

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT  
Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DURANTE  
UNA EPIDEMIA POR INFLUENZA AH1N1**  
**PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME AND COPING STRATEGIES  
DURING AN EPIDEMIOLOGY BECAUSE OF AH1N1 INFLUENZA**

**Beatriz Cruz Valdés**

**Fernando Austria Corrales**

**Loredmy Herrera Kienhelger**

**Jorge Salas Hernández**

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México*

**Cinthya Zaira Vega Valero**

*Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, México*

---

**RESUMEN**

---

**Palabras clave:**

*funcionalidad de las estrategias de afrontamiento, síndrome de burnout en trabajadores de la salud.*

---

**Recibido:** Diciembre 7 2010

**Aceptado:** Agosto 16 2011

---

**Keywords:** *functionality of coping strategies, burnout syndrome, health workers.*

---

*El objetivo de este estudio fue evaluar el síndrome de burnout en una muestra de 477 trabajadores de la salud durante una epidemia por influenza AH1N1 en la Ciudad de México, e identificar si el uso de estrategias de afrontamiento tenía efectos protectores al burnout. Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra no probabilística por cuotas, utilizando como instrumentos el Maslach Burnout Inventory versión Human Services y la Escala de Afrontamiento Frente a Riesgo Extremos. Se hizo una distribución de frecuencia y de normalidad para analizar las diferencias, un análisis de varianza en burnout y regresión lineal múltiple para estrategias de afrontamiento. A partir del análisis, se encontró que el 24% presentó el síndrome de burnout en grado moderado (cansancio emocional y despersonalización, con presencia de realización personal); asimismo, fueron empleadas estrategias activas y pasivas. Se constató que el uso de estrategias de afrontamiento fue selectivo y las estrategias activas tuvieron una función moderadora al burnout, protectora a la escala de cansancio emocional, que aumentó cuando presentaban realización personal. El estudio propone el desarrollo de investigaciones cuantitativas y cualitativas, así como el uso de modelos mixtos de intervención: centradas en las personas.*

---

---

**ABSTRACT**


---

**Keywords:** *functionality of coping strategies, burnout syndrome, health workers.*

*The aim of this study was to assess the burnout syndrome in health workers during a contingency in Mexico City because of epidemiology AH1N1 influenza, and identify if the use of coping strategies had protective effects for the burnout. We had a sample of 477 health workers and was performed a transversal descriptive study with a nonrandom quota sample. The instruments used were Maslach Burnout Inventory Human Services version and scale measuring coping face to extreme risks. It was performed a frequency and normality distribution to analyze the differences, and also an analysis of variance in burnout, and multiple lineal regression for coping strategies. We found that 24% had burnout (in emotional exhaustion and a moderate degree depersonalization, with the presence of personal accomplishment). They were also employed active and passive strategies. We found that the use of coping strategies was selective, active strategies had a moderating role to burnout and protective to the scale of emotional exhaustion, which seems to increase when there is personal realization. We propose the development of quantitative and qualitative research and the use of mixed models of intervention: focusing on people.*

---

El síndrome de burnout ha sido ampliamente abordado desde varios enfoques, modelos y teorías, relacionado a daños serios en la salud (Ben-Zur & Michael, 2007). El concepto fue introducido por Freudenberger en 1974 (Gascón, Olmedo & Ciccotelli, 2003) para describir el estado de agotamiento físico y mental en el campo laboral, posteriormente Maslach y Jackson (1986), lo definieron como un proceso multifactorial causado por estresores. Estos últimos investigadores validaron el instrumento de síndrome de burnout para investigación, asociándolo con factores causales de daños o factores de riesgos a la salud. En 2003 Maslach, Schaufeki y Leiter (2001) explican el burnout como una respuesta psicológica de desajuste, prolongada e inapropiada ante situaciones estresantes en el lugar de trabajo.

Gil-Monte (2001) describe al síndrome de agotamiento laboral como el efecto emocional en la persona ante una respuesta fallida expuesta a fuentes de estrés en un periodo prolongado. El *síndrome de burnout* intervienen variables de tipo cognitivo-aptitudinales como la baja realización en el trabajo; variables emocionales y físicas como el agotamiento emocional, y variables actitudinales como la despersonalización (Bencomo & Liebster, 2004). Vanheule, Rosseel y Vlerick (2007) definen el *síndrome de burnout* como un fenómeno tri-

factorial constituido por: 1) cansancio emocional (CE), 2) despersonalización o cinismo (D), y 3) baja realización personal (BRP). Este fenómeno tridimensional fue adaptado y validado empíricamente en la población mexicana, por Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz (2008), a través de análisis factorial confirmatorio.

Básicamente se han planteado tres formas de prevenir el *síndrome de burnout*: a) incidiendo en el ambiente (reduciendo o eliminando los posibles factores de riesgo y estresores que desencadenan el burnout que incluyen trabajo organizacional, b) con trabajos centrados en las personas dotándoles de estrategias de afrontamiento efectivas y que mejoren la calidad de su vida, y c) trabajos de intervención mixto, centrados en la persona y en el ambiente (Maslach, 1999; Maslach & Leiter, 1999; citado en Gascón & cols., 2003).

Entre los estudios que se han realizado en los últimos 10 años sobre *síndrome de burnout* en el personal sanitario, se encuentra el realizado por Parada, Moreno, Mejías, Rivas, Rivas, Cerrada, & Rivas (2005), quienes evaluaron a 104 profesionales de enfermería en Venezuela, y sus resultados indicaron que el 69,2% presentaron niveles bajos de *síndrome de burnout*, el 14,9% niveles medios y el 16,4% presentaron diagnóstico alto. En población médica hay mayores evidencias de investigaciones en *burnout* relacionado con

diferentes variables: datos socio-demográficos, factores sociales y temas de clima organizacional o grado de satisfacción laboral (McCray, Cronholm, Bogner, Gallo & Neill, 2008; Toral, Aguilar & Juárez, 2009). Sin embargo, un tema de interés actual en la salud es la detección y prevención de iatrogenias, que se han asociado al agotamiento emocional. Martini, Arfken, Churchill y Balon (2004) evaluaron la relación del nivel alto de *burnout* con cansancio emocional, atribuido a la exposición a jornadas mayores a las 80 horas semanales promedio y roles de 24 horas continuas. Los resultados indicaron que estas condiciones de trabajo prolongadas y el poco tiempo de descanso reflejaban un riesgo alto de cometer iatrogenias, impactando directamente a la calidad de atención del paciente. Algunas investigaciones que exploran los trastornos del sueño apoyan estos programas para prevenir *burnout* a través de rotaciones menores a 12 horas, alternando con períodos de descanso y cambios de turnos (Philibert, Friedmann & Williams, 2002; López, González, Morales & Espinoza, 2007; Okie, 2007).

Existen aún pocos estudios sobre intervención, uno de ellos es el trabajo de Thomaé, Ayala, Sphan y Stortti (2006), quienes diseñaron un programa de estrategias a nivel personal por medio de apoyo emocional y técnicas autorregulativas, orientadas a la formación de emociones, promoción de trabajo en equipo, control de agenda asistencial, tiempo para atender a pacientes, y formación continua. Posteriormente, Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli y Usandivaras (2007) plantearon un modelo centrado en la persona, dirigido a los médicos residentes para prevenir *síndrome de burnout*, mediante talleres reflexivos sobre sistemas de creencias en la educación y la práctica médica, pensamientos, afectos, creencias personales, actitudes en el rol de asistencia, y estilos de relación terapéutica: paternal, autocrática, delegante, comunicación médico-paciente, apoyo familiar-social, etc. El desarrollo de este programa humanista, tuvo una etapa de sondeo o evaluación, de contención y de afrontamiento formativo.

Hay investigaciones que sugieren que un inadecuado afrontamiento puede llevar a *burnout*,

y por el contrario, un manejo adecuado podría funcionar como protector del mismo, por ejemplo, Lazarus y Folkman (1984) desarrollaron estudios partiendo de asociaciones del *burnout* con estrategias de afrontamiento, entendiendo estas últimas como esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas específicas externas y/o internas, es decir, como una habilidad para manejar situaciones estresantes.

En estudios más elaborados, Blandin y Martínez (2005) analizaron la prevalencia del *burnout* relacionada a altos niveles de estrés laboral y el uso de mecanismos de afrontamiento no funcionales; lo relevante de este estudio es que hace una diferenciación entre estrés crónico, estresores y *burnout* en médicos residentes, determinando encuestas específicas para evaluar el daño a su salud con 3 cuestionarios: *Estrés Laboral de la OIT-OMS*, el cuestionario *Maslach Burnout Inventory*, y el *Cuestionario de Afrontamiento de Carve*. Los resultados del estudio arrojan valores significativos de estos estilos de afrontamiento no funcionales que predicen la probabilidad de desarrollar *síndrome de burnout*.

Siguiendo esta misma línea, en el presente estudio se tomaron en cuenta las recomendaciones de la OPS (Organización Panamericana de la salud) que resaltan la atención a la población, a los enfermos y sus familiares, y especialmente al personal de salud, durante una epidemia. La presente investigación surge de la necesidad de evaluar el impacto psicosocial de la contingencia nacional por virus de influenza AH1N1 en los trabajadores de la salud, y se espera que los resultados del estudio contribuyan al desarrollo de programas preventivos y de intervención al *síndrome de burnout*, logrando mejorar las condiciones laborales. En este estudio se analizará la prevalencia de *burnout* y la relación de estrategias de afrontamiento en una muestra de trabajadores administrativos-operativos y personal de salud de un Hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de México.

En el estudio se plantearon 3 hipótesis: (a) hay diferencias significativas en el desarrollo de síndrome de burnout en los trabajadores de salud, (b) hay diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento entre el personal de salud del

Instituto y (c) los grupos sin burnout utilizan estrategias de afrontamiento activas, funcionando éstas como un factor protector.

Por su parte, los objetivos en la investigación fueron: (a) evaluar la intensidad del *síndrome de burnout* entre distintos grupos de trabajadores administrativos-operativos y personal de salud, e identificar si existen diferencias significativas entre los grupos, (b) evaluar el uso de estrategias de afrontamiento (pasivas y activas) e identificar si existen diferencias significativas entre estos grupos y (c) analizar el efecto que tienen las estrategias de afrontamiento sobre cada una de las subescalas del *síndrome de burnout*.

## Método

### Participantes

Se obtuvo una muestra de 477 trabajadores de la salud conformada por el personal administrativo-operativo, y personal de salud (médicos especialistas, médicos residentes, enfermería, trabajadores sociales, y paramédicos) de un hospital de tercer nivel de la ciudad de México, que participaron voluntariamente.

### Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra no probabilística por cuotas.

### Instrumentos

Para evaluar el síndrome de burnout se utilizó el instrumento de Maslach Burnout Inventory versión Human Services (MBI-HSS) de 1986, adaptado por Meda & cols. (2008) al castellano y validado a través de análisis factorial confirmatorio. Sus resultados indicaron coeficientes de Alpha de Cronbach de 0.86 para la escala de cansancio emocional, 0.81 para despersonalización y 0.53 para realización personal. La validez factorial demostró buen ajuste del modelo teórico con el modelo reproducido (CFI = .94; GFI = .97; RMSEA = .04).

El instrumento (MBI-HSS) está constituido por 22 preguntas valoradas en escala tipo Likert con 6 categorías de respuesta, donde se asignan valores numéricos en un rango de 0 a 5, (0=nunca,

1=pocas veces, 2=una vez al mes o menos, 3=unas pocas veces al mes o menos, 4=pocas veces a la semana, 5=todos los días). Las 22 preguntas se agrupan en tres dimensiones: cansancio emocional (9 preguntas), despersonalización (4 preguntas) y realización personal (8 reactivos).

El Síndrome de Burnout tiene 3 componentes:

**Cansancio Emocional (CE).** Comprende manifestaciones somáticas como: dolor de cabeza, taquicardia, opresión en el pecho, dolor de estómago, colitis o gastritis, diarreas, etc.), y psicológicas, como la ansiedad e irritabilidad, cansancio o agotamiento profesional, insomnio, sensación de sobre-esfuerzo físico, apatía, y hastío emocional.

**Despersonalización (D).** Desarrollo de actitudes cínicas, de apatía, impersonales y de insensibilidad hacia los pacientes o las personas a quienes los trabajadores brindan un servicio.

**Baja Realización Personal (RP).** Percepción de falta de logros profesionales, insatisfacción laboral, indignación, presencia de un autoconcepto negativo.

Se retomó el criterio de Gil Monte y Peiró (2000), para definir el grado de *Síndrome de Burnout*: nivel alto (CE >25, D >9, RP <35), nivel moderado (CE 24-16, D 8-4, RP 39-36) y bajo burnout (RP <15, <3, >40).

Para medir las Estrategias de Afrontamiento (EA) se utilizó a conveniencia la *Escala de Afrontamiento* utilizada por López y Marván (2004) en sus estudios frente a riesgos extremos, por ser validada en población mexicana por Alpha de Cronbach con una consistencia interna de 0.83 para afrontamiento activo, y de 0.77 en afrontamiento; además de ser un instrumento útil en la investigación social, psicología de la salud y la salud pública, recomendado para medir el impacto a las reacciones ante desastres, riesgos naturales, efectos postraumáticos como el estrés y percepción de riesgo en situaciones de peligro extremo o frente a cualquier otro (mismo que consideramos muy útil para el momento en el que hicimos el presente estudio: durante la epidemia por virus de influenza AH1N1).

El instrumento consta de 26 ítems en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, donde se asignan valores numéricos en un rango de 0 a 4. Comprende dos dimensiones: *con 14 reac-*

tivos en la categoría de afrontamiento activo y 12 reactivos relacionadas a estrategias pasivas. Las estrategias de afrontamiento se definieron de la siguiente forma:

**Estrategias Activas.** Uso de comportamientos relacionados al problema, el análisis de las circunstancias para saber qué hacer, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, controlar las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social.

**Estrategias Pasivas (EP).** Utilización de estrategias como retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva.

Con la intención de brindar mayor flexibilidad a los comentarios de los participantes en el estudio y de complementar los resultados con información cualitativa, se decidió agregar al término de las encuestas de burnout y estrategias de afrontamiento, dos ítems (preguntas abiertas) que debía complementar: 1) Me siento..., 2) Piense en situaciones o algún contexto que le han causado mucho estrés en el último mes, describa cómo se sintió y cómo se desarrollaron los hechos (quienes estuvieron implicados y cómo le afectó a usted). A través de un consenso de expertos investigadores, se identificaron los ejes de análisis de cada respuesta, cada respuesta se relacionó a alguna de las 3 escalas de burnout y/o las 2 de afrontamiento, ubicando las respuestas en estos rubros.

### Procedimiento

El protocolo fue sometido al Comité de Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, con código de aprobación: AS01-09, este proyecto no recibió financiamiento alguno. Se aplicaron los cuestionarios de manera simultánea, las personas que participaron lo hicieron voluntariamente, explicándoles el objetivo del estudio, ambos cuestionarios fueron auto-administrados, anónimos y entregados personalmente en sus horarios y lugares de trabajo, durante la primera semana de mayo de 2009 (la semana más crítica de la con-

tingencia). El tiempo aproximado para contestar ambas encuestas fue de 10 min. en promedio.

Después de obtener la muestra, se procedió a crear la base de datos con el programa SPSS versión 16.0. Se depuró la base eliminando observaciones atípicas y se realizó un análisis de distribución de frecuencias y de normalidad de los datos. Para probar las hipótesis sobre la diferencia de grupos en burnout se utilizó un análisis de la varianza, mientras que para identificar el uso de estrategias activas o pasivas, un análisis de regresión lineal múltiple por departamentos.

### Resultados

Como primer paso se obtuvo los datos socio-demográficos de la muestra analizada, la cual estuvo constituida por 477 trabajadores de la salud (administrativos-operativos y de salud especializados): 119 (24.9%) de enfermería, 111 (23.3%) administrativos, 98 (20.5%) paramédicos; 68 (14.3%) médicos residentes; 44 (9.2%) médicos adscritos y 37 (7.8%) trabajadores sociales; los cuales tenían una edad promedio de 37 años ( $S= 8.97$ ). Del total evaluado, 308 (64.6%) representan mujeres y 169 (35.4%) hombres, con una escolaridad promedio de 16 años ( $S= 2.64$ ). (Véase la tabla 1).

**Tabla 1**  
Distribución de frecuencia y estadísticos de los trabajadores de la salud evaluados.

GRUPO	SEXO	N=	Promedio Edad	Promedio Escolaridad
Enfermería	Mujeres	110	38.58	14.73
	Hombres	9	$S= 8.68$	$S= 2.25$
Administrativos	Mujeres	75	38	14.48
	Hombres	36	$S= 8.84$	$S= 2.8$
Paramédicos	Mujeres	48	38	13
	Hombres	50	$S= 9.71$	$S= 4.08$
Médicos Residentes	Mujeres	20	30.79	22.17
	Hombres	48	$S= 3.07$	$S= 2.02$
Médicos Adscritos	Mujeres	20	42	20.45
	Hombres	24	$S= 9.96$	$S= 3.17$
Trabajadores Sociales	Mujeres	35	39	16
	Hombres	2	$S= 8.18$	$S= 1.55$

Para determinar en la población de estudio, el porcentaje de diagnóstico con *síndrome de burnout*, se hizo un análisis de frecuencias (ver tabla 2). Se encontró que de los 477 trabajadores de salud, casi una tercera parte de la muestra (24%) mostró *síndrome de burnout* (Con Dx) y el 76% no lo presentaron (Sin Dx).

**Tabla 2**  
**Prevalencia de Síndrome de Burnout.**

	Frecuencia	Porcentaje
Con Dx	114	24
Sin Dx	363	76
Total	477	100.0

Los estadísticos de Tendencia Central y variabilidad de las variables de este estudio se muestran en la Tabla 3 a saber: cansancio emocional (CE), baja realización personal (BRP), despersonalización (D), estrategias de afrontamiento pasivo (EAP) y activo (EAA). Considerando a la muestra en su totalidad, se observa que el promedio en CE fue moderado, hay presencia de BRP y moderado nivel de D. Con respecto a las estrategias pasivas y activas, ambas son empleadas.

**Tabla 4**  
**Promedios y desviación estándar por departamento y variables de interés.**

Grupo	Cansancio Emocional (CE)	Baja Realización Personal (BRP)	Despersonalización (D)	Estrategias Pasivas	Estrategias Activas
Enfermería	12.21	36.15	4.62	20.26	37.36
N= 119	8.03	4.27	4.22	5.36	7.27
Administrativos	9.37	34.04	8.11	20.39	35.92
N= 111	6.64	5.46	3.54	6.29	6.88
Paramédicos	11.22	34.59	8.33	20.37	35.92
N= 98	8.40	4.64	3.60	5.39	7.5
Médicos Residentes	18.04	35.39	9.30	20.19	37.02
N= 68	9.92	3.98	3.43	5.67	7.78
Médicos Adscritos	12.81	37.04	8.63	19.79	39.04
N=44	9.84	3.78	4.72	5.16	6.73
Trabajadores Sociales	15.27	36.43	7.29	20.32	35.54
N= 37	7.87	4.32	2.28	6.38	6.85

**Tabla 3**  
**Medidas de Tendencia Central y dispersión de la muestra total.**

	Cansancio emocional	Realización Personal	Despersonalización	Pasivo	Activo
Media	12.47	35.33	7.44	20.27	36.7
Mediana	11.00	36.00	7.00	20.00	37.00
Moda	10.00	40.00	7.00	23.00	38.00
Desviación Estándar	8.69	4.67	4.11	5.68	7.26
Varianza	75.55	21.82	16.92	32.27	52.72

Ahora bien, se realizó el mismo análisis por departamentos (administrativos y personal de salud) para identificar las diferencias entre las escalas del síndrome de burnout, encontrando un nivel alto de CE en los médicos residentes, los médicos adscritos no presentaron cansancio, y los demás grupos tuvieron cansancio moderado. Para el caso de RP sólo los administrativos no presentaron este factor, y en D, las enfermeras fueron las únicas que presentan un bajo nivel, los demás un nivel moderado. También se muestra que respecto a las estrategias pasivas y activas, todos los departamentos presentaron un nivel moderado, lo cual indica que en algunas ocasiones emplean ambas (ver tabla 4).

Se aplicó un análisis de la varianza utilizando pruebas robustas para identificar posibles diferencias en las variables antes citadas. Los resultados del ANOVA indicaron que hay diferencias significativas del grado de cansancio emocional ( $F(5, 471) = 10.57$   $p < .001$ ), despersonalización ( $F(5, 471) = 19.35$   $p < .001$ ) y realización personal ( $F(5, 471) = 4.68$   $p < .001$ ), que presentó el personal de salud de acuerdo al departamento en el que trabajan. Aunque el supuesto de homogeneidad de las varianzas fue violado, la prueba robusta de Brown – Forsythe y Welch confirmaron estas diferencias significativas  $F$

(5, 307.72) = 9.85  $p < .001$  y  $F(5, 161.99) = 9.84$   $p < .001$  respectivamente para cansancio emocional;  $F(5, 391.47) = 5.03$   $p < .001$  y  $F(5, 169.06) = 4.61$   $p < .001$  para realización personal y  $F(5, 309.81) = 20.05$   $p < .001$  y  $F(5, 172.38) = 16.75$   $p < .001$  para despersonalización.

Posteriormente se aplicó la prueba *Post Hoc* utilizando la prueba de *Games-Howell* para identificar cuáles fueron los grupos que presentaron diferencias significativas, así como la dirección de la diferencia. En la tabla 5 se muestran los resultados de las comparaciones múltiples solo para aquellos grupos que resultaron significativos.

**Tabla 5**  
**Resultados de la prueba Post Hoc para múltiples comparaciones.**

Variables	(I) Departamento	(J) Departamento	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% Intervalo de confianza	
						Límite inferior	Límite superior
CANSANCIO EMOCIONAL	Paramédicos	Residentes	-6.81	1.47	.00	-11.08	-2.55
		Trabajo Social	-5.89	1.44	.00	-10.14	-1.63
	Administrativos	Enfermería	-2.84	.96	.04	-5.62	-.05
		Residentes	-8.66	1.35	.00	-12.61	-4.71
	Trabajo Social	Administrativos	5.89	1.44	.00	1.63	10.14
		Enfermería	2.84	.96	.04	.05	5.62
	Residentes	Residentes	-5.82	1.41	.00	-9.91	-1.73
		Paramédicos	6.81	1.47	.00	2.55	11.08
		Administrativos	8.66	1.35	.00	4.71	12.61
REALIZACIÓN PERSONAL	Paramédicos	Enfermería	5.82	1.41	0.00	1.73	9.91
		Médicos Adscritos	-2.45	.73	.01	-4.59	-.30
		Administrativos	-3.00	.77	.00	-5.23	-7.6
	Médicos Adscritos	Enfermería	-2.10*	.65	.01	-3.97	-.23
		Paramédicos	2.45	0.73	0.01	0.3	4.5
		Administrativos	3	0.77	0	0.76	5.23
DESPERSONALIZACIÓN	Paramédicos	Administrativos	2.10*	.65	.01	.23	3.97
		Enfermería	3.71*	.53	.00	2.18	5.23
	Administrativos	Enfermería	3.49	0.51	0	2.01	4.96
		Médicos Adscritos	4.01	0.81	0	1.63	6.38
	Trabajo Social	Enfermería	2.67*	.53	.00	1.10	4.23
		Residentes	-2.01*	.56	.00	-3.64	-.38
	Enfermería	Paramédicos	-3.71*	.53	.00	-5.23	-2.18
		Administrativos	-3.49*	.513	.00	-4.96	-2.01
		Médicos Adscritos	-4.01*	.81	.00	-6.38	-1.63
	Residentes	Trabajo Social	-2.67*	.53	.00	-4.23	-1.10
Residentes		-4.68*	.56	.00	-6.32	-3.04	
Enfermería		2.01*	.56	.00	.38	3.64	
		Enfermería	4.68*	.56	.00	3.04	6.32

Games Howell .P<0.05

En la tabla 5 se observa con respecto a CE, los médicos residentes presentaron nuevamente índices más altos respecto al personal de servicios auxiliares, administrativos y personal de enfermería. El personal administrativo tuvo muy bajos índices de cansancio emocional en comparación con el personal de trabajo social, enfermería y médicos residentes.

La mayor parte de las comparaciones en la variable de RP no presentaron diferencias significativas, con excepción de los médicos adscritos que tuvieron mayor índice de realización personal en comparación con el personal paramédico y personal administrativo, siendo éstos últimos los que presentan los índices más bajos en realización personal. Con respecto a la D, se observa que todos grupos presentaron significativamente

mayores niveles en comparación al personal de enfermería.

Asimismo, se analizó si existían diferencias significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento activas y pasivas (EA:A-P) en función del departamento al que pertenecía el personal de salud. Los resultados indicaron que no existen diferencias significativas en el uso de estrategias pasivas y activas de afrontamiento  $F(5, 471) = .082$   $p < .995$  y  $F(5, 471) = 1.82$   $p < .106$ , respectivamente.

Finalmente se hizo un análisis más para saber si se relacionaban las variables de interés entre sí. Los resultados de la tabla 6, indican que si hay relación significativa entre las variables, *las cuales son en su mayoría moderadas bajas* y algunas con correlación negativa, pero esperables.

**Tabla 6**  
**Correlaciones entre variables.**

	Cansancio Emocional (CE)	Despersonalización (D)	Realización Personal (RP)	Estrategias Activas (EC)	Estrategias Pasivas (EP)
Cansancio Emocional	1				
Desperso- nalización	.103*	1			
Realización Personal	-.202**	-.021	1		
Estrategias Activas	-.113*	.245**	.315**	1	
Estrategias Pasivas	.137*	-.031	-.034	-.041	1

n = 477

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

Para probar la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento sobre las tres escalas del síndrome de burnout en el personal de salud, se realizó un procedimiento de regresión múltiple dividiendo la salida por los diferentes departamentos. Los resultados indican que el uso de estrategias pasivas de afrontamiento demostraron tener efectos positivos en el cansancio emocional en el personal administrativo ( $\beta = .271$   $p < .01$ ), en el personal de trabajo social ( $\beta = .408$   $p < .05$ ) y en el personal de enfermería ( $\beta = .363$   $p < .01$ ). De manera similar, las estrategias activas de afrontamiento demostraron tener efectos negativos con la escala de cansancio emocional solamente en el

caso del personal de médicos adscritos ( $\beta = -.520$   $p < .05$ ) y médicos residentes ( $\beta = -.359$   $p < .05$ ).

Por otro lado, los resultados indicaron que las estrategias activas mostraron efectos positivos con la escala de D en el personal de paramédicos ( $\beta = .245$   $p < .001$ ), en el personal administrativo ( $\beta = .292$   $p < .001$ ), en el personal de trabajo social ( $\beta = .217$   $p < .001$ ) y en médicos residentes ( $\beta = .110$   $p < .05$ ); mientras que no se identificaron asociaciones con las estrategias pasivas.

Con la variable de realización personal, se identificó que las estrategias activas de afrontamiento tienen efectos positivos en el personal paramédico ( $\beta = .181$   $p < .01$ ), en el personal ad-

ministrativo ( $\beta = .268$   $p < .001$ ), en el personal de enfermería ( $\beta = .188$   $p < .001$ ) y en los médicos residentes ( $\beta = .165$   $p < .01$ ).

### Discusión

Con respecto a la *prevalencia de síndrome de burnout* se pudo confirmar la primera hipótesis planteada sobre la existencia de burnout, representando casi una tercera parte de la muestra (24%), este índice suele ser poco más alto que los que se reportan en la literatura (Parada & cols. 2005).

*Analizando las escalas de burnout con los grupos*, en este estudio se encontró que la escala de cansancio emocional (CE) más alta se menciona en los médicos residentes, lo cual no es de extrañar pues este grupo estuvo más comprometido en la atención de pacientes y familiares con influenza, tuvo mayor sobrecarga de trabajo durante turnos largos y restricción de salidas y contacto con familiares, hecho que podemos corroborar en los comentarios que nos hicieron en el espacio de ítem abierto a comentarios (Phlibert & cols. 2002; Gascón, Olmedo & Cicotelli, 2003; Bencomo & Liebster, 2004; Martini & cols. 2004 López & cols. 2007). Para ejemplificar podemos mencionar algunos de estos: (R2 de Bolivia): *mi familia tenía que venir a visitarme en este mes, ahora tendré que re-programarlo*, (R2 de DF): *de abril a mayo considero que es la situación más difícil a la que me enfrenté. Saber que yo manejaba a pacientes con influenza y que eso me convertía en un transmisor de la enfermedad, y que a pesar de que me esmerara en cuidarme, pudiera infectar a mis hijos y esposa, por un lado me movía mi responsabilidad como médico pero por otra la de un padre, y luego la carencia de material de protección, medicamentos y no contar con vacuna; la inestabilidad laboral. En fin, supimos que hacer y salimos -solos-, creo que lo hicimos bien*. (R2 Guatemala): *Me siento tranquilo, relajado pero a la vez con nostalgia de mi familia, lo que me estresó es la epidemia y al ponerme en contacto con pacientes confirmados*. Como en la literatura revisada, podemos afirmar que estuvieron implícitos elementos de tipo social, personal y organizacional (McCray & cols. 2008; Toral & cols. 2009).

### Uso de estrategias activas y pasivas en la población muestra

Al analizar los datos se encontró que los trabajadores de la salud utilizaron de manera moderada ambas estrategias, lo que habla de estilos variados de respuesta con componente emotivo (motivacional), cognitivo y actitudinal, así como la frecuencia de respuestas orientadas a la búsqueda de resolución de problemas. En otras palabras, estas estrategias fueron funcionales a la mayoría, les permitió adaptarse y hacer frente a la contingencia presentada (Lazarus & Folkman, 1984; Blandin & Martínez, 2005).

A continuación exponemos algunos ejemplos retomados de los comentarios realizados (estrategias activas): *“Creo que hasta este momento he tratado de controlar cada área de mi vida, tanto en la familia como lo escolar y al proporcionarnos el material adecuado podemos prevenir el contagio y no caer en pánico, así que solicito que se nos proporcione de todo este material”, “Me preocupa por ejemplo que tenemos que comprar nosotros nuestro equipo de protección y prefiero gastar para protegerme y no enfermar a mi familia”, “Estoy motivado y tranquilo con esta situación que prevalece para poder ayudar a la gente, ahora hay que manejarse con las debidas normas de seguridad”, “Cuando hay una situación no prevista y no sé qué hacer o que procedimiento en el trabajo con los compañeros, pregunto al que yo creo puede saber y actuó de acuerdo a los circunstancias”, “Como ciudadanos debemos acatar órdenes de nuestros gobernantes para así combatir día a día este virus, es nuestra tarea como ciudadanos ayudarnos unos con otros y eliminar esta horrible enfermedad que esta poniendo en pánico y todo el mundo”, “hice reajustes, mis dos compañeras brindan apoyo fabuloso”, “Uso empatía y apoyo espiritual”.*

### Estrategias de afrontamiento y su funcionalidad con las escalas del síndrome de burnout

Con respecto a la segunda y tercera hipótesis planteada sobre las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento entre el personal de salud del Instituto, y el uso de estrategias

de afrontamiento activas en personal con bajo *burnout*, se confirmó la primera hipótesis, y se descartó la segunda; encontrando que tanto las estrategias pasivas como las activas fueron empleadas durante esta epidemia, sin diferencias significativas entre estos grupos.

Sólo en los grupos de médicos adscritos y médicos residentes se encontró una *correlación negativa* entre estrategias activas y cansancio emocional, reflejada de la siguiente manera: en médicos adscritos el mayor uso de EA, se asoció con una baja de CE; de hecho son los que casi no presentaron CE, tuvieron una despersonalización moderada y más altos índices de BRP en comparación que los paramédicos y administrativos. Pareciera que en este caso, la despersonalización actuó como una respuesta de ajuste ante el estrés, minimizando el impacto a cansancio emocional. Estos hechos los podemos corroborar con los siguientes comentarios realizados por médicos adscritos: “Si son situaciones que no están en mis manos arreglarlas trato de no involucrarme emocionalmente”. “Me siento bien física y emocionalmente, fue básicamente por esta contingencia de la influenza que hay el temor de llevar la infección al hogar”.

La correlación negativa en médicos residentes se expresó mediante el bajo uso de EA asociado a un alto CE. Las estrategias activas utilizadas fueron: análisis de circunstancias, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, auto-control de emociones, control de emociones, etc. Ejemplos de comentarios realizados en éste, son: “La mejor manera de ayudar fue informándome de todo lo que le estaba ocurriendo y transmitirlo a amigos, familiares”, “Personalmente y en mi área laboral, he seguido las medidas y cuidados especiales”, “Trato de no estresarme y alterarme, analizo la situación o problema y busco una solución objetiva y acorde a las circunstancias que se presentan”, “Soy de nuevo ingreso, creo que todos pasamos por esa etapa de estrés pero me adapté, al siguiente día vi y aprendí, me apoyaron mis compañeros y finalmente sigo en el Servicio”, “Siempre tranquilo y con sentido del humor”.

En otras escalas, los médicos residentes mostraron una correlación positiva: entre EA

con despersonalización y realización personal. Ejemplos: “(R3 de Michoacán): Trabajo mucho pero creo que vale mucho más la pena porque me define como médico y como persona, aunque es cierto que a veces quisiera tener más tiempo para organizarme mejor”. “(MR1): Estamos muy cansados pero estoy satisfecho con mis logros, mi trabajo, mi profesión, tratar con pacientes es algo que me estimula para seguir preparándome más para brindar una mayor calidad y calidez humana”, “(MR3): Estresante es mi profesión, es a veces cansada, pesada pero me gusta mucho lo que hago, así que me mantengo informado y comunico esto a mi familia también”. “(MR2): El trabajo cuando nos gusta también nos agota pero eso no es signo de problema, solo es problema cuando por agotamiento no realizamos adecuadamente nuestra función, este periodo de contingencia me controle, me informe y pude proteger a mis hijos y hacer mis obligaciones,” “(MR1): El personal de la mañana que estamos expuestos a mucho estrés, requerimos terapia de todo tipo (técnicas de estrés), pediría a las autoridades valoren esta situación”, “(MR3): He tenido colitis muy fuerte, me siento marginada, discriminada, frustrada, decepcionada, opino que la carga de trabajo esta muy mal distribuida”. En estos últimos comentarios se denota un impacto a nivel físico-somático (Ben-Zur & Michael, 2007).

Otra *correlación positiva* que encontramos en este estudio fue en el grupo de enfermería, entre las escalas EP (usos moderados) y CE moderado, además de que fue en este grupo donde hubo más bajos índices de despersonalización (D) en comparación a todos los otros grupos. Un componente que pudo haber influido en las respuestas de este grupo, fue la actitud de compromiso hacia su trabajo lo que pudimos apreciar en varios comentarios que hicieron, pues a pesar de haber manifestado que se percibían en riesgo de contagio a influenza, parecían anteponer la actitud de compromiso a estos temores. Ejemplos: “Me siento comprometida al cien por ciento con mi trabajo, el quehacer diario que tenemos con los pacientes es un compromiso que ni el cansancio puede detener”. “Me siento activa y productiva., “La experiencia me ha enseñando que debo afrontar la situación que se venga

*serenamente y cuidando mi salud y llevando a cabo técnicas de enfermería y de asistencia". "Cuando el propio personal se contagio, nos alarmamos pero por eso yo hago hincapié que se le ayude a todo el personal". "Trato de dar lo que yo sé hacer para ayudar a los enfermos si fuese necesario quedarme un poco más de tiempo, adelante sin pensarlo". "Me estresé por un paciente con influenza que me dijeron que no tenía, pido que las cosas se manejen con transparencia, con apoyo a las enfermeras, lo único que pido es que en estos casos por lo menos se me dé el material para trabajar y protegerme y evitar contagiar a alguna otra persona". "El desgaste diario, solo estoy yo para el movimiento de los pacientes además de los baños de cada día a todos los pacientes, no me doy abasto yo solo con todo".*

En los trabajadores sociales, hubo una correlación positiva entre EA moderada con BRP y D moderada. Ejemplos de comentarios realizados: *"la jefatura de T.S. se organizo una junta extraordinaria con el personal de todos los turnos y al jefe para información de la situación y aclarar dudas". "Como sugerencia pude solicitar a las autoridades, que nos mantuvieran informados".*

Con respecto al personal administrativo, los resultados mostraron una correlación positiva de EP y CE, además de presentar despersonalización moderada y los más bajos niveles de realización personal (BRP) en comparación a todos los demás grupos. Por los comentarios realizados durante las encuestas podemos deducir que ellos se percibieron menos expuestos a la epidemia y sus preocupaciones estaban enfocadas más a problemas personales relacionados a la salud, relaciones de pareja, con la familia o problemas económicos. Ejemplos: *"Actualmente curso por problemas de salud que no se han resuelto y me mantienen un poco estresada". "El estrés que me ha causado el trabajo se debe a la mala relación que siento que hay con mis supervisores, hay sobrecarga de trabajo y no lo entienden, si hubiera equidad entre todos, creo que vendría con más ánimo a realizar lo que se me pida pero lamentablemente no es así", "Me preocupa la falta de coordinación que tuvieron para controlar la epidemia, la falta de tacto, la falta de compromiso de los trabajadores, la falta*

*de liderazgo, preocupa la ceguera y la sordera de las autoridades, la protección de muchas vacas sagradas que ya no aportan nada, la falta de material, herramientas y equipo para trabajar". "No he tenido ninguna situación que me estrese", "El no acudir los niños a la escuela por la contingencia, requiere que pase más tiempo con ellos y mi encuentro entre mis hijos y el trabajo, sé que puedo pedir mis vacaciones pero no es el momento y afecto a mis hijos pues a veces debo quedarme más en la oficina". "Yo creo muy poco en la situación en que estamos viviendo." "Me siento cansada porque trabajo de las 08:00 a las 18:30 horas, y es difícil trabajar con personas que en ocasiones son muy agresivas, trato de ser cordial y no engancharme en las discusiones, y así me la paso todo el tiempo, pero me gusta mi trabajo".*

En tanto el presente estudio tuvo como principal finalidad evaluar el impacto de la epidemia en los trabajadores de la salud durante la contingencia nacional por influenza AH1N1, en el análisis se pudo constatar que el uso de estrategias de afrontamiento fue *selectivo* y aunque se utilizaron ambas con similar frecuencia, su uso varió en algunos. Así mismo, las estrategias activas tuvieron una función moderadora al *síndrome de burnout*, y protectora a la escala de cansancio emocional, que parece aumentar cuando hay realización personal. Estos resultados nos permiten identificar el nivel de riesgo por grupos, siendo los médicos residentes los más vulnerables al *burnout*, y los administrativos con más baja realización personal, situación que nos alerta a implementar estrategias preventivas con los trabajadores de la salud que mostraron un riesgo latente a desarrollarlo.

Considerando que las estrategias de afrontamiento funcionales se adquieren a través del aprendizaje, la educación continua es un medio altamente efectivo para promover estos estilos sanos e implementar programas de tipo reflexivo en el ejercicio profesional (Catsicaris & cols. 2007). Por lo que coincidimos con los estudios que sugieren modelos mixtos de intervención: centradas en las personas y el contexto, organización y clima institucional existente (Gascón & cols. 2003; Okie, 2007; Vives, 2007; McCray & cols. 2008; Toral & cols. 2008).

Aprovechando las bondades que ofrece la investigación, quedan en el aire varios interrogantes como: de qué manera influyeron otro tipo de factores como, percepción de riesgo en la población (que parecía ser muy alta), el número de horas de trabajo en cada grupo, sentido de compromiso, satisfacción laboral, conflictos con las autoridades, conflictos personales, credibilidad de la epidemia, escolaridad, detección de iatrogenias en población con burnout, por lo que consideramos que estas interrogantes marcan la directriz de otro tipo de estudios experimentales, cuasi-experimentales o la combinación de métodos de investigación cualitativos y cuantitativos en diferentes etapas, que permitan describir o explicar éstos fenómenos, lo más cercano a la realidad en que se presenten.

## Referencias

- Ben-Zur, H. & Michael, K. (2007). Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists and Nurses: The Role of Challenge. Control Appraisals. *Social Work In Health Care*. 45 (4): 63 – 82. Recuperado en línea en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17954449>
- Blandin, J. & Martínez, D. (2005). Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su Relación en la Aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo.”. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. 51(104). 12 - 15 Recuperado de internet en: <http://www.planetadoctor.com/documentos/BURNOUT/burn-venez.pdf>
- Bencomo J., Paz C. & Liebster E. (2004). Rasgos de Personalidad, Ajuste Psicológico y Síndrome de Agotamiento en Personal de Enfermería. Universidad de Zulia, Venezuela, 18.
- Catsicaris, C. Eymann, A., Cacchiarelli, N. & Usandivaras, I. (2007) La Persona del Médico Residente y el Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout). Un Modelo de Prevención en la Formación Médica. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 105(3), 236-240.
- Gascón, S., Olmedo, M., Ciccotelli, H. (2003). La Prevención del Burnout en las Organizaciones: El Chequeo Preventivo de Leiter y Maslach (2000). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 55-66.
- Gil-Monte, R. y Peiró J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=3000/&numero=200016>
- Gil Monte, P.R. (2001). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas Para su Explicación y Recomendaciones para la Intervención. *Revista de Psicología Científica* Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia, España. Publicado el 25 de julio. Recuperado en línea en *Psicología Jurídica*: [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com)
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) Stress, Appraisal and Coping. *Journal of Nursing Research* 6(2), 201-211.
- López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M.I. & Espinoza-Martínez, C.E. (2007) Síndrome de Burnout en Residentes con Jornadas Laborales Prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 45(3), 233-242.
- López-Vázquez, E. & Marván, M.L. (2004) Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Pública de México*, mayo-junio, 46, 216 – 221.
- Martini, S., Arfken, C. Churchill, & Balon, R. (2004). Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*, 28(3), 240 -242.
- Maslach C. & Jackson, E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 20 Edición. Palo Alto California: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C., Schaufeli, B. & Leiter, M.P. (2001). 'Job burnout'. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Meda-Lara, M., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Morante-Benadero, E. & Ortiz-Viveros, G.R. (2008). Análisis Factorial Confirmatorio del MBI-HSS en una Muestra de Psicólogos Mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107– 116.
- McCray, L., Cronholm, P., Bogner, H., Gallo, J. & Neill, R. (2008). Burnout en residentes, ¿Hay esperanza? *Family Medicine*, 40 (9): 626-632. En: *Conexión Pediátrica. El Portal del Residente*, 1, 4. Primavera 2008. Traducción: Dra. Magdalena Goyheneix.
- Okie, S. (2007). *The New England Journal of Medicine*. 356 (26): 2665-2667.
- Parada, M.E., Moreno B.R.; Mejías, M.Z.; Rivas F.A.; Rivas F.F.; Cerrada S.J.; & Rivas P.F.(2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), 3(1), 35-45. *Revista de la Facultad Nacional de salud Pública*. Mérida, Venezuela, Universidad de Antioquia. Colombia. ISSN (Versión impresa): 0120-386X. Consultar en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/120/12023104.pdf>
- Philibert, I., Friedmann, P., & Williams, W.T. (2002). New Requirements for Residents Duty Hours. *The Journal of American Medical Association*, 288(9), 1112-1114.
- Thomaé MNV, Ayala E.A., Sphan M.S. & Stortti M.A (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 153, 18-21.
- Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G. & Juárez-Pérez, C.A. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational Medicine*; 59, 8–13.
- Vanheule, S., Rosseel, Y, & Vlerick, P. (2007). The factorial validity and measurement invariance of Maslach Burnout Inventory for Human Services. *Stress and Health*, 23, 87 – 91.
- Vives, A. (2007). Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Revista Electrónica de Psicología Científica*. Recuperado desde: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-307-2-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.html>