesionales como resultado de una confusión emocional.

De tal manera se considera que el descubrimiento del síndrome Burnout se realizó de manera simultánea por Herbert Freudenberger y Cristina Maslach en los años 70 en Estados Unidos de América.

Al principio, el objetivo de los estudios sobre Burnout era elaborar la descripción clínica del síndrome, prestando especial atención a los síntomas

mostrados por las personas que lo padecían. Por su parte, Freudenberger (Citado en Schaufely y Enzmann 1998) describió los aspectos físicos, comportamentales, cognitivos y motivacionales del síndrome. De esta manera, el concepto se convirtió rápidamente en un tema popular, generando así las primeras publicaciones sobre el tema, las cuales aparecían por lo regular en revistas y periódicos, y donde se abarcaban distintas profesiones como trabajo social, maestros, enfermeras dentistas, bomberos, bibliotecarios, etcétera. A partir de estas publicaciones el interés sobre el tema aumentó de manera significativa por lo cual se convirtió en un tema de moda entre los 70s y 80s.

Schaufeli, Leiter y Maslach (2009), mencionan que inicialmente las investigaciones sobre el síndrome se centraron principalmente en trabajadores de servicios humanos. Sin embargo la situación cambió a finales de los 80s puesto que los investigadores empezaron a reconocer que el Burnout también se presentaba en otras profesiones que no pertenecían a los servicios humanos.

A partir de entonces los trabajos sobre Burnout se volvieron más frecuentes, en esta época se empezaron a escribir muchos libros y artículos sobre el tema, sin embargo también surgieron muchos modelos, intervenciones y formas de corroborar la evidencia. De esta manera se crearon instrumentos estandarizados para medir el síndrome, entre ellos el Maslach Burnout Inventory, el cual hizo despuntar las investigaciones sobre el tema, ocasionando que gradualmente el fenómeno fuera estudiado fuera de Estados Unidos. Posteriormente algunos de los artículos y libros, así como instrumentos de evaluación empezaron a ser traducidos a otros idiomas. Por lo cual el estudio de este tema se globalizó de manera rápida (Schaufeli et al., 1993).

Actualmente el síndrome Burnout sigue siendo un concepto sumamente importante que goza de reconocimiento en muchos países y que representa un notable fenómeno digno de ser investigado (Schaufeli et al., 2009).

### 2.2.3 Distinción entre otros conceptos relacionados al Síndrome Burnout.

Gracias a las distintas definiciones, descripciones de síntomas y consecuencias que se han derivado a partir de las múltiples investigaciones realizadas sobre el tema, se ha generado una gran confusión sobre la especificidad del Burnout. Por esta razón, el término ha sido equiparado con otros constructos psicosociales tales como tedium, estrés e insatisfacción laboral, depresión, entre otros. No obstante se menciona que estos conceptos también presentan ambigüedad en su definición, tal como lo menciona Schaufeli et al. (1993).

		<b>Burnout</b>
<b>Depresión</b>	*Sentimientos de culpa.  *Los síntomas se presentan en todos los contextos de la persona.	*Contexto de enojo.  *Relacionado únicamente con el trabajo y situaciones específicas.
<b>Estrés Laboral</b>	*Proceso de adaptación.  *Se presenta de manera temporal.  *Se puede solucionar con periodo de descanso.	*Ruptura de la adaptación.  *Se presenta de manera crónica.  *El descanso no es suficiente para combatirlo.
<b>Insatisfacción Laboral</b>	*Puede ser causa del Síndrome Burnout.  *El Síndrome Burnout puede causar disminución de la Satisfacción Laboral.	*Puede acompañarse de buena Satisfacción Laboral.
<b>Tedio o aburrimiento</b>	*Se presenta ante presión o falta de motivación.	* Se presenta debido a repetidas presiones emocionales.
<b>Crisis de la edad media</b>	*Se presenta ante un balance negativo en la profesión y desarrollo durante la edad media.	*Se presenta con mayor frecuencia en los jóvenes recién ingresados al nuevo trabajo.
<b>Fatiga Física</b>	*Recuperación rápida.  *Puede acompañarse de sentimientos de realización personal y éxito.	*Recuperación lenta.  *Puede acompañarse de sentimientos profundos de fracaso.

**Figura 1. Cuadro comparativo de conceptos relacionados con el Síndrome Burnout.**

Fuente: Elaboración propia a partir de Schaufeli et al. (1993), Bosqued (2008), Gallego y Ríos (1991) y Martínez (2010).

A partir de la revisión que hacen los autores sobre el término Burnout con respecto a los otros constructos, manifiestan que el síndrome en cuestión sólo puede ser distinguido de una manera relativa puesto que no existen límites claros al respecto y tratar de hacer una comparación estricta, puede llegar a ser artificial.

La Figura 1 concentra los conceptos que se han equiparado con el Síndrome Burnout de tal manera que se pueda visualizar las principales distinciones entre conceptos. No obstante, a continuación se despliega una explicación más detallada para cada uno de los constructos.

La depresión, el estrés laboral y la insatisfacción laboral, suelen equipararse o relacionarse con el Síndrome Burnout. De tal manera, Schaufeli et al. (1993) ofrecen las siguientes distinciones entre los conceptos.

- **Depresión.** Este constructo es asociado con sentimientos de culpa, mientras que el síndrome Burnout generalmente ocurre en un contexto de enojo. Así mismo, éste suele ser relacionado con el trabajo y con situaciones específicas, mientras que la depresión es caracterizada por la generalización de los síntomas de la persona presentes en todos los contextos.
- **Estrés laboral.** El síndrome Burnout se ha considerado simplemente como un estrés laboral prolongado, o como resultado de una alargada exposición al mismo. Por otra parte, el estrés se refiere a un proceso de adaptación, el cual se acompaña de síntomas mentales y físicos y que se presenta únicamente de manera temporal. En cuanto al Burnout ocurre una ruptura a la adaptación presentando un funcionamiento inadecuado de manera crónica. De esta manera se puede decir que la distinción principal con respecto a estos constructos es con base en el tiempo, de ahí que el Burnout sea mayoritariamente considerado como un estado y no como un proceso.
- **Insatisfacción laboral.** Se considera que este constructo está claramente relacionado con el Burnout, sin embargo no son idénticos. La relación

existente entre ambos, sigue siendo una especulación de acuerdo con los autores. Por lo cual existen dos hipótesis; la primera explica que Síndrome Burnout causa un descenso en la satisfacción laboral. La segunda hace referencia a que la insatisfacción laboral causa Burnout. No obstante diversos estudios muestran que la satisfacción laboral está correlacionada de manera negativa con el agotamiento emocional y despersonalización.

Por su parte, Bosqued (2008) agrega una explicación complementaria donde menciona que el estrés laboral se presenta de manera episódica y se soluciona en un tiempo de espacio relativamente corto mediante un periodo vacacional o la suspensión temporal del trabajo. De esta manera el empleado recupera sus fuerzas y se siente renovado. En el Burnout esto no sucede puesto que el descanso ya no es efectivo para combatirlo.

Así mismo, Gallego y Rios (1991) señalan que el trabajador que padece Burnout puede tener insatisfacción laboral. Pero también existe la posibilidad que a pesar de presentar altos niveles de este síndrome el personal puede tener buena satisfacción laboral.

De la misma manera los autores presentan una distinción entre otros conceptos relacionados con el síndrome. Tal es el caso del tedio o aburrimiento y de la crisis de la edad media de vida.

- **Tedio o aburrimiento.** Es el resultado de cualquier presión o falta de motivación mientras que el Síndrome de Burnout se presenta debido a las repetidas presiones emocionales. Cuando estos constructos son resultados de una insatisfacción del trabajo con la gente se determina que son equivalentes.
- **Crisis de la edad media de vida.** Se puede presentar cuando el profesional realiza un balance negativo en su profesión y desarrollo. En cuanto al Síndrome Burnout, se presenta con mayor frecuencia en los jóvenes que recientemente han ingresado a su nuevo trabajo puesto que puede que no

estén debidamente preparados para enfrentar los distintos conflictos emocionales o controlar sus sentimientos.

La **fatiga física** es otro de los conceptos con los que se puede confundir el síndrome de Burnout. Martínez (2010) señala que la distinción principal radica en el proceso de recuperación, el cual en este constructo suele presentarse de manera rápida y puede ser acompañada de sentimientos de realización personal y de éxito. En cuanto al Burnout, la recuperación es lenta y se acompaña de sentimientos profundos de fracaso.

## **2.2.4 Características del Burnout.**

Una vez expuestas las características diferenciales de los otros constructos cabe destacar aquellos rasgos que distinguen al Síndrome Burnout.

Tres son las características que de acuerdo con Bosqued (2008) son las más reconocidas por los investigadores, las cuales se considera como fundamentales para identificar el síndrome. Estas características son: 1. Agotamiento emocional 2. Despersonalización y 3. Baja realización personal.

**1. Agotamiento o cansancio emocional.** Se presenta ante la disminución de los recursos emocionales que posee el profesional para poder enfrentarse a los distintos retos con los que debe lidiar en su empleo. Así mismo este rasgo se ve caracterizado por una fatiga crónica que puede ir en aumento atendiendo los aspectos mentales, físicos y emocionales que de alguna manera no son compatibles con la cantidad de trabajo que se realiza. Por último el trabajador manifiesta irritabilidad, malhumor, insatisfacción laboral, descontento y pesimismo en relación con las distintas actividades que forman parte de su profesión.

**2. Despersonalización.** Por lo general suele surgir como un mecanismo de defensa. El trabajador siente que ante la disminución o pérdida de sus recursos emocionales no puede implicarse en sus actividades laborales de

la misma manera o intensidad con las que las realizaba con anterioridad. Debido a esta situación surge una barrera entre el trabajador y el usuario a manera de protección. Esta característica se ve determinada por una reducción en la eficacia en el trabajo y por otra parte se presenta en el empleado distintas actitudes enmarcadas por insensibilidad y deshumanización, por lo cual se puede decir que el afectado presenta cinismo hacia las personas que reciben sus servicios.

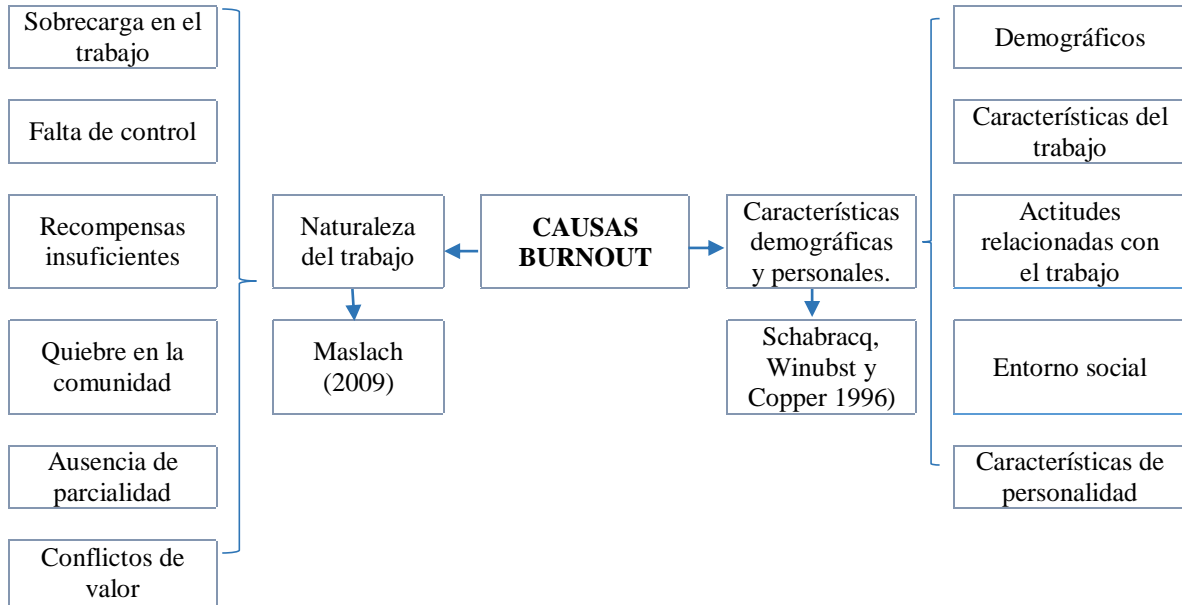
- 3. Baja realización personal.** En primera instancia surge como consecuencia de la presencia del agotamiento emocional y la despersonalización. En realidad es una sensación subjetiva que presenta el empleado, de tal manera que siente frustración ante la forma en la que se está desempeñando en su trabajo y los resultados que ha obtenido en él. Estas situaciones afectan la autoestima de la persona que padece el síndrome debido a que los síntomas se viven de una manera negativa, manifestando a su vez un sentimiento de insuficiencia profesional.

### **2.2.5 Causas del Síndrome Burnout.**

Existen diversos factores que se cree, contribuyen a que se presente el Síndrome de Burnout, dichos factores pueden variar de acuerdo a la información que proporcionan los autores. En este apartado se presentan las variables mencionadas por autores como Schabracq, Winubst y Copper (1996) y Maslach (2009).

En la Figura 2 se exponen las teorías de dos autores que explican las causas del Síndrome Burnout, por un lado, se presenta la de Maslach (2009), quien plantea que el síndrome se debe mayoritariamente a la naturaleza del trabajo y no a las características del empleado. Por tal motivo la autora enfatiza la idea que las variables situacionales son más importantes que las individuales y de esta manera identifica seis áreas principales que incluyen los aspectos claves del ambiente

organizacional que contribuyen a la existencia del síndrome. Dichas áreas se especifican a continuación:



**Figura 2. Teorías de la causa del Síndrome Burnout.**

Fuente: Elaboración propia a partir de Maslach, C. Comprendiendo el Burnout. Ciencia y trabajo, 11 (32), 37-43. Y Schabracq, M., J.y Cooper, C. (1996). Handbook of Work and Health Psychology. Great Britain: John Wiley And Sons LTD.

1. **Sobrecarga en el trabajo.** Se refiere a que los empleados sienten que tienen demasiadas actividades por hacer en poco tiempo y con pocos recursos, creándose de esta manera un desajuste entre las exigencias del trabajo y la capacidad del individuo. Esta situación puede dar origen también a un desequilibrio entre su trabajo y su vida familiar.
  
2. **Falta de control.** Se caracteriza por el sentimiento que experimenta el empleado cuando no se les permite usar su propia sabiduría o experiencia ante la toma de decisiones, por esta razón perciben que no tienen libertad de resolución personal y autonomía dentro de la organización. Esta sensación también puede aparecer cuando el trabajador es responsable de algo, sin embargo no tienen la capacidad para controlar su responsabilidad. Otro

factor referente a esta área indica que los empleados pueden experimentar la falta de control ante cambios en el trabajo o en la administración del mismo, tales como bajas en la actividad económica, reducciones de tamaño, despidos, cambios en la gerencia etcétera.

- 3. Recompensas insuficientes.** Creencia por parte de los empleados que se basa en que su desempeño no está siendo adecuadamente recompensado. Dicha recompensa no se refiere únicamente al sueldo o beneficios específicos, también hace alusión al reconocimiento que los empleados buscan al efectuar sus actividades. Generalmente los trabajadores desean que los demás perciban la calidad de su trabajo y recibir retroalimentaciones sobre sus esfuerzos. De esta manera el estado de ánimo de los empleados se ve influenciado por las recompensas y el reconocimiento que reciben. Así mismo es importante destacar la información que brinda la autora con respecto al reconocimiento que se da en los trabajos de servicio humano, donde la retroalimentación positiva prácticamente no existe en este sector laboral debido a que por lo general, los usuarios solicitan los servicios del empleado porque se encuentran en problemas, enfermos o con dificultades, y cuando su situación se ha resuelto de manera favorable para ellos, suelen dejar de asistir al servicio, por tal motivo los empleados no son conscientes de sus logros, es decir, el resultado de su esfuerzo en el trabajo.
- 4. Quiebre en la comunidad.** Se origina cuando las relaciones con otras personas pertenecientes a la comunidad (usuarios, colegas, jefes, supervisores, etcétera) y el empleado se ven caracterizadas por falta de apoyo, confianza y conflictos no resueltos, creándose hostilidad y competencia.
- 5. Ausencia de imparcialidad.** El trabajador percibe que el lugar de trabajo es injusto e inequitativo, aunado al sentimiento de no ser tratado con respeto.

Estas características son generalmente el mejor predictor de la dimensión de cinismo del Síndrome Burnout.

- 6. Conflictos de valor.** En este sentido los valores se refiere a los ideales y metas que los trabajadores tuvieron originalmente con respecto a su trabajo y que jugaron un papel motivante. Los conflictos de valor hacen alusión al desequilibrio existente entre los valores personales y los de la organización.

Tal como lo menciona la autora, existen variables personales y situacionales que determinan el Burnout, siendo la clave para el desarrollo del mismo la interacción que existe entre dichas variables, en donde a mayor desajuste entre la persona y el trabajo, mayor será la probabilidad de presentar Burnout.

Así mismo, la Figura 2, permite observar otra de las teorías que explican las causas del Síndrome Burnout, propuesta por Schabracq et al. (1996) quienes consideran que el síndrome es causado por características demográficas y personales. De esta manera, los autores agrupan las causas en cinco grupos: 1. Características demográficas, 2. Características de trabajo, 3. Actitudes relacionadas con el trabajo, 4. Entorno social y 5. Características de personalidad.

- 1. Características demográficas.** El síndrome ocurre con mayor frecuencia en empleados jóvenes que se encuentran en un rango inferior de los 30 o 40 años de edad, los cuales tienen relativamente poca experiencia en el campo laboral, no obstante, hacen mención que en países europeos el síndrome suele presentarse en una población totalmente diferente debido a que es más prevalente en personas mayores. Por otra parte indican que las mujeres suelen reportar niveles más altos que los hombres del síndrome. Así mismo, enfatizan la diferencia que se presenta con respecto a la despersonalización, donde los hombres obtienen puntuaciones más altas. Otro de los factores señalados se refiere al nivel de educación, puesto que los problemas relacionados con el estrés se presentan con mayor frecuencia en empleados que tienen poca educación pero puestos superiores dentro de la

organización. Por último se indica que las personas solteras tienen mayor probabilidad de padecer el síndrome que aquellos que tienen una pareja, debido a que se cree que el soporte social proveniente de la pareja ayuda a aliviar el estrés.

- 2. Características del trabajo.** Uno de los factores pertenecientes a este grupo corresponde a la sobrecarga de trabajo la cual está relacionada con la presencia de Burnout en los empleados. De la misma manera los diversos problemas que surgen con respecto al rol que se ocupa dentro de la organización pueden influir, especialmente las dificultades originadas a partir de la ambigüedad del rol. El tercer rasgo, se refiere a la falta de autonomía que experimentan los empleados, la cual puede presentarse ante decisiones, poca delegación de responsabilidades, escasas oportunidades de utilizar las habilidades con las que se cuenta, y pobres condiciones de trabajo físico. Por último se mencionan dos características que están específicamente relacionadas con la presencia del síndrome; la primera se refiere a las empresas bastante burocráticas y la segunda a la demandante relación con los usuarios.
- 3. Actitudes relacionadas con el trabajo.** La actitud más relacionada con el síndrome es la insatisfacción laboral, esto puede generar que los empleados sientan el deseo de renunciar. Por otra parte, se ha observado que los empleados que manifiestan altos niveles del Burnout presentan poco compromiso con su organización y generalmente no se involucran con los usuarios. Finalmente las expectativas altas e irrealistas que tiene el empleado sobre sus trabajos también juegan un papel importante en relación con el síndrome.
- 4. Entorno social.** Se considera que los usuarios no son los únicos que participan en la formación del entorno social donde ocurre el síndrome. Los colaboradores, supervisores e incluso los subordinados influyen a la

aparición del síndrome. La escasa cohesión en el equipo de trabajo, los conflictos interpersonales que ocurren en el empleo están también estrechamente relacionados con el Síndrome Burnout.

**5. Características de personalidad.** La falta de control personal, baja autoestima, rasgos de ansiedad, comportamiento tipo A, son algunas de los rasgos que se han asociado con el Síndrome. Otras características de personalidad pertenecientes a la relación que se da entre beneficiario y trabajador suelen ser típicas del síndrome, tal es el caso de la necesidad de afiliación, deseo de armonía, empatía, mala orientación comunitaria, y el deseo de dar y recibir beneficios en respuesta a las necesidades de otros también han sido asociados con el Burnout.

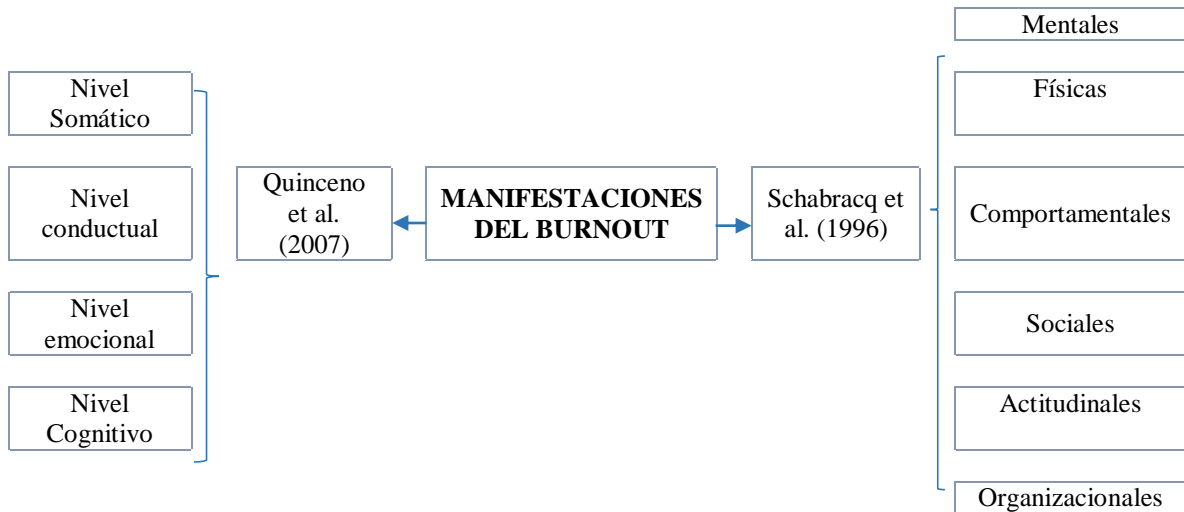
Una vez expuestas las variables más significativas, se menciona que éstas se pueden dividir en dos grandes grupos: las personales y las pertenecientes al marco y naturaleza del trabajo y de la organización (Gallego et al., 1991).

Con respecto a esta temática, Weber y Jaekel(2000) mencionan que a pesar de los nuevos conocimientos que se han generado sobre el Síndrome Burnout aún existen preguntas por resolver. Se busca saber si el Burnout es el resultado de una compleja interacción de factores sociales e individuales o simplemente es el resultado de altos niveles de estrés en el lugar de trabajo.

### **2.2.6 Manifestaciones del Síndrome Burnout.**

Al igual que los demás aspectos correspondientes al estudio del Burnout, no existe un acuerdo con respecto a los síntomas que se presentan a causa de dicho síndrome. La descripción de los síntomas varía con respecto al autor que los estudia. Tal como lo menciona Quinceno et al. (2007) la literatura revisada ha dado a conocer más de cien síntomas que se asocian con el síndrome. Debido a esta situación es difícil delimitar aquellos que conforman al Burnout.

En la Figura 3, se presentan las clasificaciones que hacen dos grupos de autores con respecto a los síntomas que presenta la persona que padece el Síndrome Burnout.



**Figura 3. Teorías sobre las Manifestaciones del Síndrome Burnout**

Fuente: Elaboración propia a partir de Quinceno, J. y Vinacca, S. (2007). Burnout: “Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)” Acta Colombiana de Psicología, 10 (2), 117-125. Y Schabracq, M., Winnubst, J. y Cooper, C. (2003). The handbook of work and health psychology. Great Britain: Wiley.

En primer lugar se encuentra la clasificación realizada por Quinceno et al., (2007) quienes engloban los síntomas que inciden con mayor frecuencia en cuatro grupos. El primer se refiere al nivel somático, donde el dolor de cabeza, espalda, cuello, músculos se hace frecuente. El segundo se refiere a los síntomas que se presentan a nivel conductual, tales como comportamiento paranoide, incapacidad para relajarse, superficialidad en el contacto con los demás, agresividad, etcétera. El tercer grupo es el correspondiente al nivel emocional, donde se presenta agotamiento emocional, hostilidad, irritabilidad, odio, entre otros. Por último, mencionan los síntomas correspondientes al nivel cognitivo, del cual forman parte la baja autoestima y la baja realización profesional por mencionar algunas.

En cuanto a la clasificación realizada por Schabrac et al (1996), la Figura 3, permite observar que los autores englobaron los síntomas en seis categorías, las cuales se especifican a continuación.

La primera se refiere a las manifestaciones mentales, en donde se presentan cuatro tipos de síntomas:

- Los relacionados con depresión. La persona se siente “vacía” y “atrapada”, experimenta impotencia, desesperación y en general un estado de ánimo depresivo.
- Los relacionados con la agresión y ansiedad. La tolerancia de la persona que padece el síndrome disminuye, se muestra irritable, muy sensible, y se comporta con hostilidad ante las personas que se ven involucradas en su trabajo.
- Síntomas cognitivos. El trabajador presenta incapacidad o dificultades en recordar, tomar decisiones y concentrarse.
- Síntomas sensorio-motores. Presencia de tics nerviosos, inquietud y la incapacidad de relajarse pertenecen a esta categoría.

La segunda categoría es la correspondiente las manifestaciones físicas, donde la persona que sufre Burnout puede presentar dolores de cabeza y musculares, náusea, problemas sexuales, trastornos de sueño, pérdida de apetito, dificultades para respirar, desarrollo de úlceras gastrointestinales y enfermedades relacionadas con el corazón y constantes resfriados difíciles de aliviar.

Las manifestaciones en el comportamiento son la tercera categoría que proponen los autores, ésta se caracteriza por la presencia de hiperactividad y arranques violentos, el incremento de estimulantes como el café o el abuso en sustancias como el alcohol.

La siguiente categoría menciona las manifestaciones sociales, las cuales pueden ser caracterizadas por problemas interpersonales entre el trabajador y otros individuos, así como la tendencia de distanciarse y asilarse de las personas. De esta manera el trabajador se relaciona menos con los usuarios. Así mismo los problemas

de trabajo suelen afectar la relación del empleado en su vida familiar, generando conflictos con la pareja y los hijos.

La penúltima categoría se refiere a las manifestaciones actitudinales. El empleado realiza excepciones y estereotipa a los clientes o usuarios, estableciendo un distanciamiento psicológico entre ellos. Así mismo se observa que el afectado pierde su motivación intrínseca, su entusiasmo, idealismos y el interés por la organización. Por otra parte desarrolla insatisfacción y aburrimiento.

Finalmente, la sexta categoría que mencionan los autores comprende las manifestaciones organizacionales, que se refiere al ausentismo, disminución de la productividad, intención de renunciar, tardanza, incremento de lesiones, accidentes, errores en el trabajo y negligencia.

### **2.2.7 Modelos explicativos del Síndrome Burnout**

De acuerdo con Manzano et al. (2013) existen varios modelos teóricos que tienen por objetivo explicar el Síndrome Burnout. Estos modelos surgen a partir de la necesidad de comprender de manera objetiva dicho síndrome, de tal manera que no existe una sola teoría al respecto, aunque la mayoría de ellas se basan en la idea que el síndrome es el resultado al estrés laboral crónico.

Gil-Monte y Peiró (1999) explican que los modelos agrupan una serie de variables, las cuales son consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome. Así mismo ofrecen una clasificación de los modelos teóricos que surgen desde consideraciones psicosociales, congregándolos en tres grupos.

- 1. Teoría cognitiva del yo.** Los modelos pertenecientes a este grupo se caracterizan por considerar que las cogniciones de los individuos influyen en lo que hacen y perciben. Dichas cogniciones se modifican debido a los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. Otra característica se refiere a que el empeño que el sujeto pone en conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad que presenta en lograrlos, así como las reacciones emocionales que acompañan

la acción son determinadas por la creencia o grado de seguridad que tenga el sujeto. De este grupo se desprenden los siguientes modelos:

- Modelo de Competencia Social de Harrison.
- Modelo de Cherniss.
- Modelo de Pines
- Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper.

Los primeros tres modelos la variable relevante para el desarrollo del Burnout es la autoeficacia percibida y en el último lo es la autoconfianza profesional y la influencia que tienen con respecto a la realización personal en el trabajo.

**2. Teoría del Intercambio Social.** La etiología que se desprende de los modelos pertenecientes a este grupo propone que el Síndrome se genera a partir de la percepción de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los individuos a partir del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. De este grupo se desprenden los siguientes modelos:

- Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.
- Modelo de Hobfoll y Fredy.

**3. Teoría organizacional.** Los modelos que se desprenden a partir de este grupo consideran que el Burnout surge como una respuesta al estrés laboral y destacan la idea que los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento tienen suma importancia en el desarrollo del mismo. También proponen que las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional son antecedentes del síndrome. Dentro de los modelos pertenecientes a esta teoría se encuentran:

- Modelo de Golembiewski

- Modelo de Cox, Kuk y Leiter.
- Modelo de Winnubst.

Como se puede observar, no existe un sólo modelo explicativo del Síndrome de Burnout, esto se debe a la gran cantidad de información que existe con respecto al tema. Los diversos modelos generan a su vez, distintas teorías con respecto a las causas que contribuyen a la aparición del Síndrome, las características fundamentales del mismo y de los síntomas o manifestaciones que presentan los individuos que padecen el Síndrome Burnout. Dichas teorías han sido expuestas en apartados anteriores, retomando aquellas que poseen mayor soporte por la comunidad científica.

#### **2.2.2.8 Medición del Síndrome Burnout.**

Debido a la gran cantidad de investigaciones que se han llevado a cabo sobre el Síndrome Burnout en distintos países y en distintas muestras, han surgido innumerables instrumentos para medir el Burnout. A continuación se mencionan los más utilizados, presentando a su vez sus posibles fortalezas y debilidades de acuerdo con investigaciones realizadas por diversos autores que se mencionan posteriormente.

##### **2.2.8.1 Inventario de Burnout de Maslach (MBI)**

De acuerdo con Moreno, Bustos, Matallana y Miralles (1997) el instrumento más utilizado para evaluar el Síndrome Burnout es el MBI, el cual apareció por primera vez en 1981. En sus inicios, el inventario fue elaborado con 47 ítems y contaba con dos formatos de respuestas, uno perteneciente a la frecuencia y el otro a la intensidad. No obstante se realizó una reducción de ambos formatos de respuesta debido a la alta correlación que se encontraba de manera repetida en varios trabajos de investigación.

Olivares y Gil-Monte (2009), ofrecen una descripción del instrumento que se derivó a partir de las modificaciones anteriormente mencionadas. La versión oficial del MBI surgió en el año 1986 y está conformado por 22 ítems valorados en una escala de frecuencia de siete grados, así mismo está constituido por tres subescalas; agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. La primera escala cuenta con 9 ítems dentro del inventario, la segunda con 5, y la última con 8.

De la misma manera, los autores generan un análisis de las principales fortalezas y debilidades del Maslach Burnout Inventory. Entre las debilidades destacadas se menciona la dificultad en la forma de operacionalizar el concepto, con lo cual se refieren a que existe una relación confusa entre el inventario y el concepto, debido a que de acuerdo a la definición del Burnout existen tres síntomas que se presentan de manera simultánea, sin embargo el manual del MBI menciona que dichos síntomas tienen que ser medidos de manera independiente puesto que su configuración es distinta. Otro de los puntos en contra con respecto a este instrumento es precisamente el referente a los síntomas, los cuales pueden ser entendidos como un estado individual, estrategia de afrontamiento o como una consecuencia del fenómeno, tendiendo como resultado una definición de síntomas diversa y divergente. Por otra parte, la traducción del MBI al idioma español es considerada como otro punto débil del inventario puesto que existen muchas traducciones con respecto al término. De la misma manera se considera que el alcance conceptual perteneciente a la subescala de agotamiento emocional presenta problemas derivados de la creencia que el MBI se focaliza únicamente en componentes afectivos, cuando debería incluir aspectos cognoscitivos y físicos. En cuanto a las fortalezas del instrumento se menciona la gran aceptación internacional que posee incluso en países de América Latina, además de los Estados Unidos y los países pertenecientes a la Unión Europea, lo cual genera un mejor oportunidad de comparar los resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento, y por otra parte se impulsa el desarrollo de adaptaciones del cuestionario. Un segundo punto a favor es el referente a la estructura factorial, que se refiere a que en diversos estudios se han encontrado resultados donde se reproduce la estructura de los tres

factores que se mencionan en el MBI, de esta manera existen varios estudios que apoyan la tridimensionalidad que caracteriza al síndrome.

Por su parte Moreno et al. (1997) identifican que la dimensión de despersonalización es la que tiene menor número de ítems a pesar de que los autores del instrumento le conceden un valor bastante crítico. Así mismo destacan los riesgos que se corren al aplicar el instrumento en trabajos no asistenciales debido a que el inventario fue concebido para ser utilizado en trabajos caracterizados por servir a las personas.

Es importante destacar que el desarrollo de las investigaciones sobre Burnout ha sido posible gracias a la creación de instrumentos de diagnósticos fiables y válidos, siendo el MBI el instrumento dominante en la medida del síndrome, generando de esta manera un lenguaje común en términos de medida (Salanova et al., 2008).

#### **2.2.8.2 El Inventario de Burnout de Maslach en México.**

Las investigaciones en México sobre el Síndrome de Burnout no son tan frecuentes como en otros países, a su vez, mencionan que las publicaciones existentes presentan limitaciones con respecto a su muestra y alcance, de tal modo que la estructura factorial, así como las propiedades psicométricas del MBI no han sido ampliamente investigadas en nuestro país (Moreno et al., 2006). Sin embargo, Meda, Moreno, Rodriguez, Morante y Ortiz (2008) realizaron un estudio con el objetivo de explorar la validez factorial del Maslach Burnout Inventory en profesionales mexicanos, obteniendo resultados que indican que el instrumento es una medida válida y confiable para aplicarse a la población mexicana, debido a las propiedades psicométricas satisfactorias obtenidas a partir de la investigación.

### **2.2.8.3 El Burnout Measure (BM)**

El Burnout Measure es el segundo instrumento más utilizado para medir el Síndrome de Burnout, el cual es definido como un estado de agotamiento físico, mental y emocional que se origina debido a una exposición prolongada a situaciones que son emocionalmente demandantes. Este instrumento cuenta con 21 ítems que son evaluados en una escala de frecuencia de 7 puntos los cuales van de “nunca” a “siempre”.

El instrumento demostró ser útil para la evaluación del Burnout a partir de los resultados psicométricos obtenidos en una muestra de 3900 personas. De esta manera el instrumento aparenta ser fiable debido a sus coeficientes de consistencia interna que van de .91 a .93. Sin embargo se tiene que destacar que varios de los ítems que conforman el instrumento pueden ser considerados como síntomas.

En cuanto a sus puntos desfavorables, se considera que el BM es un inventario unidimensional, por lo tanto contrasta con la definición multidimensional que realizan los autores con respecto al Síndrome Burnout generando una operacionalización inadecuada sobre el síndrome (Schaufeli et al., 1993)

### **2.2.8.4 Otros instrumentos de evaluación.**

Desde la aparición del concepto Burnout han surgido diversos instrumentos para medir el Síndrome. Salanova et al. (2008) mencionan como ejemplo el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) el cual es concebido de una manera similar al MBI, sin embargo tiene únicamente dos escalas pertenecientes al agotamiento y desvinculación y el Copenagen Burnout Inventory (CBI) que permite evaluar el Síndrome independientemente de su contexto.

Por último, Quiceno et al. (2007) enlistan las principales pruebas para la medición del síndrome entre las que se encuentran.

- Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

- Inventario de Burnout de Psicólogos (IBP).
- Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE).
- Cuestionario de Burnout del Profesorado Rev. (CBP-R).
- Holland Burnout Assessment Survey
- Teacher Burnout Questionnaire.
- MBI- Educator Surver (MB ES). (Versión 2).
- Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP).

### **2.2.9 Prevención y tratamiento.**

Existen dos formas de prevenir el Síndrome Burnout; la primera consiste en reducir los factores de riesgo y la segunda se caracteriza por identificar los casos pre-clínicos (Gascón, Olmedo y Ciccotelli ,2003). En la primera forma habrá que reducir o eliminar aquellos estresores que infieren en la manifestación del síndrome, lo cual se podrá lograr al mejorar la calidad de vida y la cultura organizacional y en la segunda forma se tendrá que brindar a las personas más propensas a padecer el síndrome estrategias de afrontamiento.

No obstante, es común que el Síndrome sea tratado una vez que ya es un problema, lo cual implica una serie de afectaciones a la organización. Por este motivo cada vez las empresas empiezan a prestar mayor atención a la prevención, aunque dicha prevención suele ser mayoritariamente enfocada a la dotación de estrategias de afrontamiento a los empleados que a la modificación de las condiciones de la organización, las cuales se cree que son las responsables de la aparición del Síndrome Burnout.

Leiter y Maslach (Citados en Gascón, Olmedo, y Ciccotelli, 2003) propusieron un programa preventivo donde consideran que para afrontar el Síndrome Burnout es necesario eliminar los desajustes que existen entre la persona y su puesto laboral. El chequeo preventivo propuesto tiene por objetivo analizar las áreas de desajuste entre el trabajo y la persona, identificar los aspectos problemáticos y los aspectos positivos de los cuales se pueden apoyar para la intervención del

Síndrome Burnout. Dicho programa inicia con la aplicación de una encuesta al personal perteneciente a la organización en donde se recaben datos correspondientes a la vida organizacional, esta información permite conocer la dirección que tomará la intervención. Una vez obtenidos los datos se analizan tomando en cuenta los niveles de burnout y compromiso o la magnitud de los desajustes entre la persona y su trabajo. Posteriormente, con la participación de los empleados y directivos se diseñan las posibles acciones a emprender atendiendo los problemas identificados. La siguiente parte consiste en implementar un plan de acción y posteriormente la evaluación del mismo.

El chequeo preventivo considera que la vía para enfrentar el Burnout y alentar el compromiso efectivo con el trabajo es redirigir cualquiera de las seis áreas de desajuste (Sobrecarga, control, recompensas, sentimiento de comunidad, equidad y conflicto de valores) que se hayan identificado como fuente de riesgo. Al momento de redirigir alguna de las áreas de desajuste se promoverá cambios en por lo menos otra área debido a la interrelación que existe entre las mismas. De ser efectivo el proceso, generará una buena colaboración entre los individuos y grupos, lo cual incrementará el sentimiento de comunidad impactando de forma positiva en el resto de las áreas.

Finalmente, se destaca que al igual que la implementación de aproximaciones preventivas para reducir las posibilidades de que se presente el Síndrome Burnout se tiene que promover cambios para que las personas encuentren un significado a su trabajo y se sientan implicadas en él. Por otra parte es importante mencionar que desde la perspectiva propuesta por los autores de esta intervención, el trabajador que se ve afectado por el síndrome no puede iniciar solo un proceso de intervención debido a que necesita la cooperación de sus colegas y jefes para dirigir los ajustes persona-trabajo. Este supuesto surge a partir de la idea que las características individuales no son las únicas que constituyen un factor de riesgo para el Burnout, sino que las estructuras y procesos que forman la vida en una organización aunadas a la interacción entre la persona y su medio laboral influyen también.

Por su parte, Gil-Monte (2003), indica que las estrategias de intervención y tratamiento para el Burnout se pueden agrupar en tres categorías:

1. **Estrategias individuales.** El entrenamiento en solución de problemas y asertividad, así como el entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz son unas de las estrategias pertenecientes a esta categoría.
2. **Estrategias grupales.** En esta categoría se emplea el apoyo social en el trabajo por parte de los trabajadores y supervisores de tal manera que los individuos puedan recibir nueva información, adquirir nuevas habilidades o mejorar las que ya tienen, obtener refuerzo social y retroalimentación sobre su trabajo, recibir apoyo emocional, consejos u otro tipo de apoyo.
3. **Estrategias organizacionales.** Las estrategias pertenecientes a esta categoría incluyen el desarrollo de programas de prevención enfocados a mejorar el ambiente y clima de la organización. Los programas más utilizados dentro de esta categoría son:
  - **Programas de socialización anticipada.** Previenen el choque con la realidad y sus consecuencias.
  - **Implementación de sistemas de evaluación y retroalimentación.** El propósito de estos sistemas es modificar la ejecución del individuo a través del autoaprendizaje y el crecimiento personal.
  - **Desarrollo organizacional.** Su objetivo es mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo tomando en cuenta la cultura organizacional y los procesos sociales y humanos de la organización.

A lo largo de este apartado se expuso información referente al Síndrome Burnout, atendiendo diversos aspectos que forman parte del estudio de este fenómeno. Es importante destacar nuevamente que debido a la gran cantidad de estudios que el tema ha generado, existen diversas teorías sobre el Síndrome, lo que por un lado contribuye al aumento de conocimientos sobre el tema, pero por otro lado, complica de manera evidente que exista unanimidad en las diferentes

variables que forman parte del Burnout, por lo tanto, esta situación genera discrepancias entre autores. No obstante existen autores que son internacionalmente reconocidos y cuyos trabajos de investigación son ampliamente aceptados, tal es el caso de Maslach quien se considera como la descubridora del Síndrome Burnout. La definición que la autora propone es la más aceptada y citada por la comunidad científica, así mismo el instrumento que la autora desarrolló suele ser el más utilizado en trabajos de investigación, de acuerdo con Meda et al. (2008) es utilizado en más del 90% de los estudios que se realizan para estudiar al Síndrome.

Por otra parte, la globalización del Burnout también generó que su estudio se expandiera hacia diversas poblaciones puesto que en sus inicios únicamente se concentraban en el personal de servicios humanos. Actualmente, las muestras estudiadas comprenden diversos sectores, no obstante, como se ha mencionado anteriormente, es bien sabido que las investigaciones del Burnout se siguen concentrando especialmente en la comunidad médica, principalmente en los médicos y enfermeras.

En los siguientes apartados abordará el Síndrome Burnout en relación con los profesionales de la salud, más tarde, se especifica la información en aquellos trabajadores de la salud que se dedican a atender a pacientes onco-hematológicos en edad pediátrica.

### **2.3 Burnout en trabajadores del sector salud en hospitales.**

En este apartado se presenta información de manera breve sobre el Síndrome Burnout en trabajadores del sector salud, atendiendo específicamente a los médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales. La brevedad con la que se presenta el tema se debe a que en el siguiente apartado se enriquece y precisa la información con respecto a estos sectores poblacionales, en el área Oncológica, campo principal de la presente investigación.

Sabido es que los profesionales de la salud que se desempeñan en hospitales son ampliamente estudiados con respecto al Síndrome Burnout, debido a las particularidades de su profesión, las cuales se caracterizan por su complejidad. El personal se enfrenta a estresores específicos como la exposición al sufrimiento, a la muerte del paciente, al dolor que presentan los familiares del ser querido, la frustración de no poder curar, exceso de pacientes, escasez de habilidades de control sobre las propias emociones y las del paciente, así como el control inadecuado del vínculo que establecen con el enfermo, el cual puede caracterizarse por una sobreimplicación o por conductas de evitación, el horario de trabajo, conflictos de rol, falta de cohesión en el equipo multidisciplinar, burocratización e individualismo en las instituciones hospitalarias (Ortega y López, 2004).

Las diversas situaciones expuestas, pueden producir consecuencias graves en la salud física y psíquica en el personal sanitario, lo cual puede dar lugar al Síndrome Burnout.

Entre los profesionales de la salud que pueden verse afectados por el Síndrome Burnout, se encuentran los médicos, enfermeras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales.

### **2.3.1 Burnout en médicos.**

El Síndrome Burnout se ha encontrado en distintos grupos de médicos, principalmente en los que trabajan en emergencias, cuidados intensivos, cirugía y oncología. El síndrome se presenta en mayores niveles en los grupos de médicos anteriormente mencionados que en los que pertenecen a cuidados primarios. Así mismo, afecta con mayor frecuencia a los médicos que se encuentran estudiando y en las mujeres (Carayon, 2012).

Por su parte, Gálvez, Moreno, Mingote (2009) señalan que diversas características del trabajo de los médicos repercuten en su salud, en la organización, en la satisfacción laboral y en la calidad asistencial prestada. Dentro

de las características los autores mencionan la relación con el paciente y familiares, el contacto con la muerte y la responsabilidad sobre la salud de las personas.

Así mismo destacan que la carga de trabajo y diferentes situaciones organizacionales se relacionan directamente con el estrés crónico. En cuanto a las condiciones laborales a las que se exponen los médicos se incluyen las largas jornadas laborales, los cambios de turno y la realización de guardias, de tal manera que estas condiciones pueden influir en los hábitos de la salud y a su vez dificultan la vida familiar, social y de ocio de los médicos, lo cual los pone en más riesgo de padecer estrés o Burnout y por otra parte, se incrementa la depresión, la irritabilidad, el consumo de alcohol o drogas.

En cuanto a las consecuencias laborales del Burnout en los médicos los autores mencionan cuatro aspectos:

1. Insatisfacción o deterioro del ambiente laboral.
2. Disminución de la calidad del trabajo.
3. Absentismo laboral
4. Abandono de la profesión.

### **2.3.2 Burnout en enfermeras y enfermeros.**

Dentro de los profesionales de la salud que también presentan riesgo de padecer el Síndrome de Burnout se encuentran las enfermeras. Quienes de acuerdo con Fernández, Juárez, Arias y González(2010), están expuestas a diferentes riesgos laborales como el contacto con agentes infecciosos, posturas inadecuadas, esfuerzo físico realizado al manipular al paciente, constantes desplazamientos, exposición a sustancias químicas, etcétera. Así mismo, los profesionales deben mantener contacto con el paciente y por lo tanto con la enfermedad, así como el posible sufrimiento o la muerte del mismo; de tal manera que estos factores representan una carga mental para el personal de enfermería.

En un estudio realizado por estos investigadores con una muestra de 356 enfermeras y enfermeros mexicanos, se encontró que el Síndrome de Burnout

prevalece en mayor medida en las enfermeras solteras. Con respecto a la dimensión de agotamiento emocional el grupo con más altas puntuaciones pertenece a enfermeras y enfermeros de entre 31 y 40 años de edad.

Por su parte, Fernández et al. (2012) indican que las consecuencias del Síndrome de Burnout en las enfermeras, incluye síntomas somáticos, como el dolor de espalda y cabeza, problemas de sueño, fatiga crónica, pirosis y diarrea. Así como el riesgo de padecer enfermedades crónicas y presentar insatisfacción en el trabajo. En cuanto a las consecuencias que se presentan en las instituciones debido a la presencia del Síndrome Burnout en el personal de enfermería se destaca la relación que tiene el síndrome con respecto a los resultados en la salud de los pacientes. Altos niveles de Burnout indicarían un incremento en la mortalidad de los enfermos tratados por el personal afectado.

### **2.3.3 Burnout en psicólogos clínicos.**

A pesar de que el Síndrome Burnout no es tan estudiado en los psicólogos, en comparación con los médicos o enfermeras, se considera importante incluirlos en el presente estudio debido a que forman parte fundamental del tratamiento multidisciplinario que se brinda a los pacientes dentro de las unidades hospitalarias. Además, como se expondrá a continuación, sus actividades también los convierten en una población propensa a padecer el Síndrome.

A través de la revisión de la literatura realizada por Isaac, García, Bosch, Méndez y Mercedes (2013), mencionan que el área de la salud es una de las profesiones en las que existe más riesgo de padecer el Síndrome Burnout, especialmente en aquellos cuya actividad laboral se desarrolla en áreas de hospitalización, oncología, traumatología, terapia intensiva, urgencias, medicina interna, psiquiatría y pediatría. Dentro de los trabajadores que se desempeñan en las diversas especialidades médicas mencionadas, se encuentran los profesionales de la salud mental. En este contexto los psicólogos o psiquiatras atienden constantemente a pacientes con necesidades muy específicas, realizando

intervenciones de manera constante, así mismo se enfrenta a problemas profundos, y en ocasiones los trabajadores forman una relación cercana y confidencial con cada paciente, de esta manera los profesionales de la Salud Mental presentan en un alto porcentaje la posibilidad de sufrir desórdenes mentales.

Otros factores que contribuyen al desgaste del psicólogo se relacionan con la sobrecarga de trabajo, responsabilidades excesivas, poca autoridad en diversas áreas y las demandas del paciente aunadas a las de los demás empleados.

No obstante, en el estudio realizado por los autores, los resultados mostraron que a pesar de las características en las que trabajaban los psicólogos, tales como la atención a poblaciones pediátricas y con enfermedades crónicas, desempeñarse en áreas de hospitalización, jornadas laborales de más de 40 horas a la semana, laborar en instituciones públicas, y mantener contacto directo con los pacientes (las cuales se consideran como factores de riesgo para padecer el síndrome) únicamente se encontraron dos casos de Burnout de una muestra de 30 psicólogos. Sin embargo, los investigadores hallaron agotamiento emocional en cerca de la mitad de la muestra, pero también altos niveles de realización profesional.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en una investigación realizada por Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales (2006), donde encontraron que el principal problema en los psicólogos mexicanos es el agotamiento emocional. Así mismo, los resultados obtenidos a partir de su investigación arrojaron que los psicólogos clínicos presentan menores niveles de despersonalización que los psicólogos educativos, quizá por el hecho de que establecen relaciones íntimas y estrechas con los pacientes.

#### **2.3.4 Burnout en trabajadores sociales.**

De acuerdo con Lazcaro (2004), desde los inicios de las investigaciones sobre Burnout se prestó atención a los trabajadores sociales, de hecho, Maslach y Jackson realizaron el estudio piloto del inventario de MBI en esta población.

En la actualidad, los trabajadores sociales siguen siendo un foco de atención para los investigadores del Burnout, debido a que ellos mismos sintieron que las descripciones del síndrome expresaban de manera fiel sus sentimientos y vivencias con respecto a su profesión.

De esta manera el autor menciona seis factores presentes en los trabajadores sociales que pueden contribuir a que se presente el Síndrome Burnout:

1. Las Organizaciones en las que se desarrolla el trabajador. Por lo general los trabajadores sociales laboran en organizaciones caracterizadas por su estructura burocrática, donde ocupan escalones bajos en la estructura jerárquica organizacional. Así mismo se debe destacar que debido a sus funciones tiene que ser empático, calmado, objetivo, y con disposición de ayudar y presar apoyo.
2. Los valores y filosofía de la profesión. Se refiere al sentimiento que experimenta esta población con respecto a su trabajo. Se presenta cuando las actividades que realizan no coinciden con sus expectativas previas.
3. La burocratización. Esta característica genera aislamiento, fragmentación y desprofesionalización. Surge como consecuencia de controlar, centralizar y coordinar las acciones de los trabajadores sociales.
4. Los recursos. Se refiere a las dificultades relacionadas a las restricciones presupuestarias. Es decir, los trabajadores sociales tienen que desempeñar sus funciones con presupuestos recortados.
5. Conflicto de rol. Los trabajadores sociales pueden presentar conflicto de rol o ambigüedad de rol, debido a que pueden realizar tareas que no pertenecen a su profesión.
6. Las personas atendidas. El contacto con receptores es parte fundamental del trabajo realizado por estos profesionales. Por tal motivo se tienen que enfrentar a las dificultades que genera atender a personas con graves problemas, en ocasiones los familiares dirigen su frustración a los trabajadores sociales, generando sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad en ellos.

La Figura 4 concentra los factores que son considerados como facilitadores para que se presente el Síndrome Burnout, de tal manera que se puede realizar una comparación sobre estas condiciones en cada uno de los profesionistas de la salud que se desempeñan en los hospitales.

<b>Médicos</b>	<b>Enfermeras</b>	<b>Psicólogos</b>	<b>Trabajadores Sociales</b>
1. Sobrecarga de trabajo. 2. Contacto con la muerte 3. Alta responsabilidad. 2. Largas jornadas laborales 2. Cambio de turnos 5. Falta de tiempo para actividades familiares, sociales y de ocio.	1. Exposición a diferentes riesgos laborales. 2. Estrecho contacto con los pacientes. 3. Contacto con la muerte 4. Desgaste físico. 5. Largas jornadas laborales	1. Realización de intervenciones constantes. 2. Exposición a problemas profundos 3. Apego a los pacientes 4. Sobrecarga de trabajo. 5. Poca autoridad en diversas áreas.	1. Tipo de organización. 2. Incumplimiento de expectativas. 3. Excesiva burocracia 4. Escases de recursos para desempeñarse. 4. Conflicto de rol. 5. Tipo de pacientes atendidos (estrecho contacto).

**Figura 4. Cuadro comparativo de posibles factores facilitadores del Síndrome Burnout en personal sanitario.**

Fuente: Elaboración propia a partir de Gálvez, Moreno y Mingote (2009), Fernández, Juárez, Arias y González (2010), Isaac, García, Bosch, Méndez y Mercedes (2013) y Lazcaro (2004).

En conclusión, se puede mencionar que el personal del sector salud que se desempeña en centros hospitalarios, es frecuentemente estudiado con respecto al Síndrome Burnout debido a la naturaleza de sus actividades, las cuales se ven caracterizadas por el contacto con los pacientes que se encuentran en situaciones particularmente complicadas, las jornadas laborales extenuantes, la exposición constante a la muerte de sus pacientes o los complicados trámites burocráticos que realizan como parte de sus actividades laborales.

Este apartado cumplió con el objetivo de realizar una aproximación a las características laborales en las que se desempeña el personal sanitario, y de esta manera poder comprender con mayor facilidad las particularidades que viven aquellos que se especializan en el área Onco-hematológica.

## **2.4 Burnout en profesionales de Oncología.**

Dentro de los especialistas del sector salud que se cree son más susceptibles a padecer el Síndrome Burnout, se encuentran aquellos que se dedican a atender a pacientes Onco-Hematológicos. La oncología es una especialidad médica que requiere diferentes habilidades, conocimientos y retos con respecto a otras, haciendo de ésta una especialidad compleja en distintos aspectos, los cuales se enunciarán en este apartado, con el objetivo de comprender de manera más profunda las características de la labor que realizan profesionistas como médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos dentro de ésta área.

Por lo que, en el presente apartado se exponen los resultados de diversos estudios que se han realizado con el personal de Onco-Hematología, en donde se podrá apreciar la heterogeneidad de las conclusiones a las que llegan los investigadores.

Por último, se presenta información correspondiente al Síndrome Burnout en los especialistas que atienden a niños y niñas con cáncer, debido a que las condiciones de trabajo son diferentes a las de los profesionistas que no atienden a poblaciones pediátricas, por tal motivo, se incluye un apartado para este sector.

### **2.4.1 Médicos y Enfermeras.**

Existe basta información sobre el Síndrome Burnout que se presenta en médicos y enfermeras debido a que son las poblaciones que causan mayor interés en los investigadores. Los resultados obtenidos a partir de estos trabajos es diversa, y en muchos casos contradictorias, como se evidenciará en esta sección.

En un artículo de revisión, Shanafelt, y Dyrbye, (2012) citan algunas de las principales causas que se han relacionado con la aparición del Síndrome de Burnout en oncólogos. En un primer momento, los autores mencionan la falta de control sobre distintas facetas de su práctica, como una de las causas del Síndrome. Esta falta de control, se refiere al poco dominio que tienen los oncólogos sobre su propia práctica, su agenda, su ritmo de trabajo, el número de horas laborables y el número

de pacientes que atienden por día. Las diversas situaciones mencionadas son originadas por el hecho que los especialistas pertenecen a grupos hospitalarios, organizaciones de salud o grupos multidisciplinarios que de cierta manera controlan los aspectos señalados anteriormente. Un segundo factor, hace referencia al incremento de productividad y la necesidad de complementar tareas administrativas en la jornada laboral, lo cual crea tensión en la vida profesional y personal del médico oncólogo.

Aunado a lo anterior se encontró que la cantidad de horas que trabajan los especialistas en oncología puede contribuir al desarrollo del Síndrome. Se sabe que el número de horas es superior a otras especialidades. Otro aspecto en el que los oncólogos superan a otras especialidades, es el riesgo a ser demandados por negligencia médica, lo cual también contribuye a la aparición del síndrome.

Así mismo, los autores hacen referencia a hallazgos encontrados en algunos estudios, que señalan que tareas profesionales difíciles, tal como brindar malas noticias a los pacientes o lidiar con tareas administrativas estresantes, incrementa el riesgo de padecer el síndrome. Se ha reportado que algunos oncólogos que se sienten inadecuadamente entrenados en sus habilidades comunicativas sobre el cáncer o sobre sus habilidades en gestiones administrativas reportan un incremento en el rango de Burnout.

Evaluar y diagnosticar problemas complejos, idear y administrar estrategias individuales de tratamiento, proporcionar apoyo crítico a pacientes con enfermedades mortales, enfrentarse constantemente con decisiones de vida o muerte, administrar terapias altamente tóxicas, la exposición a la muerte y el sufrimiento, son algunas de las situaciones que generan que la oncología sea una profesión sumamente demandante y estresante dentro de las diversas áreas de la medicina.

En un estudio realizado por Whippen y Canellos (1991) que incluyó 598 sujetos profesionales de oncología, se determinó que un 56% reportaba experimentar el Síndrome de Burnout en su vida profesional. Especificando el porcentaje de acuerdo al tipo de especialidad, del total de los médicos oncólogos el

58% se sentía afectado por el síndrome, el 52% de los radiólogos expresaban lo mismo, mientras que el 48% de los cirujanos oncológicos y el 44% de los oncólogos pediatras indicaron sentir Burnout.

El estudio citado, también reveló que del personal que pasaba menos del 50% de su tiempo laboral en atender al paciente el 40% reportó experimentar el Síndrome Burnout, mientras que de todo el personal que pasaba del 80% al 100% de su tiempo en el cuidado del paciente, el 62% indicó presentar señales del Síndrome. Lo cual sugiere que a mayor contacto con el paciente mayor probabilidad de presentar Burnout. Sin embargo, estos resultados no son avalados por las conclusiones a las que llegaron Grunfeld, Zitzelsberger, Crositine, Wiëlan, Aspelund y Evans (2005) a partir de su investigación, la cual reveló que la principal fuente de satisfacción de los trabajadores de áreas oncológicas era precisamente el contacto con los pacientes, junto con la buena relación con los padres de las personas afectadas por el cáncer y sus compañeros de trabajo. De la misma manera identificaron que las principales fuentes de estrés son el incremento en la carga del trabajo y un inadecuado personal para realizar el trabajo. Los resultados contrastan con los de las investigaciones que sugieren que la interacción diaria con el sufrimiento y la muerte de los pacientes es una de las principales fuentes de estrés laboral para los trabajadores de áreas oncológicas.

Paradójicamente, el mismo estudio muestra resultados que coinciden con los de Whippen et al. (1991) referentes a los porcentajes sobre Burnout. De acuerdo con los autores, un tercio del personal en general, y más del 50% de los médicos oncológicos y enfermeras estaban experimentando por lo menos un componente del Síndrome Burnout.

Otra investigación que comparte la idea que el Síndrome Burnout está presente en esta población fue la realizada por Eelen, Bauwens, Baillon, Distelmans, Jacobs y Verzelen (2014), los resultados de este estudio demuestran que más del 50% de los médicos oncológicos sufre de cansancio emocional, 31% despersonalización y 6.8% de falta de realización personal.

No obstante existen otras investigaciones que concluyen que el nivel de Burnout en médicos y enfermeras es bajo con respecto a otros sondeos. Tal es el caso de un estudio realizado en Turquía con una muestra de 77 médicos y 56 enfermeras del área de oncología donde los resultados indican que el 7.8% de los médicos y el 5.4% de las enfermeras presenta altos niveles de desgaste emocional y el 15% de los médicos y 5.4% de las enfermeras presenta altos niveles de despersonalización. Mientras que la falta de realización personal reportó bajos porcentajes en ambos grupos (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop y Yilmaz, 2009).

Como se puede observar, existe gran variedad de estudios en los que se reportan altos y bajos niveles de Burnout. En una revisión sistemática y meta-analítica, realizada por Trufelli et al. (2008) señalan que existe una heterogeneidad significativa en los distintos estudios que se llevan a cabo sobre Burnout en los profesionales que atienden pacientes con cáncer. Esta conclusión se deriva a partir del análisis que realizan sobre 10 investigaciones que utilizan el MBI como instrumento para medir el síndrome, en donde observaron que la afectación grave en cualquiera de las tres dimensiones del Síndrome varió del 8% hasta el 51%. Por lo que los autores señalan que a pesar de que el síndrome se halla constantemente en diversas investigaciones alrededor del mundo, los resultados varían substancialmente entre los estudios. Por lo tanto, sugieren que en futuras investigaciones se consideren factores relacionados con la región y la cultura.

Con respecto al personal de enfermería, la diferencia en estudios suele repetirse como en los médicos oncólogos, por ejemplo, en el estudio realizado por Alacacioglu et al. (2009) se encontró que las enfermeras presentaban de manera significativa puntuaciones más altas en desgaste emocional a diferencia de los médicos, mientras que en el estudio realizado por Eelen et al. (2014) se indica lo contrario, en esta investigación se señala que los médicos oncólogos poseen niveles más altos de desgaste emocional.

Mientras que en la investigación realizada con 172 enfermeras oncológicas llevada a cabo en México, los resultados arrojaron que el 60% de los sujetos que

formaron parte de la muestra presentaba síntomas de moderados a altos del síndrome Burnout. Sin embargo el Síndrome se diagnosticó únicamente en el 8% del total de los participantes (Gutiérrez y Martínez, 2006).

#### **2.4.2 Psicólogos y Trabajadores Sociales.**

Mediante la investigación documental que se realizó con el objetivo de elaborar el presente trabajo, se puede concluir que las investigaciones sobre Burnout que incluyan trabajadores sociales y psicólogos de áreas oncológicas como parte de la muestra son prácticamente inexistentes. Esta conclusión es sustentada por el estudio realizado por Eelen et al. (2014) quienes reportan que el síndrome en estos profesionales nunca había sido estudiando. No obstante, los autores, incluyeron en su investigación a este tipo de población, además de los médicos y enfermeras oncológicas.

En su estudio, participaron un total de 923 profesionales de oncología, de los cuales 123 fueron psicólogos y 108 trabajadores sociales. Los resultados que se desprendieron con respecto a estos dos grupos revelaron que el 13.8% de los psicólogos y el 20.9% de los trabajadores sociales presentaba un nivel significativo de desgaste emocional. Con respecto a la despersonalización el 11.6% de los psicólogos y el 16% de los trabajadores sociales presentaba altos niveles de este factor. Finalmente se determinó que el 9.6% de los psicólogos y el 14.9% de los trabajadores sociales presentaba niveles problemáticos de realización personal. Los autores concluyen que otras disciplinas pertenecientes al área de oncología también tienen que hacer frente a los altos niveles de desgaste emocional y despersonalización debido a que el contexto de su trabajo los hace desarrollarse en ambientes con altos niveles de sufrimiento físico y emocional.

#### **2.5 Burnout oncología pediátrica.**

El estrés y el síndrome Burnout son una preocupación creciente en el campo de la oncología pediátrica debido a la naturaleza de esta profesión, la cual presenta

distintos factores de riesgo, que de no ser atendidos de manera adecuada pueden causar que los profesionales de salud no brinden la atención óptima que requieren los pacientes Altaman (2004).

En un estudio realizado por Nascimento y Fantini (2007), se encontró que el diagnóstico, el tratamiento y la muerte del niño con cáncer son factores que generan estrés prácticamente desde que el menor ingresa al centro de salud. De acuerdo con las autoras, el personal médico que formó parte de su investigación, describió el ingreso del paciente como un momento duro, similar al que experimentan los afectados, pero entendiendo el sufrimiento del paciente y de sus familiares mediante la aceptación de las dificultades que habrá que afrontar, no obstante, también reportaron sentirse ocasionalmente incapaces de servir de manera apropiada.

El mismo estudio permitió conocer, que los profesionales de la salud que atienden a niños con cáncer perciben el tratamiento como muy doloroso para el menor, y de acuerdo con ellos, presenciar este tipo de sufrimiento es incluso peor que presenciar la muerte. Así mismo, las entrevistas que se realizaron a los sujetos participantes, revelaron que no están preparados para enfrentar las pérdidas, lo cual los lleva a sentirse culpables por el dolor y la muerte.

Tal como lo menciona Gulati, Dix y Klassen (2014), la colaboración de equipos multidisciplinarios que atiende a los pacientes con cáncer ha surgido como un estándar de atención alrededor del mundo. A partir de esta premisa, los autores realizaron un estudio con el objetivo de identificar las principales recompensas y demandas de trabajar con un equipo multidisciplinario en oncología pediátrica. De los resultados de esta investigación se desprendió que los participantes consideran de gran beneficio trabajar junto con un equipo de múltiples disciplinas debido a que de esta manera pueden tener acceso a los conocimientos y habilidades de sus compañeros, facilitando la dirección diversos casos. Así mismo mencionaron que contar con un equipo de trabajo les permite obtener soporte emocional o consejos cuando otras personas dentro de su equipo han experimentado situaciones estresantes similares y especialmente en situaciones difíciles tal como la muerte de

un menor. De esta manera, los profesionales involucrados en el tratamiento del paciente pueden aliviar la tensión que experimentan.

Dentro de las demandas que genera pertenecer a un equipo de trabajo de estas características se menciona la falta de comunicación respetuosa, comunicación problemáticas con respecto a los pacientes y lagunas en la comunicación. De acuerdo con los sujetos, la sobrecarga de trabajo dificulta abordar los conflictos de comunicación que existen entre ellos. Otro de los aspectos negativos hallados sugiere que lidiar con sujetos que no son agradables para ellos, o con los que no se llevan bien, así como con individuos que cuentan con personalidades opuestas genera un reto en ellos.

Otra desventaja de trabajar con personas de distintas disciplinas, es la dificultad de integrar las diversas opiniones con respecto al plan de atención que se brinda al niño con cáncer. Lidiar con este tipo de desacuerdos resulta demandante especialmente cuando se trata de decisiones de vida o muerte.

Por último, la confusión de rol y solapamiento de funciones fue identificado por algunos de los sujetos participantes del estudio como un punto en contra de trabajar con personas de otras disciplinas.

En el personal de enfermería pediátrica, se han identificado ciertas fuentes de estrés tales como la intervención directa con pacientes, utilizando procedimientos como la quimioterapia, conflictos con compañeros, incremento de responsabilidades, largas jornadas laborales, falta de tiempo de socialización, y soportar el desafío de brindar apoyo al paciente y familiar durante su enfermedad (Hecktmann, 2012). Por otra parte, existen estudios que informan que las enfermeras de niños con cáncer perciben estresantes situaciones como la falta de personal, las recaídas y muertes de los pacientes (Cohen, Ferrell, Vrabel, Visvsky y Schaefer, 2010).

En una revisión de la literatura realizada por Mukherjee, Beresford, Glaser y Sloper (2009), reportan que existen estudios sobre estrés y burnout en oncología pediátrica, pero éstos son extremadamente limitados, y suelen enfocarse

únicamente en las enfermeras. De esta revisión, los investigadores reúnen una serie de resultados de distintos estudios que demuestran que las enfermeras presentan reacciones emocionales más fuertes ante la muerte de un niño cuando llevan interactuando mucho tiempo con él. También, se reporta que presentan especial dificultad en enfrentar la muerte de un menor, ya que, de acuerdo con su percepción altera el orden de la naturaleza. De la misma manera los autores comentan que los diferentes miembros del equipo multidisciplinario cuenta con diferentes roles y responsabilidades con respecto al tratamiento de los niños afectados, de tal manera que sus fuentes de estrés pueden ser diferentes entre cada disciplina.

Por su parte, Whippen et al. (1991) realizaron un estudio en el cual, del total de los 589 sujetos que participaron el 56% reportó experimentar cierto grado de Burnout, de las cuatro especialidades oncológicas incluidas en el estudio (Médicos, radiólogos, cirujanos y pediatras) los especialistas en oncología pediátrica reportaron el menor grado de Burnout, con un 44% de incidencia. Estos resultados coinciden con los datos expuestos en el artículo de revisión realizado por Schanafelt et al, (2012), en el cual señalan que los oncólogos pediatras reportan los niveles de Burnout más bajos con respecto a otras especialidades pediátricas.

En otro estudio realizado en 2008 por Liakopoulou et al. con 113 participantes, de los cuales se incluyeron 5 psicólogos y un trabajador social, además de los médicos y enfermeras se encontraron altos niveles de desgaste emocional en el 41% de la muestra, 8% de altos niveles de despersonalización y 19% de alta falta de realización personal en el equipo de oncología pediátrica. De esta manera los autores sugieren brindar especial atención al desgaste emocional en el personal \*anteriormente mencionado. Además, en este estudio se realizó una comparación con otros grupos médicos, y se determinó que los niveles de Burnout reportados eran similares entre ambos grupos. Los autores concluyen que los niveles de Burnout en oncología pediátrica no difieren significativamente dentro de otras especialidades pediátricas.

Como se pudo apreciar en este apartado, existen diversos resultados obtenidos a través de investigaciones que indican que los profesionistas que

atienden a pacientes pediátricos presentan menos riesgo de padecer el Síndrome Burnout con respecto a otras especialidades pediátricas. No obstante, es importante destacar que las condiciones laborales a las que se enfrentan estos profesionistas cuentan con particularidades importantes que harían pensar que son más susceptibles a presentar el Síndrome, estas particularidades hacen referencia al apego que los profesionistas pueden generar hacia los niños y niñas, la jornada laboral, la cual suele ser más larga con respecto a otras especialidades, presenciar el sufrimiento de los niños y niñas y en ocasiones, enfrentar la muerte de los pacientes, situación que los mismos profesionistas indican, no están suficientemente preparados para enfrentar.

Así mismo existen estudios que indican que mantener más contacto con los pacientes y familiares es una de las principales fuentes de Burnout, mientras que otras investigaciones indican lo contrario, haciendo referencia que este contacto es la principal fuente de satisfacción en los profesionistas.

En conclusión, se puede mencionar que las características del cáncer infantil son totalmente distintas a las del cáncer en el adulto, por lo tanto, el tratamiento exige condiciones específicas, las cuales generan que los profesionales de la salud que atienden a los niños y niñas con cáncer estén expuestos a distintos estresores que pueden generar el Síndrome Burnout.

Como se mencionó en el primer apartado, a pesar de que el cáncer infantil presenta buen pronóstico, en países en vías de desarrollo como México, la situación es distinta pues más del 50% de los niños afectados muere a causa de la enfermedad.

Cabe hacer hincapié en que el cáncer en edad pediátrica genera afectaciones en varias esferas de la vida, tanto en el paciente como en sus familiares, e incluso en el personal de la salud que atiende al menor. En el apartado 1 se enfatizó las distintas afectaciones socio-psicológicas que enfrentan los pacientes y familiares, con el objetivo primordial de visualizar las situaciones que viven estas poblaciones y así poder comprender el contexto en el que se desenvuelve el personal de

oncología, pues son ellos quienes trabajan con personas que están pasando por momentos de extrema dificultad, emocional, física, económica, social, entre otras.

Estas características socio-psicológicas por las que atraviesan los pacientes y familiares, también ponen en riesgo a los profesionales de la salud, que se pueden ver afectados en distintas formas, principalmente con estrés, sentimientos de culpa, impotencia, elevada carga emocional, ansiedad e inclusive pueden padecer el Síndrome de Burnout.

Con respecto a dicho Síndrome, se puede concluir que la definición más aceptada es la proporcionada por Maslach, quien además es considerada como la descubridora del Síndrome. Así mismo, se sabe que el instrumento desarrollado por la autora es el más utilizado a nivel mundial para investigar el Síndrome. Este instrumento se divide en tres subescalas y cuenta con 22 ítems que permiten valorar el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. En nuestro país, el instrumento ha demostrado tener suficiente confiabilidad para ser aplicado a muestras mexicanas.

Por otra parte, se expusieron distintas teorías que intentan explicar las causas y síntomas del Síndrome Burnout, con lo cual se puede concluir que existe amplia variedad de información con respecto al tema, y que a pesar de que no hay una teoría unánimemente aceptada, existen algunas que son más reconocidas por la comunidad científica.

Por último, se presentó información específica sobre el Síndrome Burnout en la población que es objeto de la presente investigación, en donde también se expusieron los resultados de diversas investigaciones que señalan por un lado, que el personal en contacto con pacientes oncológicos presenta mayor posibilidad de padecer el síndrome, y por otro lado se indica que esta población se encuentra en menos riesgo de padecer Burnout en comparación con otras especialidades médicas.

De esta manera se concluye que es necesario realizar más investigaciones en el equipo multidisciplinario onco-hematológico de hospitales pediátricos, con el

objetivo de unificar criterios, determinar si existen variables que potencialicen el desarrollo del Síndrome y conocer cuáles son los niveles del Burnout, propósito principal de la presente investigación.

## CAPÍTULO III

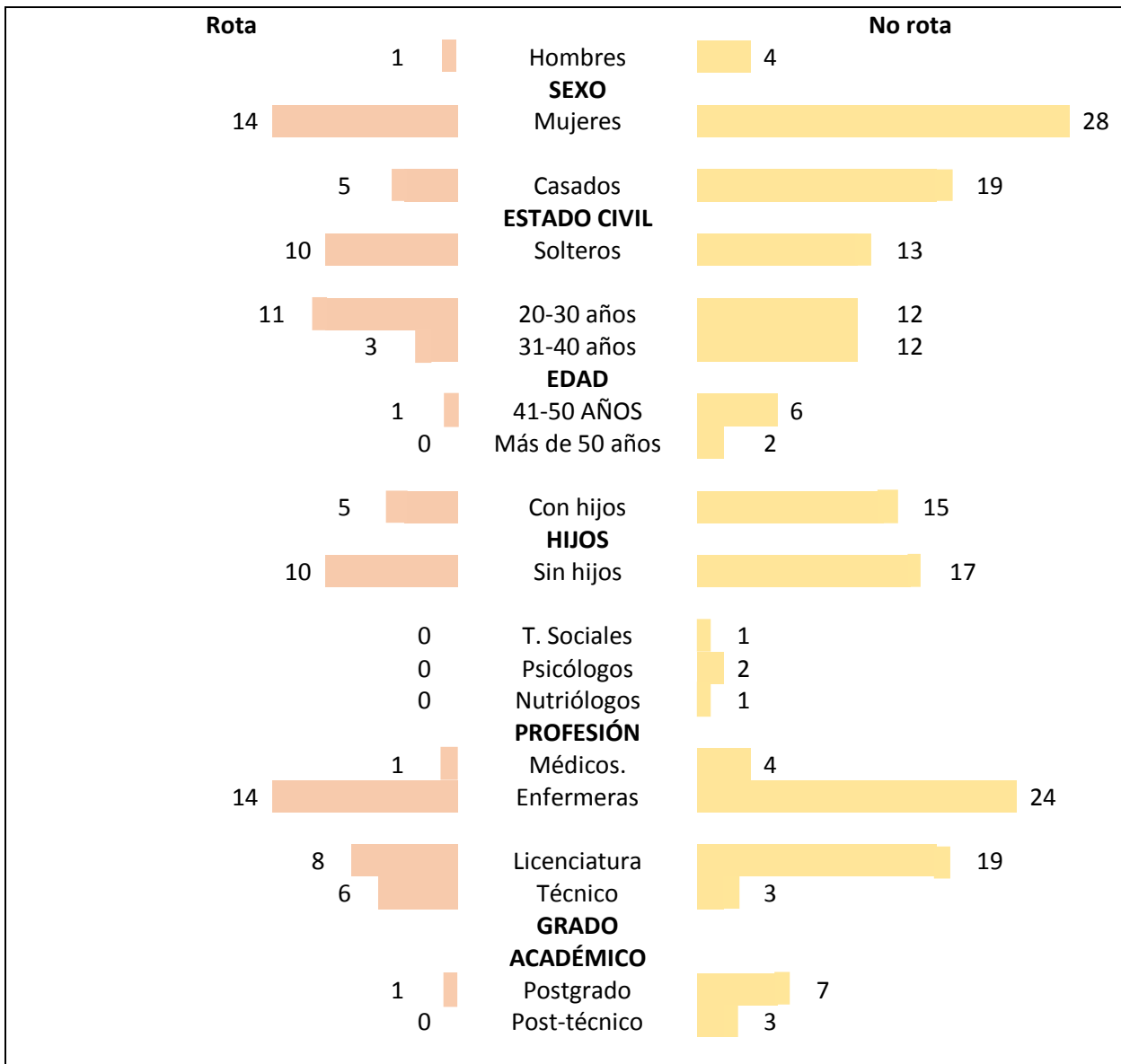
### METODOLOGÍA

#### 3.1 Participantes.

La muestra quedó conformada por el equipo multidisciplinario de salud que atiende a pacientes oncológicos pediátricos en el Hospital para el Niño Poblano que presta sus servicios en los diferentes turnos con los que cuenta la institución. El total de participantes fue de 47 profesionistas, de los cuales 32 pertenecen al grupo que se encuentra adscrito únicamente al área de Onco-Hematología y 15 que rotan en otras áreas del hospital.

En cuanto a los criterios de inclusión se consideró que los profesionistas estuvieran adscritos a la institución, ser personal activo y laborar en el área de Onco-Hematología. Se excluyeron a las personas que realizaban su Servicio Social y sus Prácticas Profesionales. Así mismo, se descartaron los cuestionarios que debido a los datos proporcionados no permitían realizar su valoración objetiva.

La Figura 5 presenta las características sociodemográficas de la muestra en general, distinguiéndola a su vez en el grupo de personas que rota y en el grupo de personas que únicamente labora en el área Onco-Hematológica. Del total de los profesionistas que participaron el 10.6% (n=5) pertenecen al género masculino y el 89.4% (n=42) al femenino. El 48.9% (n=23) de la muestra se encuentra soltero y el 51.1% (n=24) se encuentra casado.



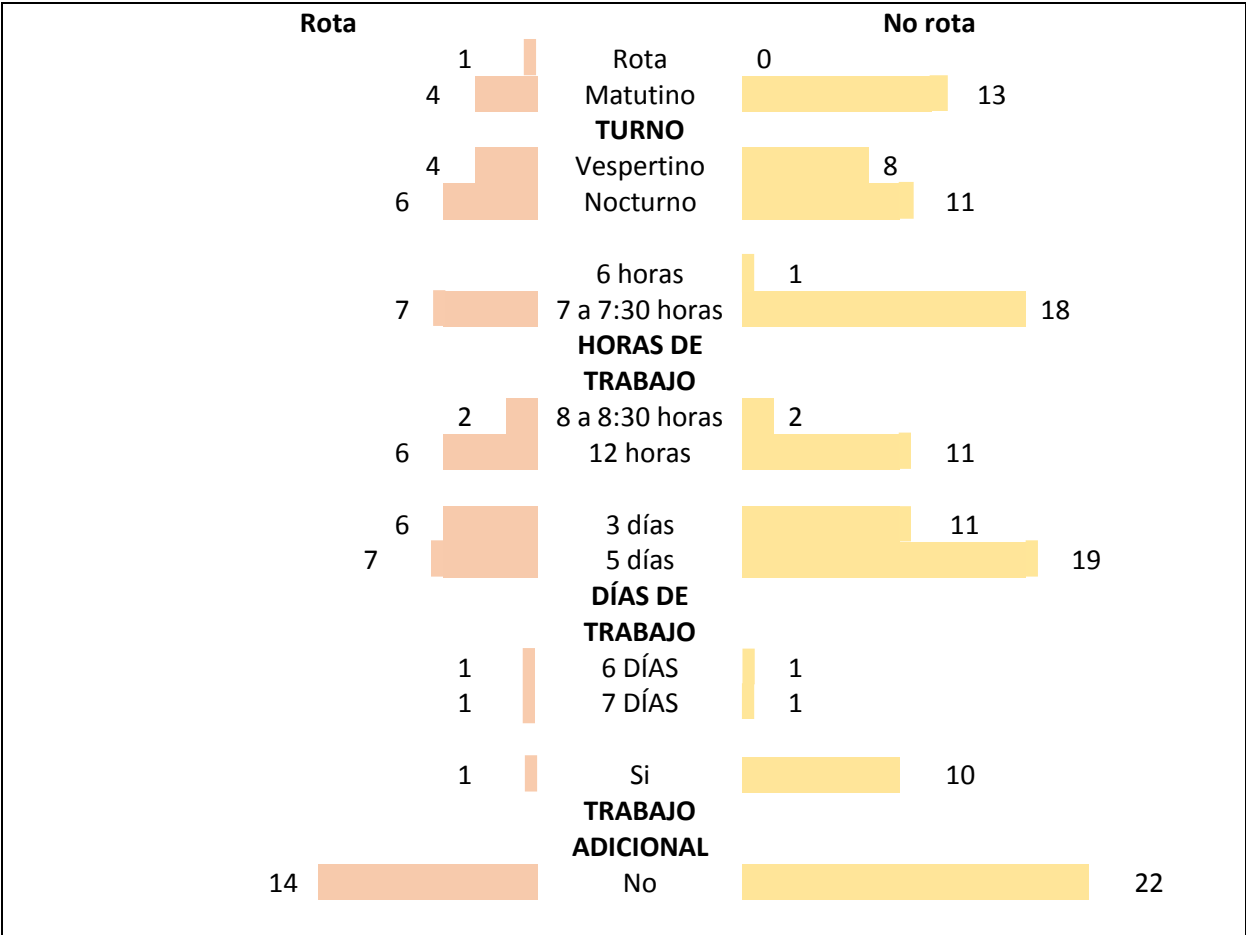
**Figura 5. Características sociodemográficas de la muestra.**

Fuente: Elaboración propia

Nota: N Total= 47; N=15 Personal que rota; N=32 Personal que no rota.

En cuanto a la edad, se obtuvo una media de 33.74 años, mientras que la edad que más se repitió fue de 30 años. El 48.9% (n=23) de la población encuestada se encuentra entre los 20 y 30 años de edad, el 31.9% (n=15) se ubica entre los 31 y 40 años, mientras que el 14.8% (n=7) manifiesta tener entre 41 y 50 años de edad, y únicamente el 4.2% (n=2) de la muestra tiene más de 50 años. Así mismo, la mayoría (57%) de los participantes no tiene hijos.

Con respecto a la formación académica de los participantes, un 80.9% (n=38) son enfermeras y enfermeros, mientras que el 10.6% (n=5) son médicos, 4.3% (n=2) psicólogos, y únicamente uno de los participantes es nutriólogo (2.1%), de igual manera se contó con la participación de un trabajador social (2.15%). En cuanto al nivel de estudios se obtuvo que 57.4% (n=27) de los participantes cuenta con estudios de licenciatura, el 19.1% (n=9) ha cursado una carrera técnica, mientras que el 17% (n=8) cuenta con postgrado y únicamente el 6.4% (n=3) cursó estudios post-técnico.



**Figura 6. Características laborales de la muestra.**

Fuente: Elaboración propia

Nota: N Total= 47; N=15 Personal que rota; N=32 Personal que no rota.

Como se observa en la Figura 6 la muestra trabaja de 6 a 12 horas al día dependiendo del horario de trabajo que tenga establecido, así como su tipo de contrato. La mayoría de los participantes trabaja 7:30 horas al día, representando el

51.1% (n=24) de la población, el 36.2% (n=17) trabaja 12 horas al día, sin embargo es importante mencionar que en esta categoría los profesionistas únicamente asisten 3 días a la semana. En cuanto a las personas que trabajan 8 horas al día se contó con un total de 3 participantes representando el 6.4% del total de la población, mientras que el 2.1% (n=1) trabaja 6 horas al día, con el mismo porcentaje se encuentra una persona que labora 7 horas y otra persona con 8:30 horas al día.

En cuanto a la cantidad de días que trabajan a la semana, el 55.3% (n=26) labora cinco días, el 36.2% (n=17) trabaja tres, mientras que el 4.3% (n=2) menciona trabajar seis días y con el mismo porcentaje, dos personas afirman trabajar los siete días de la semana. Cabe mencionar que el número de días que trabajan los participantes, puede incluir los días del trabajo de otro empleo. El 76.6% (n=36) únicamente trabaja para el área mencionada, mientras que el 23.4% (n=11) cuenta con otro empleo.

### **3.2 Instrumentos.**

Para la recogida de información se utilizaron dos instrumentos que se entregaron acompañados de una carta de consentimiento informado (Apéndice 1). Los instrumentos utilizados corresponden a un cuestionario socio-demográfico diseñado por el equipo de investigación y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI).

#### **3.2.1 Cuestionario Sociodemográfico.**

El cuestionario Socio-demográfico cuenta con 18 preguntas, de las cuales 14 son abiertas y 4 son cerradas. El objetivo de las preguntas presentes en este cuestionario se puede clasificar en tres grupos: El primero corresponde aquellas preguntas cuyo objetivo es recabar información de las características socio-demográficas de los participantes. El segundo tipo de preguntas son aquellas que recaban información de las características laborales y por último el tercer grupo considera a las preguntas que permiten identificar los criterios de inclusión o eliminación.

Como se mencionó, el cuestionario sociodemográfico se diseñó por el equipo de investigación, de tal manera que se cubrieran las variables sociodemográficas y laborales que forman parte del análisis descriptivo presente en esta investigación (Apéndice 2).

### **3.2.2 Inventario de Burnout de Maslach.**

El segundo instrumento utilizado en la presente investigación es el Inventario de Burnout de Maslach creado en 1986 por Maslach y Jackson, conocido también como MBI por sus siglas en inglés. (Apéndice 3).

El MBI consta de 22 reactivos redactados como enunciados, presentados en una escala de Likert de 7 niveles que indican el grado de frecuencia en el que el participante experimenta los sentimientos descritos en los enunciados. Los niveles que incluye el cuestionario son:

1. Nunca
2. Alguna vez al año o menos
3. Una vez al mes o menos
4. Algunas veces al mes
5. Una vez a la semana
6. Varias veces a la semana
7. Diariamente.

Así mismo, el MBI está diseñado para medir las tres Subescalas que conforman el Síndrome Burnout.

- **Agotamiento Emocional:** hace referencia al sentimiento de no poder dar más de sí mismo y a la falta de recursos emocionales para poder enfrentarse a las demandas que se presentan en el lugar de trabajo, ocasionando que los afectados se sientan cansados física y emocionalmente. Esta subescala es evaluada mediante los enunciados 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del Inventario de Burnout de Maslach.

- **Despersonalización:** los trabajadores presentan respuestas negativas e insensibles hacia varios componentes de su actividad laboral, incluyendo a los pacientes y a sus compañeros. Los reactivos 5, 10, 11, 15 y 22 valoran el grado de esta dimensión.
- **Realización Personal:** se generan sentimientos de incompetencia, carencia de logros y poca productividad en el trabajo. Las puntuaciones obtenidas mediante los enunciados 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 revelan el grado de realización personal.

Para el caso de las Subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización las puntuaciones obtenidas son directamente proporcionales al grado de intensidad de la subescala, es decir, a mayor puntuación mayor grado de Agotamiento Emocional y Despersonalización. Sin embargo, las puntuaciones correspondientes a la escala de Realización Personal son inversamente proporcionales, de tal manera que entre menos puntuación obtenga el participante mayor será su afectación.

Si los resultados muestran puntuaciones altas en las Subescalas de agotamiento emocional y despersonalización aunado a puntuaciones bajas en realización personal, indicará la presencia de Burnout.

Como se hizo mención en la revisión de la literatura, el Inventario de Burnout de Maslach es el instrumento más utilizado para evaluar el Síndrome (Moreno et al., 1997). Se ha reportado que la consistencia interna del instrumento es satisfactoria, teniendo valores de Alfa de Cronbach que van de .71 a .90, no obstante se ha encontrado que la consistencia interna de la subescala de Despersonalización ha tenido coeficientes menores de .70, Schaufeli et al. (1993).

Por su parte Meda et al. (2008) reportan que el Inventario de Burnout de Maslach posee propiedades psicométricas válidas y confiables para poder evaluar a profesionistas mexicanos, pues cuenta con valores de Alfa de Cronbach

superiores a .70 exceptuando la subescala de Despersonalización en la que se también encontraron un alfa menor a .70.

### **3.3 Procedimiento**

#### **3.3.1 Diseño de la investigación.**

La presente investigación es de tipo exploratorio- descriptivo, debido a que se examina en primera instancia si existe la presencia del síndrome anteriormente descrito en la población referida, a su vez, se especifican y describen las variables sociodemográficas y laborales de las personas que forman parte del fenómeno. En cuanto al diseño, la investigación atiende al tipo no experimental-transversal puesto a que en ningún momento se manipularon las variables y la recolección de datos se efectuó en un sólo momento, permitiendo de esta manera describir las variables, analizar la incidencia de la problemática y la interacción que presenta en un momento específico.

Es importante mencionar que las y los participantes incluidos en la investigación quedaron en dos grupos, debido a que presentan una variable determinante para su estudio. Los grupos a los que se hace referencia son:

- 1) Personal que presta sus servicios únicamente en el área de Onco-Hematología.
- 2) Personal que además de prestar sus servicios en el área de Onco-Hematología, se desempeña en otros servicios del hospital.

#### **3.3.2 Recogida de datos.**

Una vez aprobado el protocolo de investigación por parte del Comité de Ética e Investigación del Hospital para el Niño Poblano, se aplicaron los instrumentos durante la semana del 20 al 25 Octubre de 2014. La participación del personal fue voluntaria y se solicitó su consentimiento informado por escrito.

Se acudió en los diversos turnos con los que cuenta el personal, por lo que las aplicaciones de los instrumentos se llevaron a cabo en horarios distintos. Así mismo, con el objetivo de contar con la participación de todos los empleados del área, se acudió durante varios días para cubrir todas las jornadas laborales.

Debido a la complejidad que caracteriza al área de Onco-Hematología, los instrumentos fueron administrados de acuerdo a la disponibilidad del personal, es decir que no se hicieron aplicaciones colectivas. En cambio, se esperó a que cada participante indicara el momento y el lugar en el que podía contestar los instrumentos. De esta manera se llegó a abarcar un horario de 5 de la mañana a 12 de la madrugada en espera de la participación del personal sanitario. Las aplicaciones se realizaron con mayor frecuencia en los consultorios u oficinas de los profesionistas y en la estación de enfermería.

Es importante mencionar que en algunas ocasiones, resultaba prácticamente imposible aplicar los cuestionarios debido a la alta carga de trabajo del personal, en algunos casos debido al fallecimiento de los pacientes.

Otro aspecto que debe ser tomado en cuenta, es el contexto en el que se desempeñaba el personal, debido a que el Hospital del Niño Poblano se encontraba en una situación particularmente distinta. El hospital en cuestión fue demolido semanas previas a la aplicación del instrumento, con motivo del proyecto de reconstrucción. Por tal razón, las diversas áreas del hospital fueron reubicadas y distribuidas en varios nosocomios de la Ciudad de Puebla. El área de Onco-Hematología fue ubicada en el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), sin embargo es importante destacar que el área fue ubicada en un lugar exclusivo para este servicio, contando con todo lo necesario para continuar la atención de los pacientes onco-hematológicos pediátricos, así mismo, no existieron modificaciones en cuanto a la dinámica del personal y todas las demás características de trabajo propias del área.

Al finalizar la administración de los instrumentos, se procedió a evaluar el Inventario de Burnout de Maslach de manera individual, con el objetivo de contar

con los resultados personalizados para poder darlos a conocer a los participantes, lo que fue uno de los requisitos del hospital. El resultado obtenido por cada uno de ellos, fue enviado a su correo personal, el cual fue solicitado en la Carta de Consentimiento Informado y únicamente se enviaron los resultados de aquellas personas que así lo solicitaron (n=27). El correo electrónico enviado incluía un archivo adjunto en formato Word que presentaba sus resultados. El formato de dicho documento contenía el nombre del participante, una introducción al documento, que recordaba el nombre de la investigación, el motivo del correo y el agradecimiento por la participación. Se incluyó una breve explicación del inventario de Burnout de Maslach y de su forma de valoración con el objetivo de lograr una mejor comprensión de los resultados expuestos. Se presentó una tabla en donde se despliega las puntuaciones y el rango obtenido en las tres Subescalas del MBI y un cuadro donde se realiza la interpretación de las puntuaciones.

En los casos donde se reportó la presencia del Síndrome o en donde existieron probabilidades de padecerlo se ofreció realizar una intervención psicológica, la cual tenía que ser solicitada, de así quererlo, por el mismo medio. Hasta el momento no existen casos en los que se haya solicitado dicha intervención.

Por último, el documento expresa nuevamente la confidencialidad de los resultados y ofrece los datos de contacto de los investigadores ante cualquier comentario, duda o sugerencia (Apéndice 4).

### **3.4 Procesamiento de datos.**

Con el objetivo de facilitar el procesamiento de datos se asignó un número de caso a cada uno de los instrumentos recabados, posteriormente se distinguieron las variables continuas y las categóricas, para poder codificar las variables categóricas y facilitar la captura y el análisis de datos.

Los datos fueron analizados mediante el Paquete Estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 22 para Windows, donde se obtuvieron las estadísticas descriptivas a partir de un análisis univariado.

Posteriormente se hizo uso de tablas de contingencia que permitieron obtener información sobre la relación entre las variables socio-demográficas y laborales con respecto a las dimensiones del Síndrome Burnout.

## **CAPÍTULO IV**

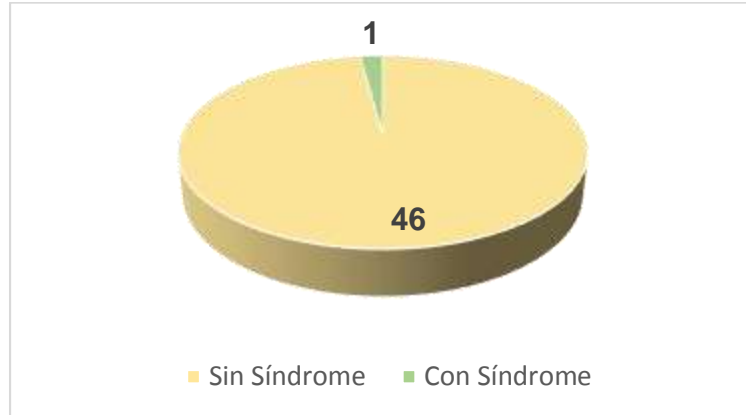
### **RESULTADOS**

En el presente capítulo se presentan los hallazgos del estudio. En un primer momento, se encuentran los resultados del total de la muestra que participó en la investigación, con lo cual se brinda un panorama general de la existencia del Síndrome Burnout en el personal de Onco-Hematología destacando cada una de las Subescalas que caracterizan al Síndrome. Posteriormente se presentan los datos específicos del grupo de profesionistas que trabaja únicamente en el área de Onco-Hematología y los datos referentes del grupo de personas que rotan en otras áreas del hospital. Por último, se realiza una comparación entre el grupo de personas que no rota y las personas que rotan.

Es pertinente recordar que el Inventario de Burnout de Maslach cuenta con tres Subescalas o dimensiones; Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, motivo por el cual en el presente capítulo se presentarán los resultados atendiendo cada una de las Subescalas.

#### **4.1 Presencia del Síndrome Burnout en la muestra total.**

De acuerdo con los resultados obtenidos que se aprecian en la Figura 7, del 100% de los casos sólo el 2.12% obtuvo los criterios establecidos para sospechar de la presencia de Síndrome Burnout, lo cual indica que el Síndrome es prácticamente inexistente en el área de Onco-Hematología de este hospital. Es importante mencionar que el caso que se presentó, corresponde a un médico residente que debido a la característica de su puesto, rota en diversas áreas del hospital.



**Figura 7. Frecuencias del Síndrome Burnout en la Población de Onco-Hematología.**

A pesar que la presencia del Síndrome Burnout no es estadísticamente significativa, no debe asumirse esta información como un indicador definitivo del estado en el que se encuentra la muestra pues los resultados deben ser analizados e interpretados atendiendo a cada una de las tres dimensiones que caracterizan al Síndrome.

#### **4.2 Niveles de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización**

##### **Personal.**

En la Tabla 1 se muestran las frecuencias obtenidas en cada nivel correspondiente a las Subescalas de Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (D) y Realización Personal (RP). Se observa que el 66% (n=31) de los participantes se ubicaron en el nivel bajo de Agotamiento Emocional, lo cual es indicador de que la mayoría de los participantes cuentan con suficientes recursos emocionales para poder enfrentarse a los distintos retos presentes en su empleo, no obstante se obtuvo que el 12.8% (n=6) puntuaron en el nivel alto de esta subescala, lo que sugiere que este porcentaje de la muestra presenta un elevado sentimiento de carecer de recursos emocionales para poder hacer frente a las demandas de su trabajo, estos sentimientos pueden estar acompañados de

cansancio físico y actitudes negativas en cuanto a las actividades que realiza. Cabe destacar que el 21.3% de los encuestados afirma sentirse agotado al final de la jornada varias veces a la semana, el mismo porcentaje indica sentirse cansado incluso antes de iniciar una nueva jornada laboral al menos algunas veces al mes. A pesar de que los participantes hacen referencia a este agotamiento físico, las frecuencias obtenidas en los ítems pertenecientes a esta subescala señalan que el 42% del personal no considera que trabajar con los pacientes les genere tensión, así mismo el 61.7% reporta no sentirse frustrado por su trabajo y el 48.9% no considera que su trabajo sea demasiado duro.

**Tabla 1. Niveles de Burnout por Subescala.**

	<b>Agotamiento emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización Personal</b>
<b>Nivel</b>			
Bajo	31	36	12
Intermedio	10	3	9
Alto	6	8	26
N= 47			

En cuanto a la Subescala de Despersonalización se obtuvo que el 76.6% (n=36) mantiene un nivel bajo, es decir los trabajadores no presentan actitudes de frialdad y distanciamiento con sus pacientes, lo contrario sucede con el 17% de los evaluados quienes pudieran presentar desapego en sus actividades laborales y con sus pacientes, caracterizado por una respuesta negativa, insensible o apática.

De acuerdo con los porcentajes descritos, se puede afirmar que esta subescala es la que contribuye de manera más significativa a que los individuos no padezcan Síndrome Burnout. Así mismo, el análisis realizado sobre los ítems pertenecientes a esta subescala, confirman que no existe desapego o desinterés por parte de los trabajadores hacia los pacientes, debido a que más del 80% de los participantes negaron tratar a sus pacientes como objetos o tener desinterés con respecto a su futuro.

En la tercera subescala se observa que el 55.3% (n=26) de los participantes obtuvo alto nivel de Realización Personal indicando que cuentan con sentimientos

de autoeficacia, es decir, consideran que son suficientemente competentes en su trabajo. Sin embargo, un porcentaje también significativo (25.5%) obtuvieron puntuaciones bajas, indicando de esta manera que los participantes perciben una carencia de logros y productividad en su trabajo, generando así probables sentimientos de ineficacia. En cuanto al análisis realizado sobre los ítems pertenecientes a esta subescala se puede afirmar que los trabajadores encuestados consideran que entienden con facilidad los pensamientos de los pacientes, se enfrentan de manera adecuada a sus problemas y cuentan con suficiente capacidad para crear una atmósfera relajada con sus pacientes, lo que queda reflejado en el 48% de la muestra cuando afirma sentirse diariamente animado después de trabajar en contacto con sus pacientes y el 53% considera que mediante su trabajo influye de manera positiva en la vida de otros, hasta un 66% piensa diariamente que realiza muchas cosas que merecen la pena dentro de su trabajo.

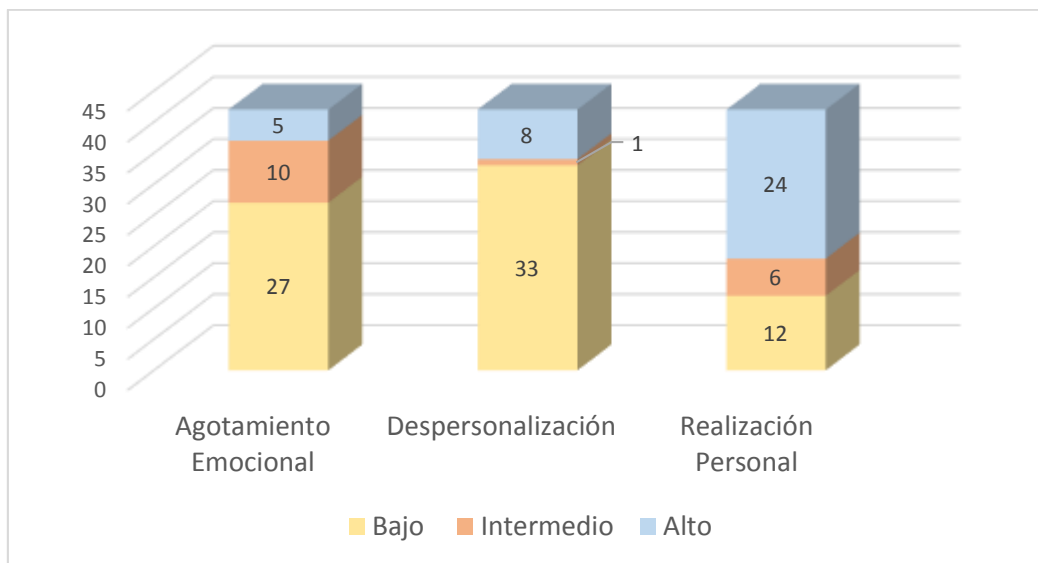
#### **4.3 Niveles de Burnout y características sociodemográficas de la muestra.**

En este apartado se presentan los hallazgos del estudio del Síndrome Burnout y a las características sociodemográficas de los participantes, tales como el sexo, estado civil, número de hijos, profesión y grado de estudios. Así mismo se abordan las características laborales, como la cantidad de días, horas de trabajo y el turno en el que se desempeñan entre otras.

##### **4.3.1 Niveles de Burnout por sexo de la muestra.**

Con respecto al sexo, se obtuvo que el 100% de los hombres no presentó el Síndrome Burnout, mientras que únicamente el 2.38% (n=1) de las mujeres obtuvo puntuaciones que sugieren la presencia del Síndrome.

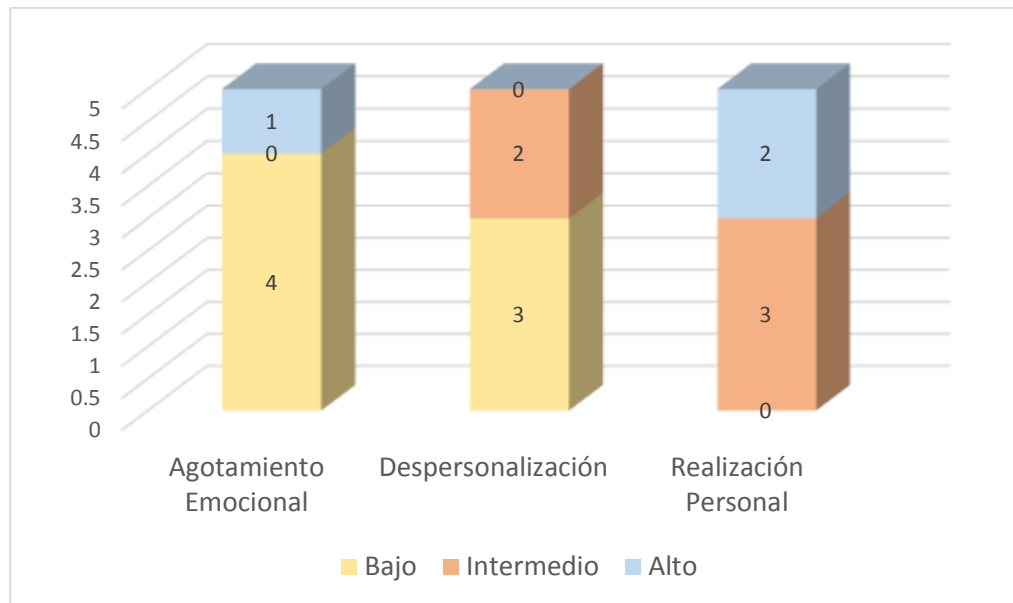
Las frecuencias en los niveles de Burnout por subescala se presenta en la Figura 8 por parte de las mujeres y en la Figura 9 se encuentran los datos de los hombres.



**Figura 8. Nivel de Burnout por subescala en mujeres.**

La Figura 8 permite observar que 27 mujeres (64.28%) presentaron nivel bajo de Agotamiento Emocional, 33 (78.57%) puntuaron en el nivel bajo de Despersonalización, siendo esta última la que contribuyó en mayor medida a que las participantes no presentaran Síndrome Burnout. En cuanto a la Realización Personal, se observa que la mayoría de las participantes 57.14% (n=24) tuvo alto nivel lo cual indica que poseen suficientes sentimientos de autoeficacia, sin embargo, las puntuaciones obtenidas son menores con respecto al nivel bajo de Agotamiento Emocional y Despersonalización, lo cual sugiere que el apego hacia los pacientes no es el componente principal que impide la presencia del Síndrome en este grupo.

En cuanto a los hombres, (Figura 9) se obtuvo que el 80% presentó nivel bajo de Agotamiento Emocional, el 60% nivel bajo de Despersonalización y el 40% nivel alto de Realización Personal, estos datos permiten afirmar que en el caso de los hombres la dimensión que evita mayoritariamente la presencia de Burnout es la de Agotamiento Emocional.



**Figura 9. Niveles de Burnout por subescala en hombres.**

#### **4.3.2 Niveles de Burnout por estado civil y paternidad.**

En relación con el estado civil, los resultados que se muestran en la Tabla 2 arrojan que las personas casadas tienen menor tendencia a sentirse limitados en sus recursos afectivos, presentan menos pérdida progresiva de energía y se encuentran menos fatigados. Así mismo, el hecho de estar casado parece influir en la obtención de menores niveles de Despersonalización, esto es, presentan en menor medida respuestas negativas hacia su trabajo y pacientes.

Para el caso de las personas solteras, los porcentajes obtenidos revelan que a diferencia de las personas casadas, sienten en mayor medida que ya no pueden dar más de sí mismo a nivel afectivo y que sus recursos emocionales están al límite. Existe la posibilidad de que tengan mayor tendencia a manifestar irritabilidad y respuestas frías hacia las personas con las que interactúa (pacientes o colaboradores) en su trabajo.

No obstante en la subescala de Realización Personal ocurre lo contrario, las personas casadas obtuvieron con mayor frecuencia puntuaciones bajas, en

comparación a los solteros, lo cual pudiera indicar que las personas casadas sienten en mayor medida que los solteros una carencia de logros en su lugar de trabajo.

Estos resultados se basan en los porcentajes obtenidos a través de las frecuencias presentadas en la Tabla 2. En la dimensión de Agotamiento emocional, el 79.16% de los casados y 52% de los solteros se ubicaron en el nivel bajo, 8.33% de los casados y 17.39% de los solteros puntuaron en el nivel alto. Con respecto a la dimensión de Despersonalización el 83.33% de las personas casadas y el 69% de las solteras presentó nivel bajo, mientras que presentaron nivel alto el 12.5 % de los casados y el 21.7% de los solteros. Como se mencionó, en la dimensión de Realización Personal la tendencia cambió, el 29.16% de los casados y el 21.73% de los solteros obtuvo baja realización.

**Tabla 2. Niveles de Burnout por Subescala y estado civil de la muestra.**

Nivel	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
	Casado	Soltero	Casado	Soltero	Casado	Soltero
Bajo	19	12	20	16	7	5
Intermedio	3	7	1	2	4	5
Alto	2	4	3	5	13	13

N= 47 Casados=24 Solteros=23

En la Tabla 3 se encuentran los resultados sobre el número de hijos, éstos nos dicen que las personas que tienen hijos muestran menor tendencia a sentirse agotados físicamente y a pensar que no cuentan con recursos emocionales y fuentes de reposición para enfrentarse a sus actividades laborales, así mismo existe menor probabilidad de que presenten respuestas negativas, insensibles o apáticas en los diferentes aspectos de su trabajo, también se observa que se sienten más competentes y productivos.

El 59.25% de los participantes que no tiene hijos obtuvo un nivel bajo de Agotamiento Emocional, en este mismo nivel se ubicaron el 75% de las personas que tienen de 1 a 5 hijos, en el nivel alto de esta subescala se encuentra el 14.81% de las personas sin hijos y el 5% de las personas que tienen hijos, de esta manera

se puede deducir que el tener hijos permite mantener en mayor medida niveles bajos de Agotamiento Emocional que el hecho de no tener.

En la dimensión de Despersonalización (Tabla 3), ocurre la misma situación, las personas que no tienen hijos presentan mayor tendencia a tener niveles elevados de Despersonalización puesto que el 29.92% de los participantes con hijos obtuvo nivel alto, a diferencia del 5% de las personas que si tienen hijos. Esto también se ve demostrado en el nivel bajo de esta dimensión donde se ubicaron el 66.66% de los participantes sin hijos y el 90% de los participantes con hijos. De esta manera se puede decir que en esta muestra, las personas que tienen hijos se implican de manera más efectiva con sus pacientes y con sus actividades laborales.

Con respecto a la dimensión de Realización Personal se observa en la Tabla 3 que las personas que mencionan tener hijos se ubican en mayor medida en altos niveles de realización personal (60%) en comparación al grupo de personas que menciona no tener hijos (51.85%). Lo que indica que aquellos que no tienen hijos perciben su actividad laboral menos gratificante y productiva.

**Tabla 3. Subescalas de Síndrome Burnout en relación al número de hijos.**

	Sin hijos	1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 hijos
<b>Nivel</b>	<b>Agotamiento Emocional</b>					
Bajo	16	2	9	2	1	1
Intermedio	7	0	2	1	0	0
Alto	4	1	1	0	0	0
	<b>Despersonalización</b>					
Bajo	18	3	10	3	1	1
Intermedio	2	0	1	0	0	0
Alto	7	0	1	0	0	0
	<b>Realización Personal</b>					
Bajo	7	0	3	1	1	0
Intermedio	6	0	3	0	0	0
Alto	14	3	6	2	0	1
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Nota: Sin hijos=27 Con hijos=20

### 4.3.3 Niveles de Burnout por profesión y grado de estudios.

Tomando en cuenta la profesión de los participantes (Tabla 4), se encontró que en la subescala de Agotamiento Emocional el 68.42% (n=26) de las enfermeras obtuvo nivel bajo y el 10% (n=4) nivel alto. En Despersonalización el 78.94% (n=30) de las enfermeras se ubicó en el nivel bajo, mientras que el 18% (n=7) en el nivel alto. En cuanto a la dimensión de Realización Personal el 55.23% (n=21) tiene altos niveles de Realización Personal, lo cual indica que más de la mitad de las enfermeras no se siente frustrada por su trabajo y considera que ha obtenido buenos resultados en él, sintiéndose competentes en su trabajo. No obstante, se observa que el 28.94% (n=11) obtuvo puntuaciones bajas, demostrando que presentan sentimientos de incompetencia y carencia de logros. De las tres dimensiones del Síndrome Burnout, la que promueve en mayor medida a que las enfermeras no presenten el Síndrome es la dimensión de Despersonalización y la dimensión que pudiera promover más el Síndrome en determinado momento es la subescala de Realización Personal.

**Tabla 4. Subescalas de Síndrome Burnout en relación la profesión.**

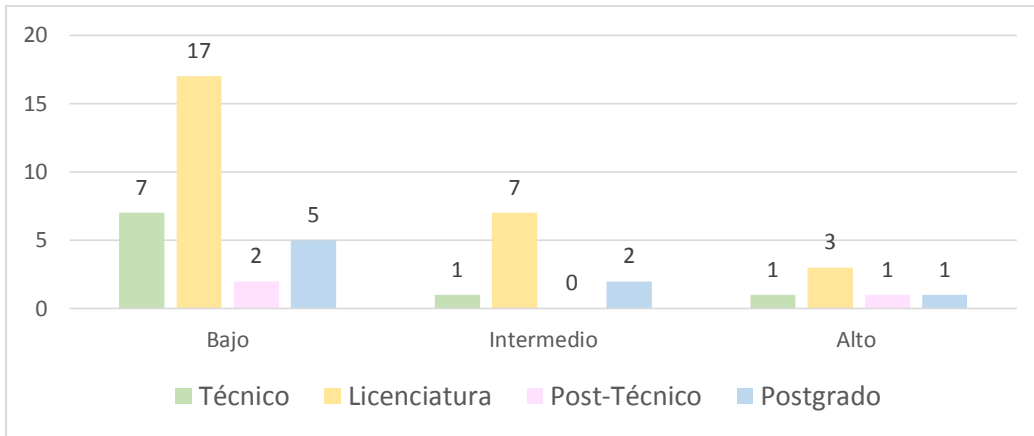
	Enfermera	Médico	Nutriólogo	Psicólogo	T. Social
<b>Agotamiento Emocional</b>					
Bajo	26	2	1	1	1
Intermedio	8	1	0	1	0
Alto	4	2	0	0	0
<b>Despersonalización</b>					
Bajo	30	3	0	2	1
Intermedio	1	1	1	0	0
Alto	7	1	0	0	0
<b>Realización Personal</b>					
Bajo	11	1	0	0	0
Intermedio	6	2	1	0	0
Alto	21	2	0	2	1
Total	38	5	1	2	1

En cuanto a los médicos el 40% se mantuvo en el nivel bajo de Agotamiento Emocional, el 60% en el nivel bajo de Despersonalización y el 40% en el nivel alto de Realización Personal, puntuaciones óptimas para no tener sospechas del

Síndrome, mediante estos porcentajes se tiene que nuevamente la subescala de Despersonalización es la que evita en mayor medida a presentar el Síndrome Burnout.

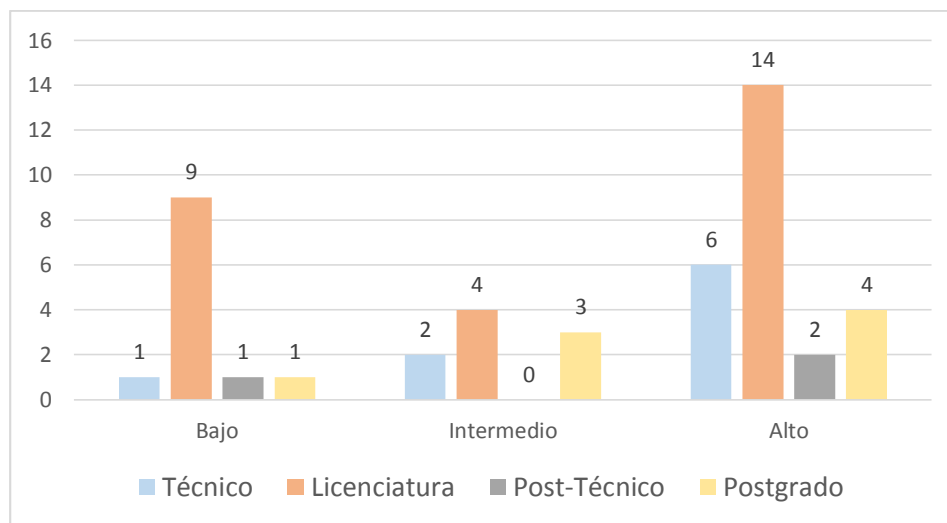
En el caso del nutriólogo, trabajadora social y psicólogas (Tabla 4), ninguno de ellos presenta riesgo de padecer el Síndrome de Burnout, debido a que en el caso de la Trabajadora Social, puntuó en niveles bajos de Agotamiento Emocional y Despersonalización y alto en Realización Personal. En cuanto a las Psicólogas los datos muestran que ambas consideran altamente gratificante y productiva su labor y mantienen bajos sus niveles de despersonalización. Únicamente una psicóloga presentó nivel intermedio de Agotamiento Emocional, lo cual podría indicar que siente de manera moderada una sobreexigencia de sus recursos físicos y emocionales. Referente al nutriólogo, obtuvo nivel intermedio en la subescala de Despersonalización y Realización personal, lo cual podría ser un indicador que presenta moderadamente cierto desapego a sus pacientes, así mismo indica que no se siente completamente realizado en su puesto. No obstante no presentó riesgo de padecer el Síndrome.

Considerando el grado de estudios de los participantes se encontró que en la subescala de Agotamiento Emocional las personas con estudios técnicos puntuaron en su mayoría en el nivel bajo (77.77%) únicamente el 11.11% se ubicó en el nivel alto. En el caso de los licenciados se presenta que el 66.96% puntuó en el nivel bajo y el 11.11% en el nivel alto. De las personas con estudios post-técnicos el 66.66% obtuvo nivel bajo y el 33.33% nivel alto, mientras que el 62.5% de las personas con estudios de postgrado puntuaron en el nivel bajo y 12.5% en el nivel alto. Estos datos indican que el grupo que se ve menos afectado por esta dimensión es el correspondiente a los técnicos. Las frecuencias obtenidas en esta dimensión se pueden visualizar en Figura 10.



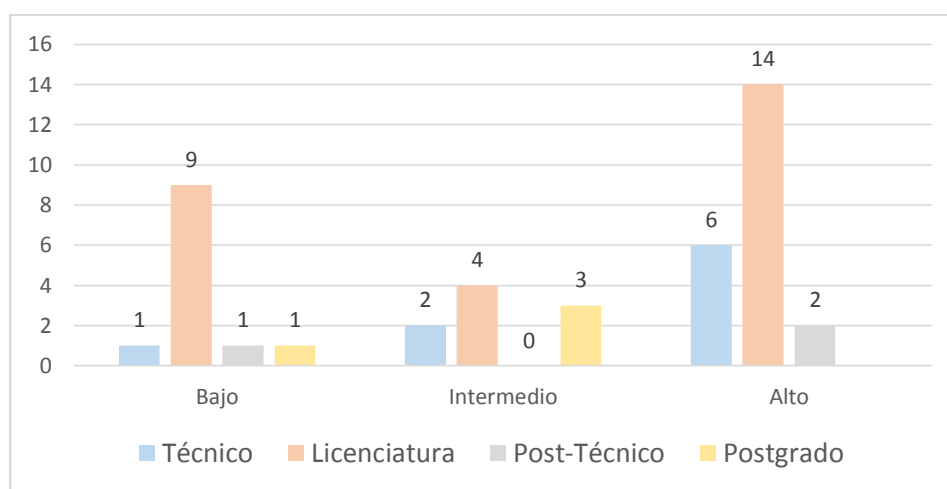
**Figura 10. Agotamiento Emocional en relación con el grado de estudios.**

En la Figura 11 se encuentran los resultados de la subescala de Despersonalización, el grupo que podría estar más afectado dentro de esta dimensión es el de las personas que cuentan con estudios de postgrado, debido a que el 25% de esta población obtuvo nivel alto, en comparación con el 22% de los técnicos y el 14% de las personas con licenciatura. En general se puede decir que más de la mitad de los individuos de cada grupo puntuaron en el nivel bajo, lo que indica que los participantes consideran no presentar actitudes de distanciamiento o frialdad con sus pacientes o compañeros de trabajo.



**Figura 11. Despersonalización en relación con el grado de estudios.**

Continuando con el grado de estudios, se observa (Figura 12) que en la subescala de Realización Personal, los grupos con puntuación más alta son los Técnicos y Posttécnicos con el 66.66% de su población respectivamente dentro de este nivel. En cuanto a los licenciados, se ubicaron en el nivel alto el 51% y de las personas con estudios de postgrado el 50%, lo cual podría indicar que a mayor grado de estudios menor nivel de Realización Personal.



**Figura 12. Realización Personal en relación con el grado de estudios.**

#### **4.3.4 Niveles de Burnout en relación con el número de días de trabajo y el turno.**

En la Tabla 5 se puede observar que la mayoría de las personas trabaja 5 o 3 días a la semana. Considerando estas variables se ve que las personas que trabajan menos días se sienten menos sobreexigidos, debilitados y agotados y posiblemente cuenten con mayores recursos emocionales. Sin embargo, los resultados sugieren que este grupo de personas cuenta con menos apego hacia sus pacientes lo cual pudiera derivar en una pérdida de idealismo. Así mismo, pudieran presentar en mayor medida sentimientos de incompetencia, carencia de logros y

productividad en su trabajo. Esto indica que a diferencia de las personas que trabajan más días a la semana, este grupo se sienten menos agotadas física y emocionalmente, pero se vinculan menos con sus pacientes y se sienten menos competentes.

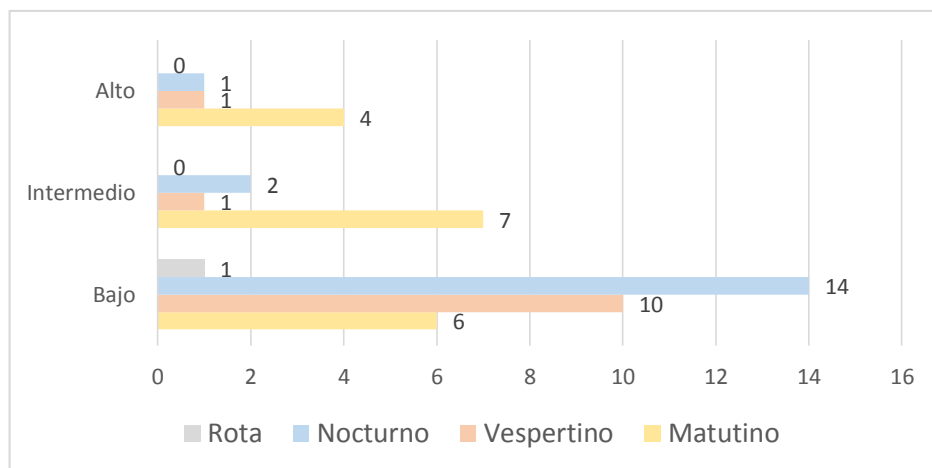
Para el caso el caso de las personas que trabajan 5 días a la semana sucede lo opuesto pues presentan mayor cansancio físico y emocional (Agotamiento Emocional) pero presentan menos actitudes negativas (Despersonalización) y se sienten más eficaces (Realización Personal).

Estas conclusiones son respaldadas por los porcentajes derivados de las frecuencias presentadas en la Tabla 5. En el nivel bajo de Agotamiento Emocional puntuaron el 82.35% de las personas que trabajan 3 días y el 61.53% de las que trabajan 5, mientras que en el nivel alto de Despersonalización se ubicaron el 17.64% del grupo que labora 3 días y el 15.38% de los que labora 5 días. En el caso de la subescala de Realización personal, las personas que trabajan menos días puntuaron en mayor medida en el nivel bajo (29.41%) en comparación con el grupo que trabaja 5 días (23.97%).

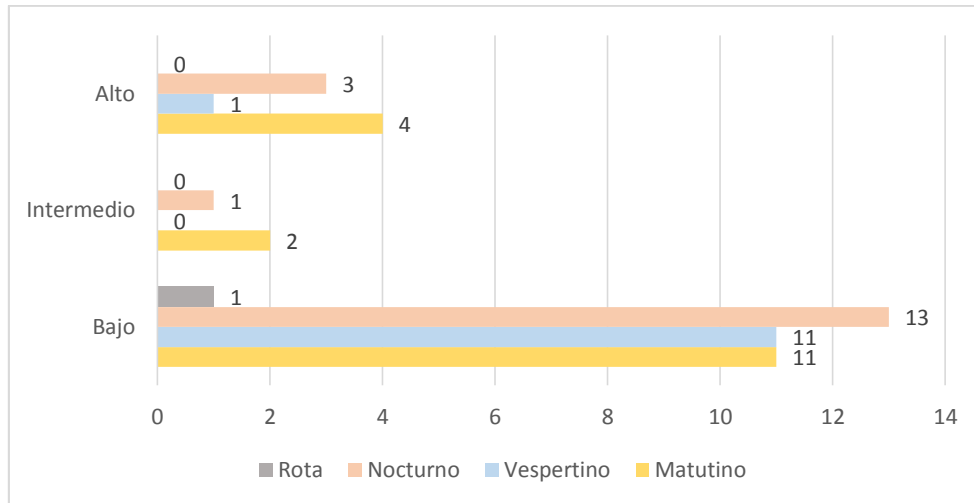
**Tabla 5. Subescalas de Síndrome Burnout en relación al número de días por semana.**

	3 Días	5 días	6 días	7 días
<b>Nivel</b>	<b>Agotamiento Emocional</b>			
Bajo	14	16	1	0
Intermedio	2	8	0	0
Alto	1	2	1	2
	<b>Despersonalización</b>			
Bajo	13	21	1	1
Intermedio	1	1	0	1
Alto	3	4	1	0
	<b>Realización Personal</b>			
Bajo	5	6	1	0
Intermedio	2	6	0	1
Alto	10	14	1	1
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

En el caso de las personas que trabajan 6 y 7 días a la semana presentaron altos niveles de Agotamiento Emocional. Pues 1 de las 2 personas que trabajan 6 días obtuvo puntuación alta, en el caso de las personas que trabajan 7 días a la semana, ambas puntuaron en el nivel alto. En cuanto a la Despersonalización sólo 1 persona que trabaja 6 días presenta nivel alto de Despersonalización. En la Subescala de Realización Personal se presenta la misma situación, una persona que trabaja 6 días puntuó en el nivel bajo. Lo cual indica que este grupo de participantes se siente cansado emocionalmente, pero se encuentra suficientemente vinculado con sus actividades y pacientes, de igual forma se siente suficientemente competentes en su labor.



**Figura 13. Nivel de Agotamiento Emocional en relación con el turno.**



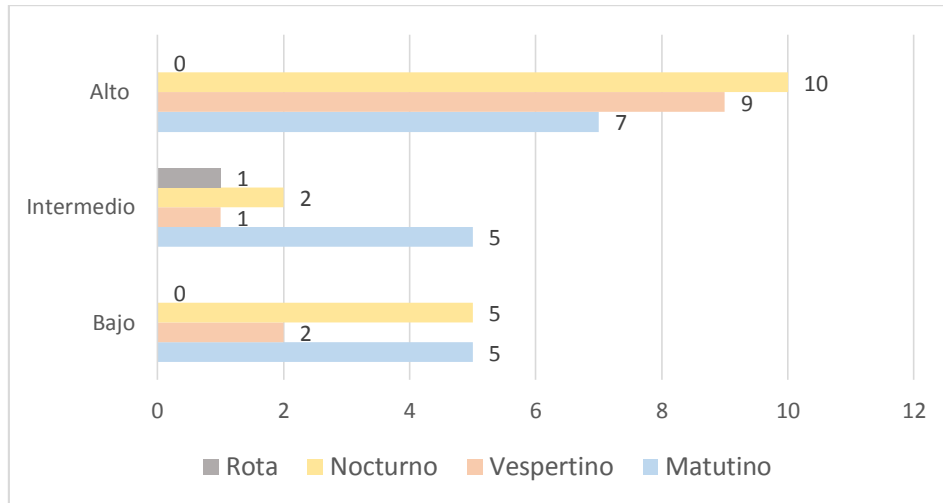
**Figura 14. Nivel de Despersonalización en relación con el turno.**

En cuanto al turno en el que se desempeñan los profesionistas, los resultados expuestos en la Figura 13 sugieren que el grupo menos afectado por el Agotamiento Emocional es el que trabaja en el turno vespertino, pues el 83.33% de estas personas puntuó en el nivel bajo, mientras que únicamente el 35.29% de los que trabaja en el turno matutino se ubicaron en este nivel. Estos resultados pueden indicar que trabajar en el turno matutino promueve en mayor medida que los profesionistas se sientan más cansados física y emocionalmente.

Por otra parte, en la Figura 14 se muestran los resultados referentes a la subescala de Despersonalización, donde nuevamente se ve que el grupo menos afectado pertenece al que trabaja en el turno vespertino, debido a que el 91.66% de las personas que trabaja en este horario se ubicó en el nivel bajo, a comparación del 64.7% de los que trabaja en el turno matutino o el 76.4 de los que trabajan en el turno nocturno. Por lo tanto, las personas que prestan sus servicios en la tarde presentan más apego con sus pacientes y menos actitudes negativas o de frialdad ante sus compañeros y pacientes.

Para el caso de la subescala de Realización Personal (Figura 15), el grupo que se siente menos realizado es el perteneciente al turno matutino, debido a que únicamente el 41.17% se ubicó en el nivel alto. Así mismo, el grupo que pudiera

sentir que logra más metas es el correspondiente a las personas que trabajan en el turno vespertino pues el 75% de este grupo se ubicó en el nivel alto.



**Figura 15. Nivel de Realización Personal en relación con el turno.**

#### **4.3.5 Niveles de Burnout en relación con la cantidad de horas de trabajo por jornada laboral y el número de empleos.**

Otra de las características laborales tomadas en cuenta en el presente estudio corresponde a la cantidad de horas que trabajan los participantes por jornada laboral. Es importante mencionar que las personas que trabajan 12 horas, sólo acuden al hospital tres veces a la semana a diferencia de aquellos que trabajan entre 6 y 8.30 horas al día, que acuden 5 veces a la semana.

En la Tabla 6 se exponen las frecuencias obtenidas tomando en cuenta esta variable y en relación con las tres Subescalas del Síndrome Burnout.

**Tabla 6. Subescalas de Síndrome Burnout en relación al número de horas de trabajo por jornada.**

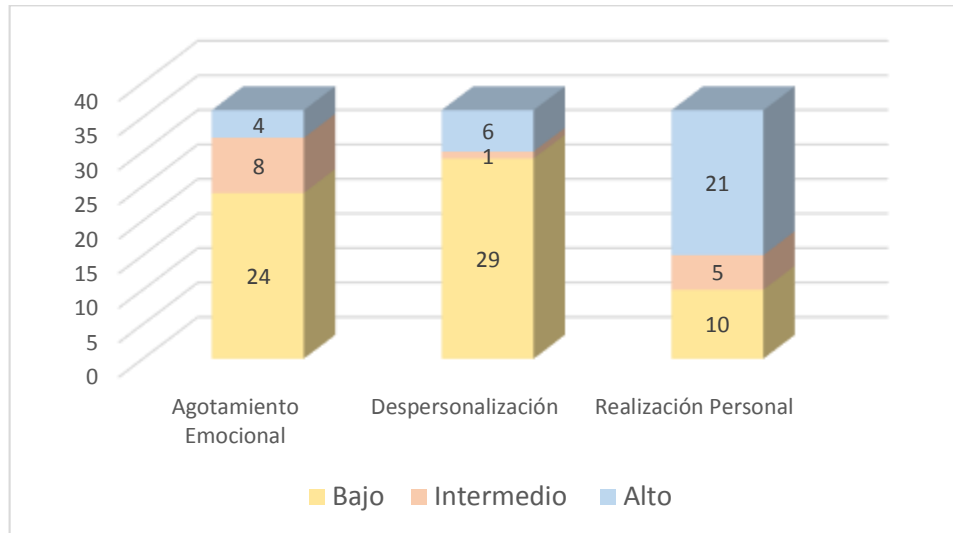
Horas	6.00	7.00	7.30	8.00	8.30	12.00
<b>Nivel</b>	<b>Agotamiento Emocional</b>					
Bajo	1	0	14	1	1	14
Intermedio	0	1	7	0	0	2
Alto	0	0	3	2	0	1
	<b>Despersonalización</b>					
Bajo	1	1	18	2	1	13
Intermedio	0	0	2	0	0	1
Alto	0	0	4	1	1	3
	<b>Realización Personal</b>					
Bajo	0	1	4	1	1	5
Intermedio	0	0	5	2	0	2
Alto	1	0	15	0	0	10
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>17</b>

Como se aprecia en la Tabla 6 la mayoría de las personas trabaja 7.30 horas y 12 horas durante una jornada laboral. Comparando a estos grupos resulta que las personas que trabajan 7.30 horas presentan un mayor sentimiento de sobreexigencia (Agotamiento Emocional) debido a que el 12.5% del personal de este grupo puntuó en el nivel alto, a diferencia del 5.88% de los que trabajan 12 horas. Con respecto a la dimensión de Realización Personal, los porcentajes no revelan diferencias significativas entre ambos grupos; en el nivel bajo puntuó el 75% de los que trabajan 7.30 horas y el 76.47% de los que trabajan 12 horas, en el nivel alto se ubicaron el 16.66% de las persona del primer grupo y el 17.64% del segundo.

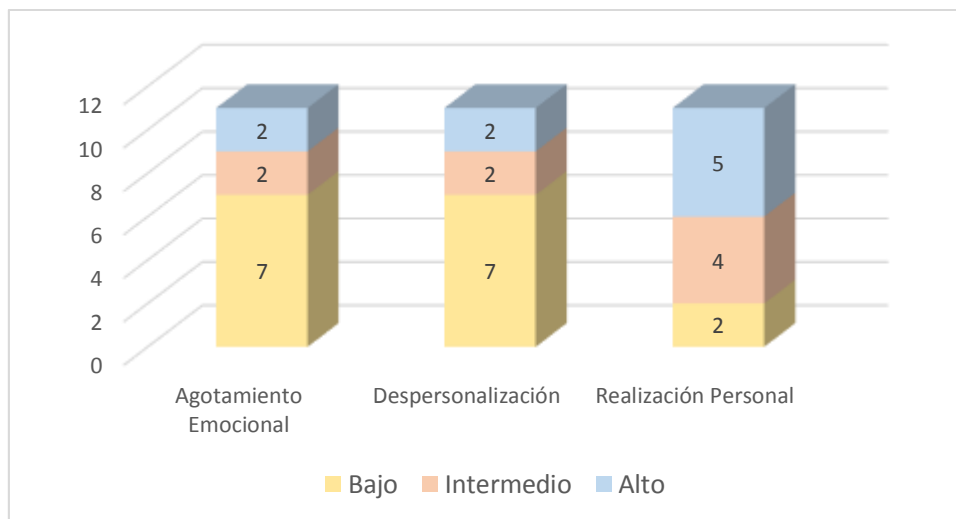
Estos indicadores sugieren que la mayoría de las personas que integran estos grupos no presentan actitudes negativas. En cuanto a la dimensión de Realización Personal, se encontró que el grupo de personas que trabaja 7.30 horas al día se sienten en mayor medida realizados y capaces de conseguir logros en su empleo, esta afirmación se sustenta en el hecho que el 62.5% de la población perteneciente a este grupo se ubicó en el nivel alto a diferencia de un 58.82% del grupo que trabaja 12 horas.

Por último, en la Figura 16 se presenta las frecuencias obtenidas en los niveles de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal correspondientes a las personas que únicamente trabajan en el Hospital del Niño

Poblano y en la Figura 17 se muestran los datos correspondientes a las personas que cuenta con un trabajo adicional al que desempeña en el hospital.



**Figura 16. Niveles de Burnout en participantes con un solo trabajo.**



**Figura 17. Niveles de Burnout en participantes con dos trabajos.**

Los porcentajes que se derivan de los datos presentados en las Figuras 16 y 17 permiten sugerir que el grupo de personas que cuentan con dos empleos se

encuentran expuestas a presentar en mayor frecuencia niveles altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos niveles en Realización Personal. En la primera dimensión del Síndrome puntuaron en nivel alto el 18.18% de las personas que tiene dos empleos y el 11.11% de las personas únicamente trabaja en el hospital. En el nivel alto de la segunda dimensión se ubicó el 18.18% del grupo correspondiente a las personas con dos trabajos y el 16.66% de las personas con un solo trabajo. Con respecto a la dimensión de Realización Personal obtuvieron nivel alto el 58.33% de las personas que no cuentan con un empleo adicional y el 45.45% de las personas que si cuentan con otro empleo.

De esta manera, el grupo de personas que únicamente trabaja en el Hospital para el Niño Poblano se sienten menos estresados física y psicológicamente, presentan menos irritabilidad y actitudes negativas y en consecuencia se encuentran más motivados y apegados a sus pacientes.

En resumen, en el área de Onco-Hematología del Hospital para el Niño Poblano la existencia del Síndrome Burnout es prácticamente nula. Así mismo, los resultados expuestos en este apartado demuestran que la mayoría de los participantes no experimenta una reducción de sus recursos emocionales ni manifiestan actitudes negativas y por el contrario cuentan con suficientes sentimientos de competencia, logro y satisfacción. Esto quiere decir que sus niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización son, en su mayoría bajos, y altos en Realización Personal.

Por otra parte, se encontró que existen ciertas variables sociodemográficas y laborales que aparentemente elevan o disminuyen los niveles de las Subescalas que conforman el Síndrome Burnout.

Dentro de las variables que pudieran aumentar la posibilidad de presentar el Síndrome Burnout se encuentra el hecho de ser soltero, pues se encontró que las personas con esta característica presentaron niveles más altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización. De la misma manera, los resultados arrojaron que las personas sin hijos tienen a estar más expuestas a presentar niveles altos en Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos en Realización Personal.

Otras variables que pudieran exponer más al personal de Onco-Hematología a presentar el síndrome es el hecho de trabajar únicamente tres días a la semana, trabajar en el turno matutino y contar con dos empleos.

Por lo tanto, las variables que pudieran contribuir a mantener niveles bajos en cada una de las Subescalas del síndrome son: estar casado, tener hijos, trabajar 5 días a la semana, asistir en el turno vespertino y contar con un solo empleo.

Una de las variables que se tomaron en cuenta para el presente estudio, pero no se mencionó en este apartado es la correspondiente a la rotación de los empleados. Como se describió en el Capítulo III, la muestra de este trabajo está conformada por empleados que únicamente prestan sus servicios en el área de Onco-Hematología y por personas que además de trabajar en esta área rotan en otros servicios del hospital. Esta variable es muy importante debido a que en diversos hospitales la atención que ofrecen en el área de oncología está conformada por personas que rotan constantemente, por lo cual no están completamente inmersos en el contexto en el que se fundamenta esta investigación. Sin embargo, en el Hospital para el Niño Poblano, existe un equipo multidisciplinario que se dedica de manera exclusiva a atender a los pacientes del área de Onco-Hematología. Por lo tanto, el siguiente apartado de este capítulo está dedicado a mostrar los hallazgos derivados de estos dos grupos.

#### **4.4 Comparación del Síndrome Burnout en el personal de Onco-Hematología que rota y no rota.**

En el presente apartado se exponen y comparan los hallazgos obtenidos en el grupo de profesionistas que únicamente trabaja en el área de Onco-Hematología y del grupo de profesionistas que rota en otros servicios del hospital.

#### 4.4.1 Presencia del Síndrome Burnout en el personal que no rota.

Para el caso de las personas que no rotan en otras áreas del hospital, se determina que no existe la presencia del Síndrome Burnout.

Es importante recordar que el Síndrome Burnout debe valorarse a partir de las tres Subescalas que lo conforman. De esta manera la Tabla 7 permite visualizar los niveles de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal que obtuvieron este grupo de la muestra.

**Tabla 7. Niveles de Burnout por Subescala de la población que no rota.**

	<b>Agotamiento emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización Personal</b>
<b>Nivel</b>			
Bajo	22	27	6
Intermedio	6	3	7
Alto	4	2	19
N=32			

Presentar niveles altos de Agotamiento Emocional sugiere la falta de energía para poder hacer frente a las actividades que se realizan en el trabajo, indica escases de recursos emocionales y de recursos para reponerse. Las personas que se ubican en este nivel, sienten que ya no son capaces de dar más de sí mismos, intentan evitar conocer a otras personas e involucrarse emocionalmente. Además, pudieran presentar ansiedad, tensión, fatiga física e insomnio. En este grupo, únicamente el 12.5% obtuvo nivel alto, lo cual sugiere que podrían estar experimentando las características descritas. No obstante, los resultados arrojan que el 68.8% de los participantes tiene nivel bajo de Agotamiento Emocional.

Mediante el análisis que se realizó de los ítems que conforman esta subescala, se observa que únicamente el 3.1% (n=1) de la población mencionó que nunca se siente agotada/o al finalizar la jornada laboral, el resto de la muestra aseguran sentirse agotados por lo menos una vez al año, aunque la mayoría menciona que este agotamiento se presenta algunas veces al mes. No obstante, los resultados arrojaron que el 50% (n=16) de los profesionistas nunca piensa que

trabajar en contacto directo con los pacientes les genere tensión y hasta un 68.8% (n=22) aseguró que nunca se siente frustrado por su trabajo. Estos resultados sugirieron que la muestra pudiera experimentar cansancio físico, pero no cansancio emocional y tampoco un distanciamiento emocional con sus pacientes ni hacia sí mismos.

Para el caso de la subescala de Despersonalización se observa en la Tabla 7, que una gran parte de la población n=27 (84.4%) se ubicó en el nivel bajo. Es así como esta dimensión se convierte en la que contribuye en mayor medida a que los profesionistas no presenten el Síndrome Burnout. No obstante se presentaron 2 casos (6.35%) en el nivel alto. Obtener puntuaciones elevadas en esta dimensión indica que los profesionistas pudieran estar desarrollando una opinión negativa acerca de otras personas con las que interactúa en su trabajo (colegas-pacientes), además podrían estar desinteresados por el bienestar de los pacientes y en determinado momento sentir desagrado hacia ellos, generando que los traten como “objetos” o “números” en lugar de tratarlos como personas.

Estos hallazgos permiten concluir que la mayoría de las personas pertenecientes a este grupo no presentan las características descritas referentes a la Despersonalización, lo cual es un buen indicador de que los trabajadores se interesan por la salud de los pacientes, generan apego hacia ellos, no son insensibles y se encuentra implicados de manera efectiva en sus actividades. Por lo cual la eficacia de su trabajo no se ve reducida o afectada.

En cuanto a los ítems que permiten valorar esta dimensión, se encontró que al 90.6% de las personas realmente les importa lo que ocurre con sus pacientes y a su vez, la mayoría (84.4%) no cree tratar a sus pacientes como si fueran objetos.

En la dimensión de Realización Personal el 59.4% de la población se ubicó en el nivel alto, 21.9% en el nivel intermedio y el 18.8% en el nivel bajo. En esta dimensión, obtener nivel bajo sugiere que los participantes experimentan un sentido de insuficiencia en relación con sus habilidades, es decir, sienten que han fracasado en su labor, lo cual pudiera generar depresión y un decremento en su autoestima. Concluyendo que la mayoría de las personas siente que puede satisfacer

adecuadamente todas las demandas de su trabajo puesto que éstas no exceden sus habilidades y capacidades.

Los ítems que generaron en mayor medida que las personas alcancen niveles altos en esta subescala, hacen referencia a el sentimiento de influir de manera positiva en la vida de otros mediante su trabajo, pensando a su vez que han realizado muchas cosas que valen la pena. Así mismo, la mayoría consideró sentirse animado después de trabajar en contacto con sus pacientes.

#### 4.4.2 Presencia del Síndrome Burnout en el personal que rota.

En el presente apartado se presentan los resultados correspondientes al grupo de profesionistas que además de trabajar en el área de Onco-Hematología rota en otros servicios del hospital. Las frecuencias obtenidas por esta muestra se exponen en la Tabla 8.

**Tabla 8. Niveles de Burnout por Subescala de la población que rota.**

	<b>Agotamiento emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización Personal</b>
<b>Nivel</b>			
Bajo	9	9	6
Intermedio	4	0	2
Alto	2	6	7
N=15			

Los resultados arrojan que la presencia del Síndrome Burnout es prácticamente inexistente, debido a que sólo 1 de las 15 personas presentó el síndrome. Los criterios necesarios para diagnosticar el Síndrome especifican que la persona debe presentar nivel alto en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajo en Realización Personal.

En la dimensión de Agotamiento Emocional, los resultados muestran que el 60% de este grupo no se siente exhausto emocionalmente ante las demandas de

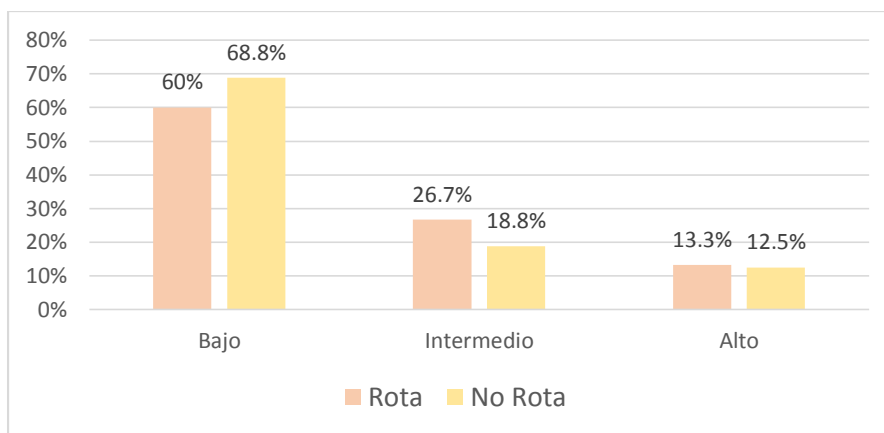
su trabajo (nivel bajo), mientras que un 13.3% podría sentirse sobreexigido y vacío de recursos físicos y emocionales (nivel alto). Los ítems que pudieran contribuir a que los participantes presenten mayor nivel de Agotamiento Emocional hacen referencia al cansancio físico, pues un 40% asegura sentirse varias veces a la semana agotado al final de la jornada y un 33% se siente agotado por lo menos algunas veces al mes incluso antes de iniciar el día laboral.

Así mismo, el 40% de las personas podría estar presentando actitudes de frialdad y distanciamiento con sus pacientes y colaboradores, esta característica corresponde al nivel alto de la dimensión de Despersonalización. No obstante, el 60% obtuvo nivel bajo, lo que significa que no presenta respuestas negativas, insensibles o apáticas en su trabajo. Los ítems que conforman esta subescala y que contribuyen en mayor medida a que los participantes no presenten niveles altos, hacen referencia a que los trabajadores nunca tratan como objetos a los pacientes (80%) y que realmente se preocupan por lo que les sucede (73.3%).

Obtener nivel bajo de Realización Personal indica sentimientos de incompetencia, carencia de logros y una reducción en su productividad, estos sentimientos pueden generar en los afectados la idea de haber cometido un error al elegir su profesión y por lo general, no les agrada el tipo de personas en que creen se han convertido, en este nivel puntuaron el 40% de las personas que rota en otras áreas. Un porcentaje no tan distinto (46.7%) obtuvo nivel bajo, esto indica que sienten que mediante su trabajo se sienten realizados pues son capaces obtener logros y ser productivos. Los ítems que contribuyen en mayor medida a que los participantes eleven sus niveles de Realización Personal hacen referencia al sentimiento de influir positivamente en la vida de las personas, entender con facilidad los problemas de los pacientes y sentirse animados después de trabajar en contacto con los niños.

#### 4.4.3 Diferencias entre el grupo que rota y el que no.

La Figura 18 permite visualizar la comparación de los porcentajes obtenidos en cada uno de los niveles pertenecientes a la dimensión de Agotamiento Emocional, con respecto a ambos grupos.

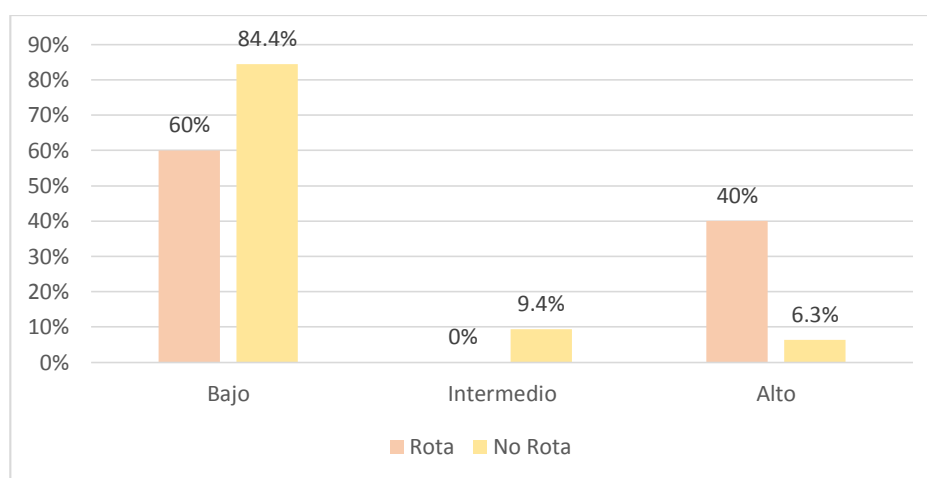


**Figura 18. Comparación de los niveles de Agotamiento Emocional**

En la dimensión de Agotamiento Emocional los porcentajes demuestran que las personas que trabajan exclusivamente en el área de Onco-Hematología presentan en mayor medida nivel bajo, y en menor medida nivel intermedio y alto. Esto indica que este grupo de personas se siente menos sobreexigido y siente que cuenta con más recursos emocionales y físicos en comparación de las personas que rotan en otros servicios del hospital quienes pudieran sentirse más estresados física y psicológicamente, además de pensar que tienen un exceso de trabajo con el que no pueden lidiar.

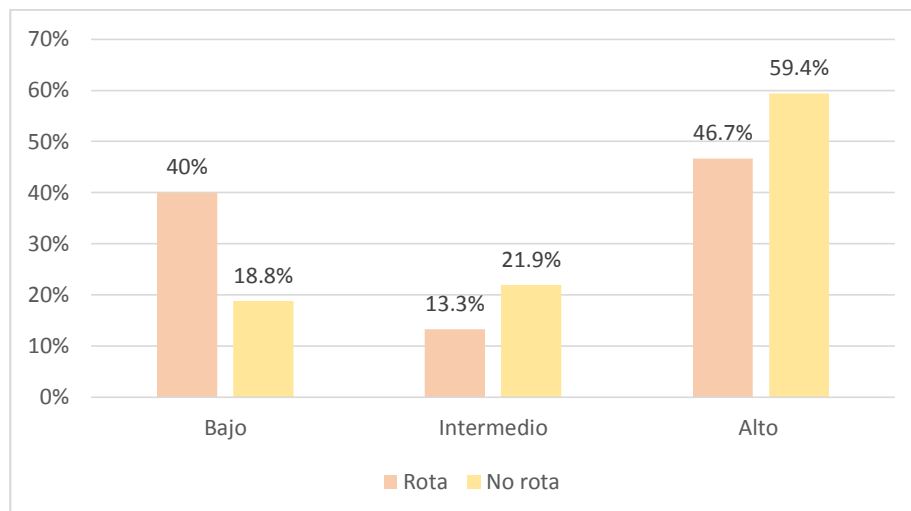
Para el caso de la dimensión de Despersonalización, la figura 19 presenta los resultados que permiten comparar los niveles de ambos grupos. De esta manera se observa que las personas que prestan sus servicios en otras áreas tienden a puntuar con mayor frecuencia en el nivel alto de esta dimensión, en comparación con el grupo de personas que no rota. Es decir, rotar en otras áreas pudiera provocar en mayor medida que las personas presenten actitudes de frialdad y

distanciamiento, así mismo estas personas pudieran comenzar a apartarse y reducir la cantidad de trabajo y en algunos casos esto puede generar la pérdida de idealismo y con el paso del tiempo los afectados pueden pasar de hacer su mayor esfuerzo a hacer sólo el mínimo, disminuyendo su empeño de manera significativa. Por lo tanto, trabajar únicamente en el área de Onco-Hematología contribuye a mantener estos sentimientos y actitudes alejadas de los trabajadores, teniendo el efecto contrario.



**Figura 19. Comparación de los niveles de Despersonalización.**

Por otra parte, los porcentajes obtenidos por cada uno de los grupos revelan que en la dimensión de Realización Personal, las personas que se sienten en mayor medida más eficaces y con mayores logros son las que únicamente trabajan en el área de Onco-Hematología, pues el nivel alto de esta dimensión fue alcanzado por el 59.4% de estas personas y sólo el 46.7% de las personas que rotan en otra área. Este patrón se encontró en el nivel bajo, donde únicamente el 18.8% de las personas que no rota se ubicó en este nivel, a diferencia del 40% de las personas que si rotan. Esto quiere decir, que las personas que prestan sus servicios en otras áreas obtienen en mayor medida una disminución en sus sentimientos de competencia y logro en el trabajo. La Figura 20, muestra los porcentajes obtenidos por cada uno de los grupos.



**Figura 20. Comparación del nivel de Realización Personal.**

Con base en los porcentajes presentados, se puede concluir que el grupo de personas que rota en otras áreas del hospital se ve afectado en mayor frecuencia en las Subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y menos favorecido en la subescala de Realización Personal. Es decir, este grupo de personas presenta en mayor medida cansancio físico y psicológico, actitudes negativas hacia sus pacientes y compañeros de trabajo, y menos sentido de autoeficacia que las personas que únicamente trabajan en el área de Onco-Hematología.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

El Burnout, es un síndrome psicológico caracterizado por la presencia de Agotamiento Emocional, Despersonalización y reducida Realización Personal, el cual implica una respuesta prologada a estresores interpersonales crónicos en el lugar de trabajo (Maslach, 1993). A partir de su descubrimiento en los años 70, el Síndrome ha sido ampliamente investigado, lo cual ha dado origen a una ilimitada cantidad de trabajos y en consecuencia, a una gran diversidad de conclusiones que varían de acuerdo a los autores, países, instrumentos utilizados para su medición, entre otras variables (Schaufel et al., 2009).

Antes de iniciar con la explicación de los resultados obtenidos en la presente investigación en función a la literatura existente, es importante destacar las variables que posiblemente pudieron influir en los resultados, con el objetivo de puntualizar que éstos deben ser tomados como guías y no ser considerados como definitivos, así mismo facilitará la comprensión de la interpretación y discusión de los resultados y finalmente ayudará a justificar algunas de las sugerencias que se realizan en el siguiente capítulo.

En primer lugar, se mencionan las condiciones en las que se llevó a cabo la aplicación de instrumentos, debido a que varios participantes expresaron de manera oral que en el momento de la aplicación se encontraban enfrentando un momento de mayor estrés y desajuste debido a la reubicación temporal de la Unidad de Onco-Hematología, de esta manera los resultados se pudieron ver condicionados por esta situación, generando incluso un aumento o disminución en las puntuaciones obtenidas en las tres Subescalas del Síndrome.

Otra variable a considerar es el uso del Inventario de Burnout de Maslach como instrumento de medición del Síndrome. A pesar de que a lo largo de este trabajo se ha justificado su uso debido a su amplio reconocimiento a nivel

internacional y sus altos niveles de confianza que ha obtenido en diferentes poblaciones es imposible no realizar observaciones sobre este instrumento que surgen a partir de su uso en la presente investigación. La primera observación es referente al tipo de información que arroja el inventario. Debido a que el instrumento mide por separado las tres Subescalas del Síndrome (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal) en diversas ocasiones complica la comparación de prevalencias del Síndrome, puesto que la mayoría de las ocasiones las puntuaciones se reportan por subescala y no por un puntaje global. En palabras de Olivares y Gil-Monte (2009) esta situación aleja la concepción original del Síndrome, puesto que el análisis se realiza para cada una de las dimensiones generando diferentes antecedentes y consecuentes para cada dimensión. La segunda observación es referente a la traducción del instrumento al idioma español, específicamente en el ítem 8 perteneciente a la dimensión de Agotamiento Emocional el cual dice textualmente: “Me siento quemado por el trabajo” este concepto pudiera condicionar los resultados en esta dimensión, ya que algunos participantes expresaron al finalizar de contestar los instrumentos que el concepto “estar quemado” no les quedaba claro, por lo tanto el hecho de que el concepto no transmita para los participantes la esencia del Síndrome pudiera ocasionar que las puntuaciones se vean afectadas.

Así mismo, las respuestas de los participantes pudieron verse modificadas por un factor relacionado con la confidencialidad de los resultados. La primera hoja que se les entregó, consistió en la carta de consentimiento informado, en la cual tenían que escribir su nombre y firma ante lo cual los participantes expresaron no sentirse totalmente cómodos, y mencionaron que sería preferible si su participación fuera totalmente anónima. Sin embargo por requisitos del hospital era necesario contar con este respaldo. Esta situación pudo ocasionar que las respuestas de los participantes hayan sido modificadas por reservas a que los resultados se relacionaran con su nombre. No obstante es importante destacar que en cada oportunidad se reiteraba la confidencialidad de los datos brindados por la persona.

La última situación a tomar en cuenta es el tipo de Análisis Estadístico que se pudo realizar con los datos obtenidos. Debido al número de participantes y a las características de la muestra y de los instrumentos empleados fue imposible realizar pruebas estadísticas que indicaran las posibles correlaciones entre las variables presentes en la investigación, especialmente en las sociodemográficas y laborales. Por tal motivo sólo se utilizan datos descriptivos, de tal manera que al mencionar ciertas diferencias entre variables o grupos, éstas no deben ser tomadas como definitivas pues requieren ser analizadas con pruebas estadísticas que fundamenten la significancia, esto podría ser posible de incrementarse el número de participantes.

Una vez expuestos estos puntos, es momento de analizar los resultados obtenidos en esta investigación.

De acuerdo con diversos autores, los profesionales de la salud son especialmente susceptibles de presentar el Síndrome Burnout debido a las características de su profesión, entre las que se destaca la complejidad de sus actividades, la exposición al sufrimiento, muerte, frustración por no tener éxito en los tratamientos y por las particularidades laborales como su horario, la burocracia, la sobrecarga de trabajo, entre otras. Así mismo se ha destacado que los profesionistas que se desempeñan en emergencias, cuidados intensivos u oncología suelen presentar con mayor frecuencia el Síndrome (Ortega y López, 2004 ; Carayon, 2012 ; Gálvez et al., 2009)

No obstante, los resultados obtenidos en esta investigación sugieren lo contrario, esto al obtener que la presencia del Síndrome Burnout en la muestra total no es estadísticamente significativa, pues sólo el 2.12% (n=1) de la muestra presentó evidencia del Síndrome. De esta manera se podría mencionar que el Burnout no representa un peligro para la salud psicológica del personal de salud del área de Onco-Hematología del Hospital para el Niño Poblano.

Es de suma importancia mencionar que los estudios realizados por los autores citados han sido llevados a cabo en profesionistas que atienden a

poblaciones adultas. Para el caso de aquellos que atienden a poblaciones pediátricas los resultados podrían ser distintos, como en este caso.

A pesar de que los estudios en profesionistas de áreas oncológicas pediátricas son extremadamente limitados y llevados a cabo principalmente en Estados Unidos, y con profesionistas fuera de su ambiente multidisciplinario, éstos podrían ayudar a comprender los resultados de esta investigación.

Empezamos mencionando el estudio realizado por Whippen y Canellos (1991) en el cual participaron 598 profesionistas del área Oncológica y en donde se obtuvieron que los oncólogos peditras fue el grupo de especialistas que menos indicaron sentir el Síndrome Burnout, pues sólo el 44% de ellos se identificó con las características del síndrome, a diferencia del 58% de oncólogos que atiende a otro tipo de poblaciones. De alguna manera estos resultados concuerdan con los obtenidos mediante esta investigación, a pesar de que el porcentaje que obtuvieron los oncólogos peditras no es tan bajo, los autores expresan que esta población podría verse menos afectada por el Síndrome, lo cual concordaría con nuestros resultados al determinar que en este grupo de especialistas la prevalencia del Síndrome no ha sido significativa.

De la misma manera existen otros autores que señalan la tendencia que los profesionistas de oncología pediátrica son menos susceptibles a presentar el síndrome. Shanafelt et al. (2012) mencionan en un artículo de revisión que se han observado que los oncólogos tienen menor puntuación del síndrome en comparación a otros médicos de medicina interna y dentro de los oncólogos, se observa incluso una menor tendencia en aquellos que atienden a poblaciones pediátricas, los cuales también son los que menores puntuaciones de Burnout obtienen con respecto a otras especialidades pediátricas. De esta manera, los resultados de la presente investigación podrían coincidir con las observaciones realizadas por estos autores.

Hasta este momento, los resultados del presente estudio, junto con los obtenidos por los autores mencionados indicarían que el personal de oncología pediátrica presenta menor tendencia a padecer el Síndrome Burnout, pese a contar

con las características laborales que de acuerdo a la literatura aumentan la posibilidad de presentar el síndrome.

Existen muchas variables que contribuirían a que los profesionistas del área Onco-Hematológica pediátrica presenten menos probabilidad a tener el Síndrome Burnout, entre las cuales pudieran encontrarse la motivación por ayudar a sobrevivir a un niño, el ambiente de trabajo, el apego hacia los niños y niñas y las relaciones interpersonales con los familiares y el paciente, entre otras.

Desafortunadamente no se tiene conocimiento de otras investigaciones que hayan estudiado el Síndrome Burnout en el personal de Onco-Hematología pediátrica y que brinden un panorama de su incidencia a manera general. Sin embargo existe un estudio realizado en Grecia (Liakopoulou et al., 2007) que comparte la característica con el presente trabajo de incluir además de médicos y enfermeras, profesionistas que también forman parte de la atención de niñas y niños con cáncer como los psicólogos y trabajadores sociales. Este estudio no brinda información acerca de los porcentajes de la población que presentaron evidencia de padecer el Síndrome Burnout, pero comparte los datos estadísticos-descriptivos de la población que presentó niveles altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos en Realización Personal. De esta manera la Tabla 9 permite comparar los resultados de estos autores con los del presente trabajo atendiendo cada una de las Subescalas, tal como se recomienda que sean analizados los datos.

**Tabla 9. Diferencias entre estudios del Síndrome Burnout en población Pediátrica**

<b>Estudio</b>	<b>N</b>	<b>Nivel Alto AE</b>	<b>Nivel Alto D</b>	<b>Nivel Bajo RP</b>
Liakopoulou et al. (2007)	65	41.4%	8.6%	19%
Investigación actual	47	12.8%	17%	25%

Nota: AE= Agotamiento Emocional ; D = Despersonalización; RP= Realización Personal

Tomando en cuenta los porcentajes obtenidos, los autores determinaron que la dimensión de Agotamiento Emocional fue la subescala que aparentemente pudiera contribuir en mayor medida a que los profesionistas lleguen a presentar en determinado momento el Síndrome, concluyendo que se debe de poner especial atención a esta subescala. Mientras que en el presente estudio la baja Realización Personal sería el factor que pudiera poner en riesgo al personal.

Como se puede observar en la Tabla 9, en esta investigación se obtuvieron menos frecuencias con respecto a los participantes que puntuaron en el nivel alto de Agotamiento Emocional, lo cual indica que esta muestra cuenta en mayor medida con los recursos emocionales necesarios para enfrentarse a sus actividades laborales y no verse afectados emocionalmente ante los retos a los que se exponen de manera cotidiana. En cuanto a la subescala de Despersonalización, aparentemente se observa que nuestra muestra es más susceptible a presentar desapego con sus pacientes y mostrar actitudes negativas hacia ellos y hacia sus colaboradores, sin embargo, si se toma en cuenta que la mayoría de los participantes puntuaron en el nivel bajo de esta subescala, podríamos afirmar que esta fue la dimensión que ayuda en mayor medida a que los participantes no presenten el Síndrome Burnout, lamentablemente no contamos con los datos del otro estudio referente al nivel Bajo e Intermedio de esta subescala para poder realizar una comparación más objetiva sobre este punto. Lo mismo sucede para la subescala de Realización Personal, donde la muestra del estudio de Liakopoulou et al. (2007) probablemente se sienta más realizado.

Destacando los puntos en común, en ninguno de los dos estudios las Subescalas alcanzaron más del 50% en los niveles altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos en Realización personal, lo cual sugiere que la mayoría de los participantes no está en peligro de presentar el Síndrome, indicando a su vez, que los profesionistas que se desempeñan en el área Onco-Hematológica Pediátrica son en menor medida susceptibles de padecer el Síndrome. Siguiendo esta observación, a pesar que en las Subescalas los porcentajes difieren, el estudio

recientemente citado estaría también apoyando los resultados de esta investigación.

No obstante en este estudio se menciona que no se encontraron diferencias significativamente estadísticas entre otras especialidades pediátricas, dando un indicio de que las especialidades pediátricas en general muestran menores índices de Burnout.

Otros hallazgos que deben ser comentados, son los referentes a las características sociodemográficas y laborales de la muestra en relación con los niveles obtenidos en cada una de las dimensiones del síndrome.

La literatura ha señalado que existen correlaciones entre el Síndrome Burnout y características sociodemográficas, laborales, de personalidad, entre otras. Dentro de las sociodemográficas han identificado que la edad, la experiencia laboral, el sexo y el nivel educativo tienen relación con el índice de Burnout. En cuanto a las características laborales se destacan las horas de trabajo por semana, ambigüedad en el rol, falta de autonomía, monotonía, pocas oportunidades de utilizar las habilidades, las condiciones laborales como la burocracia o el contacto con los pacientes. Referente a las actitudes relacionadas al trabajo se mencionan la satisfacción laboral, el nivel apego con los clientes, el compromiso con la empresa, etcétera (Schaufeli y Buunk, 1996).

En este punto es relevante comentar que el estudio del Síndrome Burnout con respecto a las variables sociodemográficas y laborales siempre ha resultado complejo, debido a que algunos estudios demuestran que existe relación con ciertas variables, otros estudios obtienen conclusiones contrarias (Ortega y López, 2004).

En la presente investigación las características estudiadas se concentraron especialmente en las sociodemográficas y laborales, obteniendo hallazgos interesantes. Brindando un panorama general, se podría considerar que estar soltero, no tener hijos, trabajar menos días a la semana, trabajar durante el turno matutino y contar con más de un empleo incrementaría la posibilidad de presentar

el Síndrome Burnout, o por lo menos obtener puntuaciones altas en alguna de las dimensiones del Síndrome. Por el contrario, factores como estar casado, tener hijos, trabajar 5 días a la semana, asistir en el turno vespertino y contar con un solo empleo, pudieran contribuir a que el síndrome no sea experimentado por los trabajadores.

Investigaciones internacionales han reportado que el Síndrome afecta más a las mujeres, a los jóvenes, a los profesionistas con más nivel educativo y a las personas solteras, sin importar las características del estudio, es decir estas correlaciones son generales en cuanto a la población pues no distingue entre profesiones, países u otras variables (Schaufeli y Buunk, 1996). Los resultados de este estudio coinciden en que tener mayor nivel educativo y ser soltero incrementa el riesgo de padecer el Síndrome.

A pesar de que en el presente estudio también se incluyeron otras variables (como sexo o profesión) se optó por no realizar una conclusión acerca de qué grupos podrían tener mayor probabilidad de presentar el Síndrome, debido a que las proporciones entre grupos eran considerablemente distintas. Por ejemplo, en el caso de la variable sexo, la muestra solo contó con 5 hombres y 42 mujeres, por lo cual realizar una sugerencia con respecto al riesgo de padecer el síndrome sería menos objetivo.

Ahora analizaremos cuáles son las características sociodemográficas que se relacionan con el Síndrome Burnout en el personal sanitario en la población Latina. En un estudio realizado por Grau, Flitchentrei, Suñer, Prats y Braga (2007), se encontró que las mujeres y las personas solteras son más susceptibles a presentar el Síndrome, mientras que ser adulto y tener hijos decreta esta posibilidad. Con esta investigación, nuestros resultados coinciden en las variables del estado civil y la paternidad. De esta manera se señala que las personas con hijos y casadas cuentan con más recursos emocionales que los ayuda a enfrentarse a los retos presentes a su trabajo, a tener más apego a sus pacientes, menos actitudes negativas hacia ellos y también a sentirse más realizados en su trabajo. De acuerdo con diversos autores (Maslach y Jackson, 1985; Jackson, Schwab y Schuler, 1986 citados en Atance, 1997) el hecho de que el Síndrome afecte en menor medida a

las personas con hijos se debe a que esta condición ocasiona que los profesionistas se sientan respaldados por su familia, cuenten con mayor estabilidad y sean más realistas, lo cual les permitiría aumentar sus posibilidades de hacer frente a los conflictos emocionales.

Atendiendo a la población de profesionistas sanitarios oncológicos, un estudio realizado en México por Rojas et al. (2012) encontraron que los jóvenes presentaban en mayor medida Agotamiento Emocional al igual que las personas con menor antigüedad y experiencia profesional. Así mismo encontraron que las personas que trabajan en el turno matutino presentan mayor realización personal. Los resultados obtenidos en la presente investigación no coinciden con los presentados por los autores, debido a que se obtuvo que el grupo que se siente más competente, cuentan con sentimientos de autoeficacia, sintiéndose a su vez con suficientes logros y productividad son los trabajadores que se desempeñan en el turno vespertino y no en el matutino.

Una vez presentados los datos de las características sociodemográficas y laborales reportados de manera general, en los profesionistas sanitarios y en los profesionistas que se desempeñan en el área de oncología, analizamos las variables que se han encontrado en nuestra población de interés: profesionistas que se desempeñan en el área de Onco-Hematología pediátrica.

Resulta difícil comparar los resultados con otras investigaciones debido a las diferencias metodológicas y poblacionales pero sobre todo por el carácter exploratorio de esta investigación. Por lo cual, retomamos los resultados obtenidos en el estudio realizado por Liakopoulou et al. (2007) que es la única investigación de la que tengamos conocimiento en la que se hayan realizado correlaciones con ciertas características socio-demográficas en los profesionistas onco-hematológicos pediátricos. De acuerdo con sus conclusiones, la única diferencia estadísticamente significativa que encontraron fue la asociación entre la dimensión de Despersonalización y la paternidad, determinado que las personas que no tienen hijos obtuvieron puntuaciones más altas en esta subescala. Los autores indican que el personal que no tiene hijos tiene mayor probabilidad a presentar ciertos aspectos

del Burnout, especialmente el desapego a los pacientes y actitudes negativas hacia sus compañeros de trabajo ( $T$  de student= 2.243). En el presente trabajo, se carece de la realización de las pruebas  $T$  de student que confirmen o rechacen la hipótesis de que existe relación entre las variables, sin embargo los estadísticos descriptivos podrían concordar con estos resultados. Tomando en cuenta los porcentajes obtenidos en esta investigación, se encontró que las personas que tienen hijos mostraron menor tendencia a presentar cansancio físico y emocional, a mostrar respuestas negativas e insensibles hacia sus pacientes y colaboradores. Por lo tanto en ambos estudios se aprecia que el hecho de tener hijos es un factor protector contra el Síndrome Burnout.

Una variable importante en este estudio considera si los participantes se desempeñan únicamente en el área de onco-hematología o si rotan en otras áreas del hospital. Los resultados del presente trabajo, indican que las personas que no rotan, estarían afectados en menor medida por el Síndrome Burnout, o en determinado caso, los niveles que presentan en cada una de las Subescalas son de manera general, más favorables que los del personal que además de trabajar en oncología presta sus servicios en otras áreas del Hospital.

Al parecer, las personas que trabajan únicamente en Onco-Hematología, se sienten menos agotados físicamente y cuentan con más recursos emocionales que los ayudan a sentirse menos sobreexigidos y mantenerse menos estresados. Así mismo, el hecho de permanecer de manera cotidiana en el área les permite mantenerse más apegados a sus pacientes y posiblemente a entablar relaciones más estrechas con ellos y con los familiares de los niños y niñas, de tal manera que las actitudes de frialdad y distanciamiento son menos frecuentes en este grupo que en los que no tienen la oportunidad de familiarizarse con el paciente, por lo tanto los niveles de Despersonalización son superiores en las personas que rotan. De la misma manera, los resultados apuntan que el personal que rota no siente tanta satisfacción como los que únicamente se encuentran en el área de onco-hematología, es decir que este último grupo, tiene mayor tendencia a presentar mayor nivel de Realización Personal.

Hallazgos similares fueron obtenidas por Rodríguez, Oviedo, Vargas, Hernández y Pérez (2009) quienes comentan que esta situación, podría ser originada debido a que las personas que rotan se ven expuestas a otras actividades también altamente demandantes y con mucha tensión, además de atender a pacientes con diversas patologías, gravedad y personalidad. Además, el hecho de pasar poco tiempo con los pacientes y la poca calidad en las relaciones interpersonales que se establecen entre el paciente y profesionalista derivados por esta situación, también contribuyen a que el personal que rota esté más propenso a presentar el Síndrome que aquellos que únicamente se desempeñan en una sola especialidad.

Desafortunadamente no existe suficiente literatura sobre el Síndrome Burnout y los profesionistas de oncología pediátrica. Por tal motivo la discusión de los resultados se realizó en mayor medida en base a estudios realizados con otras poblaciones, aunque se intentó que estas investigaciones se relacionaran lo más posible con nuestro estudio.

Así mismo, no se tuvo conocimiento de estudios que incluyeran variables como la cantidad de empleos en los que se desempeña el participante y la cantidad de días que trabaja a la semana, motivo por el cual no se realizó el análisis de estas variables en función con otros estudios. Sin embargo vale la pena destacar que las personas que trabajan 5 días a la semana y los que sólo se desempeñan en este hospital presentan menos riesgo de experimentar el Síndrome Burnout.

En suma, el objetivo general de esta investigación consistió en identificar si existe la presencia del Síndrome Burnout en el personal multidisciplinario del área Onco-Hematológica del Hospital para el niño poblano. Con base en este objetivo, los resultados de este estudio sugieren que el Síndrome es prácticamente inexistente en el área debido a que sólo el 2.12% (n=1) presentó inicios del Síndrome, de tal manera estos resultados no coinciden con los reportados en algunos estudios en los que se señala que el personal sanitario, especialmente los que se desempeñan en el área de onco-hematología son más susceptibles a presentar el Síndrome. Empero los resultados del presente trabajo si coinciden con

las investigaciones que se han hecho en los profesionistas que atienden a pacientes oncológicos pediátricos, en donde todo parece indicar que en esta subespecialidad se corre menos riesgo de presentar el síndrome Burnout.

En cuanto a las características sociodemográficas, previamente se señaló que la literatura ofrece una gran diversidad de correlaciones, sin embargo encontramos que la mayoría de las investigaciones citadas concuerdan con los resultados de nuestra investigación principalmente en dos variables las cuales hacen referencia a la paternidad y al estado civil, siendo que las personas que tienen hijos y están casadas presentan menos riesgo de presentar fatiga emocional, actitudes y sentimientos negativos hacia otras personas y falta de realización personal, esto es, la probabilidad de presentar el síndrome es menor gracias a estas características sociodemográficas.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES**

Debido a la basta información existente sobre el síndrome Burnout, es pertinente iniciar con las conclusiones sobre algunos aspectos referentes a la literatura que se presentó en este trabajo.

Se considera que el término Burnout fue acuñado por primera vez en la década de los 70, atribuyendo su descubrimiento a Herbet Freudenberg y Cristina Malach. La definición más citada a nivel internacional es precisamente la desarrollada por Maslach y Jackson, la cual concibe el término como un síndrome psicológico originado ante una respuesta al estrés crónico, se caracteriza por ocasionar que el afectado presente niveles altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización junto con poca Realización Personal.

Desde que se tuvo conocimiento de la existencia del síndrome se han desarrollado distintos instrumentos que intentan evaluarlo. No obstante el Inventario de Burnout de Maslach es el más utilizado a nivel mundial, este instrumento está diseñado para medir las tres dimensiones que componen el síndrome. Así mismo se considera que cuenta con suficiente validez para ser aplicado a la población mexicana.

Las poblaciones más estudiadas en relación con el síndrome son las que se desempeñan en el área de la salud debido a las particularidades de su profesión. Dentro de los profesionistas sanitarios, la literatura señala que aquellos que trabajan en áreas oncológicas corren especial peligro de padecer Burnout.

A pesar que las investigaciones abordan frecuentemente este sector poblacional, existe limitada información sobre los profesionistas pediátricos de áreas Onco-Hematológicas, motivo por el cual se llevó a cabo el presente trabajo.

Se consideró necesario estudiar el síndrome en esta población, debido a que las características del cáncer infantil son totalmente distintas a las de los adultos. Destacando principalmente el tipo de cáncer, la interrupción de su desarrollo, la posibilidad de una muerte a destiempo y la separación de su familia, entre otros.

Los profesionistas sanitarios que se involucran con los pacientes pediátricos oncológicos y sus familiares se exponen a distintos estresores, como presenciar el sufrimiento de los niños y niñas, la incertidumbre del tratamiento, administrar tratamientos altamente tóxicos y riesgosos, enfrentar la defunción de pacientes con los que formaron vínculos afectivos, etcétera. Por tal motivo se consideró como una población en riesgo de padecer el Síndrome Burnout.

No obstante los resultados obtenidos en esta investigación, nos llevan a concluir:

- La prevalencia del Síndrome Burnout en el área de Onco-Hematología del Hospital para el Niño Poblano no es estadísticamente significativa, puesto que sólo un profesionista que representa el 2.12% del total de la muestra (n=47) presentó los criterios establecidos para sospechar de la presencia del Síndrome.

Esta conclusión no respalda los hallazgos de investigadores como Ortega y López (2004), Carayon (2012) y Gálvez et al. (2009) quienes señalan que los profesionistas sanitarios presentan mayor tendencia a experimentar el Síndrome, especialmente los que se desempeñan en áreas especialmente complejas, como cuidados intensivos, emergencia u Oncología. Sin embargo, los resultados obtenidos mediante este trabajo concuerdan con los de autores que apuntan que los profesionistas de oncología pediátrica pudieran verse menos expuestos al Síndrome (Whippen y Canellos, 1991; Shanafelt et al, 2012; Liakopoulou et al, 2007).

Atendiendo cada una de las Subescalas del Síndrome Burnout se identificó:

- La muestra obtuvo en su mayoría niveles bajos de Agotamiento Emocional (66%; n=31) y únicamente el 12.8% (n=6) presentó niveles altos en esta dimensión. Lo cual indica que el personal de esta área no carece de recursos

emocionales para hacer frente a las demandas de su trabajo, el cansancio físico no se interpone en la realización óptima de sus actividades, no presentan pérdida progresiva de energía y sus niveles de estrés psicológico y físico podrían ser adecuados.

- La Dimensión de Realización Personal es la que evita en mayor medida que los profesionistas de este estudio presenten riesgo de padecer el Síndrome Burnout pues el 76% (n=36) de los participantes se ubicó en el nivel bajo de esta dimensión, indicando que en la unidad oncológica se establecen buenas relaciones interpersonales entre el paciente y el profesionista, lo cual evita que el trabajador presente actitudes negativas hacia ellos y hacia sus colaboradores. Así mismo, estos resultados demuestran un interés genuino por parte del profesionista por el bienestar integral del paciente.
- El 55.3% (n=26) de los participantes obtuvo altos niveles de Realización Personal, sugiriendo que los profesionistas de esta área consideran que su trabajo les permite alcanzar sus logros profesionales, sentirse autoeficaces y competentes. Además, se observó que los participantes se sienten animados de trabajar con los niños y niñas, entienden sus pensamientos y se enfrentan de manera adecuada a los problemas que presenten. Vale la pena destacar que la mayoría de la muestra consideró que su trabajo influye de manera positiva en la vida de otros

De esta manera los participantes obtuvieron puntuaciones bajas en Agotamiento Emocional y Despersonalización y altas en Realización Personal, motivo por el cual se descartó la posibilidad de que el Síndrome se encuentre presente en el personal de esta área.

Otra parte fundamental de este trabajo consistió en identificar las variables sociodemográficas y laborales que pudieran predisponer o contribuir a evitar el Síndrome Burnout. Con respecto a las variables estudiadas concluimos:

- Entre las características sociodemográficas y laborales que actúan como factores de protección se encuentran: Estar casado, tener hijos, trabajar 5 días a la semana, asistir en el turno vespertino contar con un único trabajo, desempeñarse únicamente en el área de Onco-Hematología.
- Rotar en diversas áreas del hospital, ser soltero, no tener hijos, trabajar únicamente tres días a la semana, asistir en el turno vespertino, contar con niveles educativos superiores y contar con dos trabajos serían las características sociodemográficas que aumentarían la posibilidad de experimentar el Síndrome Burnout.

Con respecto a estas características, se encontró que en investigaciones como la de Schaufeli y Buunk (1996) también se obtuvo que el nivel educativo y el estado civil influyen en el nivel de Burnout. Mientras que en el trabajo realizado por Grau et al. (2007) se concuerda nuevamente con el estado civil y con la paternidad, siendo estas dos últimas las variables con las que más coincidimos en diversas investigaciones. Por otra parte, se encontró diferencias con respecto a los datos presentados por Rojas et al. (2012) en los que se apunta que el turno matutino es el que menos posibilidades tiene de presentar el Síndrome.

Un hallazgo adicional es el referente a la rotación de los participantes, con lo cual podemos concluir que el personal que únicamente trabaja en el área de Onco-Hematología pudiera estar menos expuesto al Síndrome Burnout, a diferencia de los profesionistas que rotan en otras áreas del servicio. Esto posiblemente se deba a que el estar en una sola área permita establecer relaciones interpersonales más efectivas con los pacientes, especialmente en el área oncológica, donde los pacientes son tratados en las unidades hospitalarias incluso por más de cinco años.

Tomando en cuenta los hallazgos que se han presentado, indicaríamos que los profesionistas del área oncológica pediátrica tienen menos riesgo de padecer el Síndrome Burnout en relación con otros profesionistas del área de la salud, destacando especialmente que todo apuntó que aquellos profesionistas oncólogos que atienden a poblaciones adultas presentan niveles distintos de Burnout con

respecto a los del área de pediatría. Por lo cual las investigaciones existentes sobre este tema no deben ser generalizadas entre ambas poblaciones, de tal manera que el estudio de los profesionistas pediatras debe ser independiente, por lo tanto se tienen que atender y considerar las particularidades de esta especialidad.

A pesar que en este estudio la prevalencia del Síndrome no fue significativa, las autoridades hospitalarias deben considerar al Síndrome Burnout como un riesgo social y laboral que puede afectar de manera considerable a los colaboradores que forman parte de la institución y no subestimar las consecuencias que han sido previamente señaladas.

Especial atención debe ser prestada a la dimensión de Realización Personal, la cual fue la subescala en donde se observó que los participantes tuvieron mayor afectación y por lo tanto es el factor que en determinado momento, aumentaría el riesgo de presentar el Síndrome.

Es innegable que los profesionistas de Oncología pediátrica se enfrenten a factores estresantes tales como presenciar la muerte de un niño o niña, situación que socialmente es percibida como abrumadora por el hecho de romper con el orden natural de la vida, ver sufrir a un menor en pleno desarrollo, enfrentar también el sufrimiento de los padres junto con sus necesidades y demandas, además de preocuparse por brindar el mejor tratamiento posible y hacer frente a todos los protocolos que las instituciones hospitalarias demandan.

Los resultados de este estudio no deben ser motivo para descartar que los participantes experimentan altos grados de estrés, como lo expresaron verbalmente. Por lo tanto, es pertinente recordar que se considera que el síndrome surge cuando el profesionista experimenta estrés de manera crónica. Por el contrario, las conclusiones a las que se han llegado deben estimular la investigación que permita incluso determinar si el hecho de trabajar con poblaciones pediátricas sea más gratificante que demandante y a su vez conocer cuáles son los factores que podrían contribuir a que los profesionistas mantengan bajos sus niveles de Burnout o aquellos factores que aumentarían el estrés.

Es evidente que se necesitan realizar más investigaciones sobre el Síndrome Burnout, a pesar que existen muchos trabajos relacionados con el tema concluimos que aún hay diversas inconsistencias relacionadas con su definición, su prevalencia, las correlaciones, su forma de evaluar y tratarlo, entre otras situaciones. La investigación debe continuar en orden de obtener criterios más estandarizados sobre el síndrome, de tal manera que logremos comprender su prevalencia.

Esta observación también nos lleva a comentar que mediante la revisión bibliográfica se encontró que la mayoría de los estudios realizados en el personal sanitario se llevan a cabo principalmente en enfermeras y médicos. En la actualidad sería preferible incluir a otras profesiones dentro de las investigaciones, pues los centros médicos cuentan con equipos de varias disciplinas que atienden de manera integral al paciente.

Finalmente, el presente estudio tiene importantes aportaciones y limitaciones que deben ser consideradas.

En cuanto a las aportaciones consideramos de gran valor el hecho de estudiar el síndrome en una subespecialidad que ha sido prácticamente olvidada por los investigadores, de la misma manera abarca a profesionistas que no suelen ser incluidos en la literatura, como psicólogas/os, trabajadoras/es sociales y nutriólogos/as. A su vez se intentó brindar una aproximación hacia la relación que existe entre la incidencia del síndrome y las características sociodemográficas y laborales.

En cuanto a las limitaciones destacamos que la muestra ha sido limitada, lo cual imposibilitó comprobar las correlaciones entre variables. Así mismo las condiciones en la que se llevó el estudio pudieran formar parte de las limitaciones.

## **6.1 Recomendaciones.**

En este apartado proponemos una serie de recomendaciones obtenidas a partir de los resultados de la presente investigación. En un primer momento presentamos las recomendaciones enfocadas a los investigadores que deseen replicar la investigación o retomar algunos aspectos de ella. Posteriormente se ofrecen las recomendaciones dirigidas hacia el Hospital del Niño Poblano con el objetivo de mantener baja la prevalencia del Síndrome Burnout.

Recomendaciones para futuras investigaciones sobre Síndrome Burnout en personal de Onco-Hematología pediátrica:

1. Aumentar el número de la muestra, lo cual permitiría obtener una prevalencia sobre el síndrome más objetiva, además de posibilitar la comprobación de las correlaciones entre las variables.
2. Incluir a más personal de otras profesiones, especialmente a psicólogos, trabajadores sociales y nutriólogos.
3. Incrementar el número de variables sociodemográficas y laborales para su estudio y considerar nuevas variables como personalidad, religión, cultura, autonomía, burocracia, entre otras.
4. Valorar junto con el Síndrome Burnout otros aspectos que pudieran contribuir a entender mejor su prevalencia, tales como la satisfacción laboral, estrés, inteligencia emocional, estilos de afrontamientos, etcétera.
5. Investigar las características de trabajar con niños en el área de oncología y su relación con el Síndrome
6. Intentar en la medida de lo posible, que la aplicación de instrumentos se realice en un espacio en el que los participantes contesten de una manera más cómoda y se evite la presión de espacio, tiempo y deberes.

7. Invitar a las autoridades directivas a considerar la posibilidad de evitar que en las cartas de consentimiento informado los participantes se identifiquen por nombre y firma, con el objetivo de brindar más seguridad a los participantes con respecto al anonimato y confidencialidad de los datos.
8. Considerar la adaptación del Inventario de Burnout de Maslach, no sólo al idioma del lugar donde se lleve a cabo la investigación, sino incluso con el lenguaje coloquial utilizado con el objetivo de reflejar de manera más adecuada la esencia de la pregunta y en consecuencia del Síndrome.
9. Disponer de un espacio dentro de los instrumentos que permita a los participantes expresar sus inquietudes, opiniones o comentarios con respecto a su participación, al síndrome o a su percepción. Esta situación permitiría recabar valiosa información cualitativa.

#### Recomendaciones para las autoridades del Hospital para el Niño Poblano:

1. Expandir el estudio del Síndrome Burnout a otras especialidades dentro del hospital, con el objetivo de obtener un panorama más completo acerca de su incidencia dentro de la institución.
2. Evaluar factores organizacionales que pudieran contribuir a que los profesionistas sanitarios presenten altos niveles de estrés o experimenten el Síndrome Burnout, tales como la estructura y cultura organizacional, ergonomía, entre otras.
3. Reducir factores de riesgo (Rotar, ajuste de horarios, etcétera).
4. Identificar mediante la evaluación de los profesionistas y las características sociodemográficas, los caso pre-clínicos.

5. Proponer e implementar medidas preventivas tales como asistencia psicológica para profesionistas, programas de entrenamiento para el manejo de estrés y emociones, formar grupos sociales en los que se permita a los trabajadores expresar sus emociones, obtener nueva información, experiencias habilidades y retroalimentación, la cual contribuye a que el trabajador se sienta más competente y útil.

Agradecemos de manera muy especial a los profesionistas del área de Onco-Hematología y al Hospital para el Niño Poblano por su participación, colaboración y apoyo para la realización del presente estudio.

## Referencias.

- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztopo, I. & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18, 543-548.
- Almanza-Muñoz, J. & Holland, J. (2000) Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto de Nacional de Cancerología*, 48 (3), 196-206.
- Altaman, A. (2004). *Supportive Care of Children With Cancer. Current Therapy and Guidelines from the Children's Oncology Grup (3<sup>rd</sup> ed.)*. USA: The Johns Hopkins University Press.
- Álvarez, E. & Ríos, L. (1991). El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-265.
- Atance, J. (1997). Aspectos Epidemiológicos del Síndrome Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome del burnout qué es y cómo superarlo*. España: Paidós.
- Bruttomesso, G. & Razzoli, D. (2005). *Prevenir el cáncer con una buena alimentación*. España: Amant Editorial.
- Cadiz, V., Urzúa, A. & Campbell, M. (2011). Calidad de vida en niños y adolescentes sobrevivientes de leucemia Linfoblástica aguda. *Revista chilena de pediatría*, 82 (2), 113-122.
- Calderón, D., Guevara, A., Hernández, E., Juárez, A., Segura, L., Barragán, G. & Juárez, H. (2009). Different types of cáncer in children and their treatments in a Mexican pediatric hospital. *Acta pediátrica de México*, 30 (6), 299-304.
- Carayon, P. (2012). *Handbook of Human Factors and Ergonomics In Health Care and Patient Safety (2<sup>nd</sup> Ed.)*. USA: CRC Press.
- CENSIA. (2010). Cáncer infantil en México. Recuperado de: <http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/infantilmexico.html>

- Chico, E., Castanheira, L. & Aparecida, R. (2010). Children and Adolescents with Cancer: Experiences with Chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (5), 864-872.
- Cohen, M., Ferell, B., Vrabel, M., Visovsky, C. & Schaefer, B. (2010). *Oncology Nursing Forum*, 37 (5), 561- 569.
- Da Silva, P., Galvao, C., Melo, S. & Castanheira, L. (2008). Apoyo social y familias de niños con cáncer: revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem versión online*, 16 (3), 477-483. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_23.pdf)
- Dirección General de Epidemiología. (2011). Perfil epidemiológico de cáncer en niños y adolescentes en México. Recuperado de: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/publicaciones2011.html>
- Dorantes, E., Zapata, M., Mianda, A., Reyes, A., Muñoz, O., Cortés, G. & Garduño, J. (2012). Apoyo de organizaciones no gubernamentales a pacientes pediátricos con Leucemia Linfoblástica Aguda afiliados al Seguro Popular en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69 (3), 212-217.
- Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E. & Verzele, A. (2014). The prevalence of burnout among oncology professionals: Oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-Oncology versión Online*. Recuperado de <http://www.bibliocatalogo.buap.mx:2304/doi/10.1002/pon.3579/pdf>
- Fernández, A., Juárez, A., Arias, F. & González, M. (2010). Agotamiento profesional en personal de enfermería su relación con variables demográficas y laborales. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18(1), 15-21.
- Fernández, M., Zárate, R., Bautista, L., Domínguez, P., Ortega, C., Cruz, M. & Montesinos, G. (2012). Síndrome de burnout y enfermería. Evidencia para la práctica. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18 (1), 15-21.

- Gallego, E. & Ríos, F. (1991). El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 11 (39), 257-265.
- Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote, J. (2009). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Ícaro*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Gascón, S., Olmedo, M. & Ciccotelli, H. (2003). La prevención del Burnout en las organizaciones: El chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicología y Psicopatología Clínica*, 8 (1), 55-66.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electronica InterAcao Psy*, 1 (1), 19-33. Recuperado de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome Burnout en el personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230.
- Grau, C. & Espada M. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*, 9 (1), 125-136.
- Grunfeld, E., Zitzelsberger, L., Coristine, M., Whelan, T., Aspelund, F. & Evans, W. (2005). Job Stress and Job Satisfaction of Cancer Care Workers. *Psycho-Oncology*, 14, 61-69.
- Gulati, S., Dix, D. & Klassen, A. (2014). Demands and Rewards of Working Within Multidisciplinary Teams in Pediatric Oncology: The Experiences of Canadian Health Care Providers. *The Qualitative Report*, 19, 1-15.
- Gutiérrez, M. & Martínez, S. (2006). Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas. *Salud de los Trabajadores versión online*, 14 (1) Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131501382006000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131501382006000100003&script=sci_arttext)

- Heckman, H. (2012). Stress in Pediatric Oncology Nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29 (6), 356-361.
- INEGI. (2014). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Datos nacionales. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/cancer0.pdf>
- Isaac, B., García, G., Bosch, V., Méndez, J. & Mercedes, C. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: Características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23 (2), 217-226.
- Jasperse, M., Herst, P. & Dungey, G. (2014). Evaluating stress, burnout and job satisfaction in New Zeland radiation Oncology departmens. *European Journal of Cancer Care*, 23, 82-88.
- Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, A. & Placencia, O. (2014). Síndrome de Burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37 (2), 159-176.
- Lázaro, S. (2004). El desgaste profesional (síndrome de burnout) en los trabajadores sociales. *Portularia*, 4, 499-506.
- Le Blanc, P., Hox, J., Schaufeli, W., Taris, W. & Peeters, M. (2007). Take Care! The Evaluation of a Team-Based Burnout Intervention program for Oncology Care Providers. *Journal Of Applied Psychology*, 92 (1), 213-227.
- Liakopoulou, M., Panaretaki, I., Papadakis, V., Katsika, A., Sarafidou, J., Laskari, H., Anastasopoulos, I., Vassalas, G., Bouhoutson, D., Papaevangelou, V., Polychronopoulou, S. & Haidas, S. (2008). Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology. *Suport Care Cancer*, 16, 143-150.
- Llorens, A., Mirapeix, R. & López, T. (2009). Hermanos de niños con cáncer: resultado de una intervención psicoterapéutica. *Psicooncología*, 6 (2-3), 469-483.
- López, J., Álvarez, J. & González, R. (2012). La experiencia psicosocial de padres de hijos con leucemia en un hospital público de la ciudad de San Luís Potosí. *Psicooncología*, 9 (1), 137-150.

- López, M. (2003). El niño con cáncer. Problemática social. *Osasunaz*, 5, 101-120.
- López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología*, 6 (2-3), 281-284.
- Manzano, G. & Ayala, J. (2013). New Perspectives: Towards an Integration of the concept “burnout” and its explanatory models. *Anales de psicología*, 29 (3), 800-809.
- Martinez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evaluación conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11 (32), 37-43.
- Meda, R., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, M. & Ortiz, G. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y salud*, 18 (1), 107-116.
- Mejía, J., Ortega, M. & Fajardo, A. (2005). Epidemiología de las leucemias agudas en niños. Parte 1. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43 (4), 323-333.
- Méndez, J. (2005). Psicooncología infantil: Situación actual y líneas de desarrollo futuras. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), 33-52.
- Méndez, X., Orgilés, M., López, S. & Espada J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1 (1), 139-154.
- Moreno, B., Garrosa, E., Rodríguez, R. & Morante, M. (2003). El Desgaste profesional o Burnout en los profesionales de Oncología. *Boletín de Psicología*, 79, 7-20.
- Moreno, B., Meda, R., Rodríguez, A., Palomera, A. & Morales, M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16 (1), 5-13.
- Moreno, J., Bustos, R., Matallana, A. & Miralles, T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 132 (2), 185-207.
- Mukherjee, S., Beresford, B., Glaser, A. & Sloper, P. (2009). Burnout, psychiatric morbidity, and work-related sources of stress in paediatric oncology staff: a review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18, 1019-1028.

- Nacional Cancer Institute. (2014). Dictionary of Cancer Terms. Consultado en: <http://www.cancer.gov/dictionary>
- Nascimento, M. & Fantini, M. (2004). Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Psicologia em Estudo versão online*, 12 (1). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n1/v12n1a14>
- Olivares, V. & Gil-Monte, P. (2009). Análisis de las Principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 33, 160-167.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Centro de Prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Ortega, C. & López, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Ortigosa, J., Méndez, F. & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil adolescente: La perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6 (2-3), 413-428.
- Pacheco, M. & Madero, L. (2003). Oncología pediátrica. *Psicooncología*, 0 (1), 107-116.
- Patlán, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios gerenciales*, 29, 445-455.
- Pérez, R., Doubova, S., Zapata, M., Flores, S., Frazier, L., Rodríguez, C., Cortes, G., Chertorivski, S. & Muñoz, O. (2013). Scaling Up Care for Children Without Medical Insurance In Developing Countries: The Case of Mexico. *Pediatric Blood Cancer*, 60, 196-203.
- Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: “Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.<sup>a</sup> Ed.). Consultado en: <http://lema.rae.es/drae/>
- Red de Salud UC. Christus. (2014). Hematología/Oncología. Consultado en: [http://redsalud.uc.cl/ucchristus/Especialidades/hematologia\\_\\_oncologia.act#](http://redsalud.uc.cl/ucchristus/Especialidades/hematologia__oncologia.act#)

- Redón, M., Reyes, N., Villasís, M., Serrano, J. & Escamilla, A. (2012). Tendencia mundial de la supervivencia en pacientes pediátricos con leucemia Linfoblástica aguda. Revisión de las últimas cuatro décadas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69 (3), 153-163.
- Rivera, R. (2007). *El niño con cáncer, los padecimientos más comunes para el médico no especialista*. México: ETM
- Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24 (4), 677-684.
- Rodríguez, G., Oviedo, A., Lourdes, M., Hernández, V. y Pérez, M. (2009). Prevalencia del Síndrome Burnout en el personal de enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades I* (19), 179-192.
- Rodríguez, M. & Real, G. (2007). Estilos de relaciones familiares y resiliencia en familias de niños y adolescentes oncológicos, investigación empírica en les Hospital Garrahan. *Revista de psicología*, 5 (3), 133-177.
- Rojas, E., Obregón, G., González, M., Alvarado, S., Meneses, A., Riveros, A. y Sánchez, J. (2012). Factores asociados con el síndrome de Burnout en el equipo médico y paramédico en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *GAMO*, 11 (2), 72-81.
- Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A. & Toobae, S. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55, 62-67.
- Salanova, M. & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 59-67.
- Sánchez, A. (2009). Burnout en personal sanitario de oncología. *JANO*, 1, 34-38.
- Schabracq, M., Winnubst, J. & Cooper, C. (1996). *Handbook of Work and Health Psychology*. Great Britain: John Wiley And Sons LTD.
- Schabracq, M., Winnubst, J. & Cooper, C. (2003). *The handbook of work and health psychology Second Edition*. Great Britain: Wiley.

- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998) *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. UK: Taylor and Francis.
- Schaufeli, W., Leiter, M. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Carreer Development International*, 14 (3). 204- 220.
- Schaufeli, W., Maslach, C. & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis.
- Shanafelt, T. & Dyrbye, L. (2012). Oncologist Burnout: Causes, Consequences, and Responses. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (11), 1235-1241.
- Shanafelt, T., Gradishar, W., Kosty, M. Satele, D., Chew, H., Horn, L., Clark, B., Hanley, A., Chu, Q., Phippen, J., Sloan, J. & Raymond, M. (2014). Burnout and Career Satisfaction Among US Oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32 (7), 678-685.
- SINAVE. (2011). Perfil epidemiológico del Cáncer en Niños y Adolescentes en México. [Fecha de consulta: 05 de Mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P\\_EPI\\_DEL\\_CANCER\\_EN\\_NI%C3%91OSyADOLESCENTES\\_MEXICO.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_CANCER_EN_NI%C3%91OSyADOLESCENTES_MEXICO.pdf)
- Torpy, J., Lynm, C. & Glass, R. (2009) Leucemia Linfoblástica Aguda. *JAMA*, 301 (4). Recuperado en <http://jama.jamanetwork.com/on02/06/2015>
- Trufelli, D., Bensi, C., García, J., Narahara, J., Abrao, M., Diniz, R., Da Costa Miranda, V., Soares, H. & Del Giglio, A. (2008). Burnout in cancer professionals: a Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 17, 524-531.
- Tuner, J., Kelly, B. & Girgis, A. (2011). Supporting oncology health professionals: a review. *Psycho-Oncol*, 5, 7-82.
- Weber, A. & Jaekel, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies?. *Occupational Medicine*, 50 (7), 512-517.
- Whippen, D. y Canellos, G. (1991). Burnout Syndrome in the Practice of Oncology: Results of a Random Surver of 1,000 Oncologist. *Journal of Clinical Oncology*, 9 (10), 1916-1920.

## APÉNDICES

---

APÉNDICE 1  
*Carta de Consentimiento Informado*

---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO: ANEXO 1.

A través de la presente, se informa que la investigación titulada *“Burnout en el personal multidisciplinario del área Onco-Hematológica de un hospital pediátrico”* es realizada por el estudiante Pedro Tlatoa González de la Facultad de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, con número de matrícula 200917884 y bajo la supervisión de la Doctora Alicia Moreno Salazar, catedrática e Investigadora de la misma Institución. El proyecto ha sido aprobado por la Comité de Investigación del Hospital del Niño Poblano.

El síndrome Burnout se define como un estado de agotamiento físico, emocional y mental que surge como resultado de que el trabajador esté expuesto durante largos periodos de tiempo a múltiples demandas en el trabajo. Dicho síndrome, suele presentarse en personal cuyas actividades requieren pasar demasiado tiempo interactuando de manera intensa con clientes o usuarios (Patlán, 2013).

El objetivo de la presente investigación es identificar el índice de Burnout (Síndrome de Quemarse por el Trabajo) en el personal multidisciplinario que atiende a pacientes con patologías Onco-Hematológicas en poblaciones pediátricas. Este proyecto permitirá obtener datos sobre la problemática y ayudará a desarrollar nuevos conocimientos científicos que permitan establecer prioridades en futuras investigaciones. La importancia de estas investigaciones radica en el intento de mejorar la salud física y mental de los profesionales de la salud y a su vez maximizar la obtención de mejores resultados en los tratamientos de los pacientes.

La información obtenida se utilizará únicamente con fines académicos y aquellos que se beneficien con la evaluación poblacional. En todo momento se manejarán los datos de manera anónima y únicamente podrán tener acceso a la información personal el equipo de investigación.

Así mismo se notifica que de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la presente investigación es considerada como: “Sin riesgos”.

Ante cualquier duda o aclaración sobre algún tema relacionado con el presente estudio se ofrecen los correos electrónicos del equipo de investigación.

ATENTAMENTE

---

Pedro Tlatoa González

Tesista

Correo electrónico: yuferpet\_14@hotmail.com

---

Dra. Alicia Moreno Salazar.

Directora de Tesis.

Correo electrónico: alis\_more@yahoo.com.mx

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Psicología

3 Oriente 403. Centro Histórico. Puebla, Pue. Teléfono: 2-42-33-37

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.**

H. Puebla de Zaragoza a 28 de Octubre de 2014.

Yo: \_\_\_\_\_ acepto participar en el protocolo de investigación titulado: *“Burnout en el personal multidisciplinario del área Onco-Hematológica de un hospital pediátrico”* dirigido por Pedro Tlatoa González estudiante de la Facultad de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, y aprobado por el comité de investigación del hospital donde desempeño mis funciones.

Manifiesto que tras haber leído este documento doy mi consentimiento voluntario para que se haga uso de la información obtenida a partir del cuestionario sociodemográfico-laboral y del Inventario de Burnout de Maslach, para los fines académicos y científicos que sean necesarios, conservando mi derecho de anonimato. Así mismo hago constar que he recibido un documento en donde se brinda información complementaria y suficiente con respecto a la investigación, y se hace de mi conocimiento el nombre de los investigadores y la forma de contactarlos.

Por otra parte declaro haber podido realizar cualquier pregunta con libertad antes de participar en el procedimiento.

De la misma manera he sido informado/a que podré solicitar y conocer los resultados que se deriven de los instrumentos que respondí, y que, de resultar con indicadores del Síndrome antes mencionado se me brindarán alternativas de tratamiento que el equipo de investigación se compromete a proporcionarme si así lo solicito.

Entiendo que conservo el derecho de no participar en el estudio si así lo considero conveniente.

\_\_\_\_\_  
***Firma del participante.***

\_\_\_\_\_  
***Testigo 1  
Nombre y Firma***

\_\_\_\_\_  
***Testigo 2  
Nombre y Firma***

---

**Participante:** Únicamente en caso de solicitar los resultados de los instrumentos aplicados, indicar en el espacio disponible a continuación de manera legible el correo electrónico donde se puede enviar la información, de lo contrario, dejar el espacio en blanco.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

APÉNDICE 2  
*Cuestionario Sociodemográfico*

---



**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
**Facultad de Psicología**

Los siguientes cuestionarios forman parte de una investigación que tiene como objetivo la obtención de datos que contribuyan a la formación de nuevos conocimientos. La información recabada se usará únicamente con fines académicos y científicos. Su participación es confidencial y de suma importancia.

---

**1 Cuestionario Sociodemográfico-laboral.**

**Instrucciones:** Por favor, conteste en los espacios disponibles la información que se solicita, de ser el caso, marque con una "X" la opción que mejor describa su situación.

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )
3. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 4. N° Hijos: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es su profesión? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es su último grado de estudios? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es su puesto laboral en el hospital? \_\_\_\_\_

8. ¿Cuál es el área en la que trabaja actualmente dentro del hospital?

---

9. ¿Cuánto tiempo tiene prestando sus servicios en esta área? \_\_\_\_\_

10. ¿Rota en otra área del hospital? No ( ) Si ( )

10.1 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

10.2 ¿Cuándo fue su última rotación? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuántos días trabaja a la semana? \_\_\_\_\_

12. ¿Cuál es su horario de trabajo? \_\_\_\_\_

13. Además de este trabajo ¿Cuenta con otro? No ( ) Si ( ).

13.1 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

14. ¿Ha contestado con anterioridad el cuestionario de Burnout o Desgaste laboral?

No ( ) Si ( )

14.1 ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

## APÉNDICE 3

### *Inventario de Burnout de Maslach*

---

## 2. MBI

**Instrucciones:** Por favor, indique con una **X** el nivel de frecuencia en que se presenta en usted la situación descrita en el enunciado.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	AE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	AE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	AE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	RP	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	AE	Trabajar con mis pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	RP	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	AE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	RP	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	AE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	AE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de mis pacientes a los que tengo que atender.							
16	AE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	RP	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	RP	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes							
19	RP	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	AE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	RP	Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

## APÉNDICE 4

### *Formato de comunicación de resultados*

---



# BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

### Nombre:

Estimado/a participante, por medio de la presente agradecemos su colaboración en la investigación titulada *“Burnout en el personal multidisciplinario del área Onco-Hematológica de un hospital pediátrico”* y a su vez, nos permitimos comunicarle el resultado que Usted obtuvo en el *“Inventario de Burnout de Maslach”* (MBI).

El MBI cuenta con tres subescalas:

- 1) **AGOTAMIENTO EMOCIONAL:** Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas en el trabajo
- 2) **DESPERSONALIZACIÓN:** Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- 3) **REALIZACIÓN PERSONAL:** Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Entre mayor sea la puntuación obtenida en esta escala mayor es la realización personal, siendo la máxima puntuación 48 puntos.

Es importante aclarar que puntuaciones *“ALTAS”* en las subescalas de *“Agotamiento emocional”* y *“despersonalización”* indican la presencia del Síndrome Burnout.

- A continuación se expone la puntuación que obtuvo en cada una de las subescalas:

Subescala	Puntuación	Nivel
<b>Agotamiento emocional</b>		
<b>Despersonalización</b>		
<b>Realización personal</b>		

- Interpretación de resultados:

Recordamos que la información obtenida se utilizará únicamente con fines académicos y científicos, por lo cual los datos obtenidos se manejarán en todo momento de manera anónima y únicamente podrán tener acceso a la información personal el equipo de investigación.

Ante cualquier duda, aclaración o comentario ponemos a su disposición los correos electrónicos de los realizadores de la presente investigación.

Sin más por el momento, nos despedimos de usted, no sin antes reiterarle nuestro agradecimiento y nuestra más distinguida consideración.

Atentamente:

Pedro Tlatoa González  
Tesista  
Correo electrónico: [yuferpet\\_14@hotmail.com](mailto:yuferpet_14@hotmail.com)

Dr. Alicia Moreno Salazar  
Directora de Tesis  
Correo electrónico : [alis\\_more@yahoo.com.mx](mailto:alis_more@yahoo.com.mx)

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Psicología  
3 Oriente 403. Centro Histórico. Puebla, Pue.  
Teléfono: 2-42-33-37