T
551

91375

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

"DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ASOCIADO CON VARIABLES DETERMINANTES, DESENCADENANTES Y FACILITADORAS TÍPICAS".

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS
EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

PRESENTA:

LIC. MA. TERESA GUTIÉRREZ ALANIS

DIRECTORA: MTRA. SUSANA MARTÍNEZ ALCÁNTARA

MÉXICO, D. F. MAYO DE 2005.

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

Agradecimientos y Dedicatorias.

Los de rigor...

A la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, agradezco la oportunidad de concretar este logro académico. Gracias por ser una Institución joven que todavía se mueve ágil hacia el futuro.

A la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, gracias por ser un espacio digno de desarrollo, les reconozco su excelencia académica y calidad humana, su generosidad y soporte para lograr mis metas. Gracias a cada uno de mis maestros por su apoyo y por enriquecer mi vida con los conocimientos compartidos. Gracias también a Anita por su trato cálido y eficiencia.

A mis Sinodales, que integran un jurado de lujo, por su indiscutible valía académica y humana, mil gracias por acompañarme en este evento y engalanarlo con su participación:

- Ψ Dr. Guilherme Luiz Guimaraes Borges
- Ψ Mtra. Adriana Cecilia Cruz Flores
- Ψ Dr. José Méndez Venegas
- Ψ Mtra. Susana Martínez Alcántara
- Ψ Enf. Esp. Cristina Martínez Dehonor

Al Instituto Nacional de Cancerología por la invaluable oportunidad de desarrollar mi trabajo en sus instalaciones y con su gente. En especial a la Jefatura de Enfermería y en particular a Cristina Martínez Dehonor por su apoyo y facilidades para la realización de este estudio. Mil gracias.

Los del corazón...

A mi familia, por ser siempre la razón de muchas de las cosas que hago. Les dedico este trabajo con todo mi corazón, igual que han estado presentes en las intenciones y motivos de muchos otros momentos de mi vida. Los amo, lo saben.

A mis papás, Carlos y Tere, por quererme tanto, por apoyarme y darme la sensación de seguridad que tanto necesito.

A MIS hermanos, Carlos, Miguel, Gabriel y Pichi, por ser míos, por ser mi fortaleza más indestructible, por que están ahí siempre para mí.

A mis amadísimos sobrinos, Carlitos, Silvita y José María, que pueden hacerme como les plazca, porque saben del amor incondicional de su tía, que me han dado con su existencia la ternura más inimaginable y que son una luz que calienta mi corazón cada día.

A mis cuñaditas, Silvilla y Lety, por ser mujeres valiosas y amorosas que han venido a agrandar y enriquecer la familia.

A mi "hermana mayor" y mi sobrina, Pava y Mariana, que me han dado su cariño, compañía y con quienes me encanta compartir mi vida.

A mi otra familia, Maricarmen, Germán, Güera, Lur ("Mi Direp"), Alvarito, Zuraya, Guilherme, Marisa Haro, el Dr. Rigo, Quetita, porque crecer tan arropada por ustedes ha sido un privilegio en mi vida que me ha permitido aprender y progresar, que me enorgullece y fortalece.

A mi querido Pepillo por ser mi amigo, por apoyarme, por mis dulces y por hacer de cada jornada, en tantos años compartidos, una delicia.

A mi maestra y amiga Susana Martinez, por su confianza, su respeto y orientación, porque me ha hecho partícipe de experiencias maravillosas e inolvidables. Mil Gracias.

A Josefina Godoy, Sexi Montes y Carlitos Alburquerque, mis "colaboradores", mil gracias por su soporte emocional y logístico, gracias por la compañía y por compartir la frustración de tantos viajes al hospital para perseguir gente y recoger una encuesta.

A mis alumnitos del SUA por estar y compartir el trayecto, por ser la audiencia cautiva de esta su loca maestra y por darme la hermosa oportunidad de servirles y aprender juntos.

A mis compañeros de la Maestría, a los que se fueron, David, "el ingeniero" y Ramoncito y a los "sobrevivientes", Rosario, Lety, Clarita, Carlos y Ale, con quienes se hizo tan agradable esta aventura y con gusto compartiría muchas historias más.

A mi hogar, mi Alma Mater, mi espacio de vida, la Universidad Nacional Autónoma de México, porque dentro de mi corazón me "super ruge el puma" por siempre.

A Ma. Teresa Gutiérrez Alanis, porque hoy se descubre capaz de hacer cosas que no imaginaba, porque ha mantenido a raya los temores y la inseguridad, por que es agradecida y vibra con los acontecimientos, porque está lista para seguir y seguir y...

ÍNDICE.

PRIMERA PARTE: REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN

RESUMEN 7

ABSTRACT 8

I. INTRODUCCIÓN 9

II. OBJETIVOS 14

III. ANTECEDENTES 15

III.1 Estudios de Burnout (BO) en profesionales de la salud 16

III.2 Estudios de BO en personal de enfermería 17

III.3 Estudios de estrés y depresión en enfermeras 19

III.4 Estudios de BO en personal de enfermería de especialidades 21

IV. MARCO CONCEPTUAL 23

IV.1 Proceso de Trabajo: Definición y Componentes 23

IV.1.1 Proceso laboral en personal sanitario 25

IV.1.2 Proceso de trabajo del personal de enfermería 31

IV.1.3 Proceso de trabajo y su relación con la salud mental 34

IV. 2 Síndrome de Burnout (BO): Antecedentes y Definición 36

IV.2.1 Elementos característicos del BO 37

IV.2.2 Determinantes, desencadenantes y facilitadores del BO 38

IV.2.3 Síntomas y/o repercusiones del BO 41

IV.2.4 Enfoques teóricos y métodos explicativos del BO 44

IV.2.5 Escalas para medir BO 50

V. MARCO DE REFERENCIA 52

VI. METODOLOGÍA 57

Hipótesis de trabajo 57

Tipo de estudio 57

Población de estudio y muestra 58

Recolección de información 60

Variables 60

Instrumentos y materiales 61

Procedimiento 62

Captura 66

Procesamiento y análisis de la información 67

VII. RESULTADOS 69

VIII. DISCUSIÓN 98

IX. CONCLUSIONES 107

X. RECOMENDACIONES 109

XI. BIBLIOGRAFÍA 114

XII. ANEXOS 123

SEGUNDA PARTE: ARTÍCULO

"Síndrome de Burnout en enfermeras del Instituto Nacional de Cancerología asociado a variables sociodemográficas, laborales, institucionales y exigencias laborales". 140

RESUMEN

Objetivo: El propósito del estudio fue detectar la prevalencia del síndrome de Burnout (BO) en una muestra de enfermeras del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) y relacionarla con las variables que se han reportado en la literatura asociadas al mismo, ya sea como sus determinantes, desencadenantes o facilitadores.

Introducción: El síndrome de Burnout es considerado una respuesta al estrés laboral crónico, con repercusiones individuales, institucionales y sociales. Se expresa en una tríada de sintomatología que incluye: el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (DP) y la falta de realización personal (FRP). Muchos estudios muestran que es más frecuente en los profesionales que trabajan en áreas asistenciales o de la salud por lo cual se estudiará al personal de enfermería del área de oncología, considerado como una población de riesgo.

Materiales y método: Se calculó y seleccionó una muestra estadísticamente representativa de 172 enfermeras, recolectando el 89%. Se aplicaron dos instrumentos: para la detección del síndrome de Burnout se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión validada al español, y para identificar las otras variables, una encuesta individual.

Resultados: Alrededor del 60% de la muestra presentan sintomatología moderada y alta. El síndrome se verificó en el 8%. Las variables sociodemográficas significativas fueron la edad con la FRP ($X2=16.8$ $p<0.002$) y la presencia de hijos con AE ($X2=9.50$ $p<0.008$). Las laborales fueron el puesto con AE ($X2=9.82$ $p<0.04$) y el área de trabajo con DP ($X2=18.56$ $p<0.005$); de las institucionales, instalaciones inadecuadas con DP ($X2=6.18$ $p<0.04$). Rasgos personales, responsabilidad ($X2=12.46$ $p<0.002$) y autocrítica severa ($X2=7.93$ $p<0.01$) con AE y estoica ($X2=7.05$ $p<0.02$) con FRP. Exigencias correlacionaron con AE, sobrecarga ($X2=14.26$ $p<0.0008$) y jornada extensa ($X2=7.47$ $p<0.02$) entre otras.

Conclusiones: Dadas las características del proceso de trabajo de la enfermera oncológica se perfila como un grupo de riesgo para padecer el síndrome. Se observó mayor riesgo en las enfermeras generales y del área de consulta externa, mismas que deberán considerarse como prioritarias para intervención y prevención del trastomo. Se observó que el AE es la sintomatología más significativa; se sugiere considerar desde los niveles moderados de intensidad para identificar la presencia del síndrome.

Palabras clave: Burnout, enfermeras, oncología, determinantes, desencadenantes y facilitadores.

ABSTRACT

Objective: To detect burnout syndrome (BO) in an oncology nurses' sample from INCAN, related to typical variables reported in the literature, which may be determinate, detonate or facilitate the syndrome.

Introduction: The Burnout Syndrome is considered as the response to the long term or chronic work-related stress, with individual, institutional and social repercutions. It is characterized by three dimensions: emotional exhaustion EA, depersonalization DP and diminished personal accomplishment DPA .In many studies has been reported more frequently in helping and health care workers, therefore we studied the oncology nurses considered as a risk group.

Material and methods: A 172 representative sample was calculated, selected randomly, and was recollected 89% of it. It was used two instruments: the Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to determine the presence of symptoms of BO and an Individual Questionnaire for the recollection of the other variables.

Results: Near 60% of the sample got moderate and high levels of symptoms; the syndrome was observed in only 8% of them. The sociodemographic variables significance related with either BO dimensions was age ($X2=16.8$ $p<0.002$) and having children ($X2=9.50$ $p<0.0008$). The job variables related was working position ($X2=9.82$ $p<0.04$) and working area ($X2=18.56$ $p<0.005$). About the institutional resources, to work in an inadequate place ($X2=6.18$ $p<0.04$) was significance. Other work-related variables was overload ($X2=14.26$ $p<0.0008$) and long working day ($X2=7.47$ $p<0.02$).

Conclusions: The general nurses and the extern consult personnel seems to be risks groups, which must be considered specially when intervention and or prevention programs would taken in the institution. We observed that the most significant symptoms was the EA related; we suggest to consider until the moderate levels of intensity to determine the presence of the syndrome.

Key words: Burnout, nurses, oncology, determinants and facilities factors.

I. INTRODUCCIÓN

Estudiar la relación entre la actividad laboral y la salud de los trabajadores, ya sea mental o física es necesario, pues el trabajo de todo tipo, además de promover la reproducción social y el pleno desarrollo del hombre, conlleva cierto grado de riesgos o exigencias que pueden afectar la salud de quienes los realizan. De manera tradicional se identifican ciertas profesiones u oficios como de alto riesgo para la salud (mineros, trabajadores de la construcción, entre otros). Sin embargo, existen profesiones en las cuales los estragos en la salud no son tan obvios como el daño físico severo, pero afectan la salud mental y la calidad de vida de las personas. Además, de que representan costos económicos altos y pérdidas para las empresas y países. Los estragos económicos como consecuencia de los problemas de salud mental laboral se estimaron en 150 billones de dólares anuales en EUA en 1990 y en Inglaterra el costo para los empresarios por el ausentismo laboral debido a trastornos mentales fue de tres a siete billones de libras al año (cit. en Martínez A., 2000). Las estadísticas de varios países indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental. Así, en los Países Bajos, por ejemplo, los problemas de la tercera parte de los trabajadores diagnosticados cada año de incapacidad laboral están relacionados con la salud mental. Y por su parte, el 58 % de los trastornos mentales, se consideran relacionados con el trabajo (Gründemann, Nijboer y Schellart 1991). Además de los trastornos laborales músculo esqueléticos, los de la salud mental son responsables de alrededor de dos terceras partes de todas las bajas anuales de causa médica en el mundo. Según el *Health and Safety Executive Booklet,* se ha calculado que entre el 30 y el 40 % del ausentismo por enfermedad en el Reino Unido puede atribuirse a alguna forma de enfermedad mental (Ross 1989; O'Leary 1993). En ese país, se ha calculado que uno de cada cinco miembros de la población activa sufre cada año alguna forma de enfermedad mental. Por otro lado, a pesar de que resultaría muy difícil precisar el número de días de trabajo perdidos cada año por esta causa, en el Reino Unido, se acepta una cifra de 90 millones de días de baja certificada, es decir, 30 veces la cantidad perdida por conflictos sindicales (O'Leary 1993). En la ultima versión de la Encuesta Nacional de Salud Mental Mexicana (Medina- Mora, Borges, et al, 2003) se reporta que el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos mentales estudiados alguna vez en su vida, que el 13.9% lo reportó en el transcurso del último año, mientras el 5.8% en los últimos 30 días. El padecimiento más frecuente fue la ansiedad con un

14.3% y los trastornos afectivos con un 9.1% , sobre todo en las áreas metropolitanas la prevalencia más alta fue para los trastornos de ansiedad con un 3.4%. Esto no quiere decir que la prevalencia de estos trastornos este, en su totalidad, relacionada con el trabajo, pero si consideramos que la edad de los encuestados corresponde a la etapa productiva y que en nuestro país se vive una crisis económica, que entre otros, impacta fuerte al sector de trabajadores que pueden estar empleados, subempleados o desempleados, podemos hacer alguna suerte de asociación entre ellos.

Se ha visto que los trabajos que conllevan una implicación personal, una relación constante y directa con las personas, como es el caso de los profesionales de la salud, enseñanza, servicios públicos y servicios sociales, entre otros, presentan una propensión a padecer algún tipo de psicopatología dadas las exigencias de su profesión.

Al respecto, en una encuesta realizada por el British Medical Journal, el 41% de los profesionales de la salud se declararon infelices en su trabajo y el 16%, muy infeliz. Las razones más reseñadas por los encuestados fueron, por orden, la sobrecarga de trabajo, el bajo salario, la falta de apoyo por parte de las instituciones, la pérdida de control sobre la propia actividad profesional y el sentimiento de estar solos ante una sociedad que ha perdido la capacidad de enfrentarse al dolor, a la enfermedad y a la muerte (Chavarría, 2000).

Muchos autores (Gil-Monte 1997, Sandoval 2000, Atance, 1997, Caballero et.al., 2001, Flores Lozano, 1994, Gilardi y Iapichino, 2001, Grau y Chacón, 1998, entre otros) han estudiado al Síndrome de Burnout (BO) como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente. El síndrome de BO o de "quemarse por el trabajo", es un padecimiento muy frecuente en los trabajadores asistenciales y sanitarios, se presenta como consecuencia de una situación de estrés laboral crónico y se expresa por medio de una tríada de síntomas o dimensiones.

Esto incluye tres grupos de síntomas que aluden a la falta de realización personal FRP, al agotamiento emocional AE y a la despersonalización DP, este último aspecto repercute directamente en el trato y servicio que se presta a los usuarios/pacientes; por lo que el BO afecta no sólo al trabajador sino al que requiere de sus servicios. Además se ha observado que un grupo particularmente vulnerable, o donde es frecuente la presencia de BO, es el personal de enfermería, debido a las características de su proceso de trabajo, donde la sobrecarga es frecuente, los turnos

son extremos y existe poco control en la toma de decisiones y se incrementa en aquellos que trabajan en áreas como terapia intensiva y oncología por la gravedad de los pacientes que atienden (Henderson-Nichol K. y Lesirge R., 2002, Evans L., 2002, Edwards D. y cols., 2000, Coffey, M., 1999, Gulland, A., 1999, Baldwin, P., 1999, Uribe 2000 y Morales 2002, Barrett L. y Yates P., 2002 entre otros). Los estudios del tema, sugieren la posibilidad de que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de ausentismo laboral que presentan estos profesionales, entre otros problemas. Por lo que resulta relevante el estudio de dicha problemática ya que, además de aportar información en población mexicana, al conocer los factores asociados al fenómeno se pueden tomar las medidas necesarias para prevenirlo y con eso contrarrestar las consecuencias negativas en el personal y la institución de salud.

Se trata de una problemática que ha sido estudiada en diversas poblaciones de trabajadores sanitarios sobre todo norteamericanos y europeos, sin embargo, en población mexicana se ha estudiado poco el síndrome de manera sistemática. Entre los trabajos encontrados se encuentran tres Tesis a nivel licenciatura y posgrado donde se ha verificado la presencia de BO en personal sanitario ya sean enfermeras y/o médicos mexicanos (Bernal 2001, Uribe 2000 y Morales 2002), además de algunos artículos donde se estudia en el personal del sector salud la presencia de estrés, no del síndrome de BO, asociado a su trabajo (Ortiz 1996, Vargas y Rosas 1993, Fernández et.al. 1994). Se observa por tanto, un cierto déficit en la investigación acerca de este tema en nuestro país, a pesar de ser estudiado desde los setentas en otras partes del mundo.

Conforme a la Guía Bibliográfica en Salud Mental que publica el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) donde se revisa la producción de científicos mexicanos en los temas de salud mental de los últimos 30 años (1968-1999), no se aprecian trabajos que aborden el padecimiento en cuestión con población mexicana, pero sí algunos de ellos que exploran el estrés en poblaciones de médicos y/o enfermeras. En otro tipo de publicaciones no arbitradas, se encuentran artículos de corte informativo o revisión del tema en el ámbito laboral o popular, al menos de los últimos años a la fecha.

El interés creciente por estudiar el síndrome de Burnout BO en los profesionales de la salud es comprensible dado que promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla y rehabilitarla, son tareas que producen satisfacciones, pero también muchos problemas y dificultades en el personal de estos equipos, que suele tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo asociados, al parecer debido a la fuerte tensión laboral a que se ven diariamente sometidos. El BO se ha ido convirtiendo

en una amenaza a los equipos de salud, que hay que identificar y manejar consecuentemente (Grau y Chacón, 1998).

Como se mencionó anteriormente, el Síndrome de BO ha sido estudiado en poblaciones diversas (Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Jordania, entre otras) pero hay poca información en poblaciones mexicanas, por lo que resulta importante aportar información al respecto en nuestro país. Por otro lado, dadas sus características el BO tiene repercusiones a tres niveles distintos: personales, institucionales y sociales de ahí que estudiarlo es necesario, pues los costos se reflejan a varios niveles también y pueden relacionarse con el alto ausentismo, aumento de los conflictos interpersonales, la alta rotación de personal, la baja en la calidad en el servicio y el incremento en los errores y accidentes en el trabajo, entre otros, que sobra decir las implicaciones que tienen para el trabajador y la institución (Grau y Chacón, 1998). Se ha relacionado al BO además, con la disminución de satisfacción personal, la ineficiencia e ineficacia que llevan finalmente al abandono de la Institución, lo que se ha relacionado con la implantación de políticas inadecuadas para contrarrestar los efectos. (Gil- Monte y Peiró, 1997) . Por otro lado, entre los aspectos epidemiológicos que pueden dibujar un perfil de riesgo del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. De las variables más asociadas a la presencia de BO estudiadas tenemos la edad, el sexo, el estado civil, los turnos de trabajo, la antigüedad profesional, la sobrecarga laboral, el salario, el reconocimiento y apoyo social, las estrategias personales de afrontamiento, la antigüedad, etc. (Atance, 1997, Chacón y Grau,1998, Guerrero, B. E.,2003, entre otros).

Con el presente trabajo se pretende no sólo estudiar la prevalencia del BO en una muestra de enfermeras mexicanas, sino aportar información acerca de los determinantes (exigencias organizacionales, características del proceso de trabajo, etc.), desencadenantes (estresores laborales de todo tipo) y facilitadores del mismo (rasgos de personalidad que funcionan como moduladores), así como mostrar sus repercusiones a los niveles institucional, personal y social. Es decir, se presenta una descripción lo más completa posible de la prevalencia del BO en la población de estudio y los factores que pueden causar, facilitar y/o proteger a las trabajadoras de padecerlo y con esto generar propuestas de intervención para mejorar el ambiente laboral y el bienestar de este colectivo de trabajadoras.

El estudio tiene el siguiente contenido, se revisarán los Antecedentes, que incluyen la revisión de la literatura en el tema (estudios del BO en personal sanitario, en personal de enfermería, el estrés y depresión en personal de enfermería y el BO en enfermeras especialistas). El Marco Conceptual, donde se revisa el proceso de trabajo en general, del trabajo médico y del personal de enfermería, en particular, además de su relación con la salud mental. El síndrome de BO (antecedentes y definiciones, elementos característicos, determinantes desencadenantes y facilitadores, sintomatología, los enfoques teóricos que lo explican y las escalas utilizadas para su medición). Después se presenta el Marco de Referencia, ahí se plantea la problemática del sector salud nacional donde se inserta la actividad de las enfermeras. Se continua con la Metodología, se especifica el tipo de estudio, población en estudio y muestra (cálculo del tamaño y selección de participantes), la recolección de información (variables, instrumentos utilizados y se detalla el procedimiento seguido), para terminar con la captura y procesamiento de la información. Los últimos apartados corresponden a los Resultados, Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Detectar la frecuencia con que se presenta el síndrome de Burnout en las enfermeras del INCan y qué factores (sociodemográficos, laborales, institucionales y personales) y exigencias laborales particulares lo acompañan; para así poder determinar ciertas características que definan un perfil de riesgo y con base en los resultados obtenidos, hacer recomendaciones útiles en el manejo del problema a la Institución o al personal en cuestión.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de personal de enfermería en activo adscrito a todo tipo de puestos dentro del INCan.
2. Identificar las variables sociodemográficas y laborales que presentan una asociación con la sintomatología.
3. Identificar las exigencias laborales típicas relacionadas con la presencia de BO, que puedan predecir una mayor ocurrencia del trastorno en esa población.
4. Precisar los rasgos de personalidad que pueden actuar ya sea como facilitadores o potenciadores del síndrome.
5. Delimitar el perfil de riesgo en este grupo para poder hacer recomendaciones a la Institución de Salud, para tomar medidas correctivas y/o de promoción de la salud a varios niveles de acción.

III. ANTECEDENTES:

Desde la investigación inicial del síndrome de BO, es ampliamente aceptadá la idea de asociarlo con los profesionales de las áreas asistenciales y de la salud principalmente, pero resulta interesante mostrar que se han reportado en la literatura, especializada y no especializada, estudios con otro tipo de poblaciones de trabajadores como son los ejecutivos y hombres de negocios en áreas financieras (Cooper et al., 2002, Glicken y Janka, 1982); técnicos dentales (Parsons, 2001); contadores públicos (Sweeney y Summers, 2002); personal docente (Sarros y Sarros, 1992 y Guerrero- Barona, E., 2003) y policías, entre otros (Blasco- Espinosa J.R. et al, 2002).

A continuación se revisarán los estudios realizados con poblaciones de profesionales de la salud en general (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, paramédicos, etc.); aquellos del personal de enfermería en muestras de diversos países; los trabajos donde se estudian además, del BO, otros trastornos afectivos como la depresión, ansiedad o estrés en personal de enfermería; y por último, las investigaciones que se refieren al grupo de enfermería de especialidades. Cabe mencionar que en los estudios revisados, era frecuente que se usaran de diferentes maneras los términos estrés laboral y BO, en ocasiones parecieran ser sinónimos y en otras se diferenciaban, sin entrar en una discusión que esclarezca la confusión o uso indistinto de conceptos, para nosotros el síndrome de BO es una consecuencia o agravamiento del estrés laboral crónico, por lo que se trata de dos entidades nosológicas o padecimientos diferentes pero relacionados.

Por otro lado, en cuanto a los trabajos específicos con muestras de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) se observó que en la gran mayoría de los estudios revisados, se sigue una metodología similar, que implica explorar el padecimiento (estrés, depresión, burnout) en una muestra de trabajadores, mediante la utilización de escalas, cuestionarios o entrevistas estructuradas, encaminadas a medir el trastorno y otras variables tanto laborales como personales que se relacionen con la presencia del mismo.

III.1. Estudios de Burnout (BO) en profesionales de la salud.

Al respecto, tenemos que en un trabajo donde la muestra fue del personal sanitario en general, Caballero Martín M., y cols. (2001) estudiaron la prevalencia del síndrome de BO y los factores asociados a éste en personal del área de salud, se consideró una muestra de 354 doctores, enfermeras y personal clínico auxiliar que pertenecían a 22 equipos de cuidados primarios del área VI de Madrid, España. Se utilizaron tres instrumentos para la recolección de datos: el MBI (para medir las tres dimensiones del BO), un cuestionario de datos sociodemográficos y otro de opinión personal, mismos que les fueron enviados por correo a los participantes para ser contestados de forma anónima. Los resultados mostraron niveles altos de BO, el 30.6% cayó en el nivel alto de agotamiento emocional, destacando los puntajes más altos significativamente para los hombres. En cuanto a la falta de realización personal, el equipo de pediatría obtuvo los puntajes más altos. Además se observaron relaciones entre el BO y otros padecimientos físicos y/o psicológicos asociados al desempeño de su profesión en 43.9% de los casos. El 38.3% asoció la presencia de BO con la sobrecarga de trabajo habitual en las clínicas. Los resultados de este estudio coinciden con muchos otros estudios en poblaciones similares, en afirmar que existen condiciones laborales que están enfermando de manera preocupante a los trabajadores sanitarios y que las medidas de solución tomadas hasta ahora, en el sentido de entrenar o atender psicológicamente al personal resultan insuficientes para resolver el problema.

En algunos estudios se exploran otras condiciones asociadas al estrés laboral, tanto personales como los riesgos potenciales presentes en el ámbito laboral, como es el caso de una investigación realizada en Gran Bretaña (Harris, N.,2001) dada la alta incidencia de estrés laboral, enfermedades asociadas a ello, ausentismo, rotación, conductas riesgosas y los incrementos en la tasa de accidentes que se observan en esta población. En otro estudio realizado en los Estados Unidos se exploraron los riesgos potenciales a que están expuestos los trabajadores de la salud y las enfermedades que padecen (Udasin I.G., 2000), así se exponen a una variedad de riesgos físicos y químicos así como, posturas forzadas y otras variables ergonómicas y múltiples estresores psicosociales, que se reflejan en una variedades de trastornos físicos y psicológicos.

Por ultimo, Warman A. (2001), realizó un estudió etnográfico de campo por 18 meses acerca de las condiciones de vida de los trabajadores sanitarios cubanos. Se encontró, entre otras cosas, que el personal de salud por las características de su trabajo y del entorno social tienen sobrecarga laboral y se fatigan emocionalmente, además, se presionan con las expectativas muy altas de su desempeño, la sensación de no tener vida privada y altos niveles de estrés relacionados con la imposibilidad de lidiar con la alta demanda de los pacientes y los limitados recursos materiales con que cuentan para atenderlos.

III.2. Estudios de BO en personal de enfermería.

Al respecto del personal de enfermería, que nos interesa estudiar, tenemos que es mucha la evidencia en la literatura especializada de que, por las características de su trabajo tan cercano y comprometido con las demás personas, el síndrome de BO es frecuente en este personal. Existen estudios al respecto en Inglaterra (Henderson-Nichol K. y Lesirge R., 2002, Evans L.,2002, Edwards D. y cols., 2000, Coffey, M., 1999, Gulland, A., 1999, Baldwin, P., 1999); en enfermeras especialistas en oncología o hematología (Barrett L. y Yates P.,2002); de terapia intensiva (Chen S.M. y Mc Murray A, 2001); acerca del posible manejo del estrés laboral en este personal (Harris, N.,2001); con enfermeras neocelandesas (Hall L., 2001); griegas (Tselebis A., Moulou A. y Ilias I., 2001); personal sanitario cubano (Warman A., 2001); en estudiantes de enfermería en Turquía (Cam O., 2001); en España (Caballero Martín M., y cols., 2001); enfermeras que atienden pacientes de VIH y SIDA en Australia e Inglaterra (Dobson P., Loewenthal M., 2001, Hayter, M., 1999); en Estados Unidos (Udasin I.G., 2000) ; comparando BO con medidas de depresión (Mausner-Dorsch H., Eaton W.W., 2000, Iacovides A. y cols., 1999); en Canadá (Jamal M. , Baba V.V., 2000); en Australia (Bryant, C., Fairbrother G., Fenton P., 2000); en Hungría (Piko, B., 1999) y en Israel (Malach-Pines A., 1999).

Hall L.(2001), detectó el BO en una muestra de enfermeras neocelandesas, encontró una alta incidencia de BO en el personal de enfermería de manera más o menos general. La muestra se integró por 1134 enfermeras a las que se les aplicó el MBI y se interpretaron los resultados conforme al enfoque teórico o modelo de las fases del BO, encontrándose un nivel bajo de BO en general, lo que sugiere que se están manejando bien en cuanto a no avanzar en las fases del BO para prevenir

o mantener bajo control el padecimiento, pero se destacó al grupo de edad de 41-45 años como el más vulnerable o suceptible de padecer BO.

Un grupo de investigadores griegos (Tselebis A., Moulou A. y Ilias I., 2001) exploró la relación entre el BO, la depresión y el sentido de coherencia, que se refiere a la congruencia entre pensamiento o creencias y acciones (SOC por sus siglas en inglés) en una muestra de personal de enfermería, conformada por 17 hombres y 62 mujeres; utilizando los siguientes instrumentos de medición: Beck"s Depression Inventory, MBI y Antonovsky's SOC Questionaire. Los resultados muestran que la falta del sentido de coherencia (SOC) se relacionó con el BO y la depresión; la depresión se relacionó en menor medida con el BO; se discute si la relación entre depresión y BO pueda ser el resultado de la relación entre SOC y depresión, por lo que concluyen que el grado de SOC puede estar funcionando como un elemento que ya sea que facilite o que proteja a la gente de padecer depresión y/o BO. Se sugiere la necesidad de incluir en los programas de atención o prevención de estos padecimientos para este tipo de personal el factor del SOC para mejores resultados.

Se ha planteado hasta ahora que es relevante conocer la relación del BO y ciertas variables o factores que pueden funcionar como predictores del mismo, para poder establecer medidas preventivas, por lo que en un estudio llevado a cabo con personal de enfermería de Turquía se indagó esta relación (Cam O., 2001). Se exploró el nivel de BO (por cada una de las tres subescalas del MBI: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) y las posibles variables predictoras en una muestra de 135 académicos de enfermería de diferentes universidades de Turquía; encontrando que el predictor más significativo para el agotamiento emocional fue la falta de satisfacción con el escenario laboral, para la despersonalización fue la presión laboral y para la baja realización personal fue la baja satisfacción laboral en la enfermería.

Jamal M. , Baba V.V. (2000) estudiaron la relación entre el BO (en sus tres dimensiones) y el estrés laboral, satisfacción laboral, compromiso del trabajador con la institución u organización y trastornos psicosomáticos. Los datos se recolectaron con un cuestionario estructurado que se aplicó a 67 supervisores y 173 enfermeras canadienses y se encontró que el estrés laboral se relacionó con el BO en sus tres dimensiones; la variable de satisfacción laboral fue significativa para

supervisores y enfermeras; en el grupo de enfermeras el estrés laboral se relacionó con trastornos psicosomáticos y compromiso institucional; por último, se observó que la variable género pueden funcionar como moderadora de la relación estrés-BO.

Bryant, C., Fairbrother G., Fenton P. (2000) estudiaron la influencia de variables personales y del lugar de trabajo sobre el estrés, en una muestra de enfermeras australianas y se encontró que el predictor laboral más significativo fue la sobrecarga de trabajo, otro agravante para el estrés laboral era que los problemas familiares o personales de las enfermeras se llevaban al trabajo potenciando los efectos nocivos de la sobrecarga; por otro lado se observó que el personal de enfermería tuviera el hábito de hacer ejercicio funcionó como un factor protector o que reducía el estrés.

III.3. Estudios de estrés laboral y depresión en personal de enfermería.

Piko, B., (1999) hace una revisión del tema del estrés laboral en el personal de enfermería en Inglaterra, se discuten las políticas adoptadas en el sector salud para atenderlo. Se estudió una muestra de 218 enfermeras elegidas al azar que pertenecían a un hospital de Condado, se les aplicó un cuestionario de autoevaluación que exploraba síntomas psicosomáticos, autopercepción de la salud, datos sociodemográficos, satisfacción laboral, conductas de riesgo para la salud, consumo de drogas, cargas emocionales y soporte social de compañeros. Los resultados muestran que tanto los problemas psicosomáticos diversos como el consumo de diferentes drogas y/o medicamentos (sedantes, barbitúricos) se pueden considerar como indicadores de los niveles altos de estrés laboral en esta población. El nivel de estudios correlacionó con el estrés, así se tiene que el personal con un nivel de estudios menor tuvo niveles más altos de estrés, además, tanto la edad (51-60 años de edad) como la rotación de turnos son condiciones que hacen más vulnerables al personal. Por otro lado, un soporte social sólido de sus compañeros parece ser un factor que reduce el nivel de estrés, por lo que el autor concluye que tanto el soporte social como el clima psicosocial en el trabajo deben ser mejorados en las instituciones de salud.

De igual manera, autores como Gulland, A. (1999) y Baldwin, P. (1999) identificaron los factores asociados al estrés laboral en el personal de enfermería ingleses, como son el ausentismo, rotación

de turnos y variables psicosociales, entre otros. Malach-Pines A. (1999) probaron una prueba breve para medir BO en el personal sanitario de población israelita verificando los factores tradicionales asociados al síndrome (satisfacción laboral, sobrecargas, turnos, etc.), sobre todo para contar con un instrumento confiable que muestre el desarrollo del padecimiento en cuanto al modelo de fases.

Por otro lado tenemos, que en un estudio realizado en Yorkshire Inglaterra se exploró la incidencia de estrés laboral y los posibles estresores percibidos por una muestra de 50 enfermeras de distrito, con el instrumento de "Community Health Nurses' Perception of work-related stressors Questionaire" y se encontró una alta incidencia de estrés en este personal y los siguientes factores fueron expresados como estresores: sobrecarga laboral, clima de cambios, atención especial a pacientes con enfermedades complejas, carencia de un equipo de soporte con otros departamentos y responsabilidades familiares, se observa que los resultados son consistentes con la evidencia reportada en la literatura del tema (Evans L.,2002).

Otro trastorno afectivo muy estudiado en poblaciones de trabajadores sanitarios es la depresión, así, Mauster-Dorsch H. , Eaton W.W. (2000), examinaron la relación entre diferentes variables ocupacionales y tres formas de depresión (episodio depresivo mayor, síndrome depresivo y disforia), la hipótesis es que las personas que trabajan en este sector están expuestas a niveles muy altos de estrés debido a las altas demandas psicológicas y el poco poder de decisión que tienen, lo que originaría algún tipo de depresión asociada a su profesión. De ahí que, se estudió una muestra de 905 profesionales de la salud, empleados de tiempo completo en Baltimore entre 1993 y 1996, se exploraron las variables sociodemográficas y psicopatológicas con un cuestionario especifico que avala el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos y una escala que midiera la Demanda-Control en el trabajo. Los resultados muestran que un alto nivel de tensión laboral, se asoció con gran prevalencia de los tres tipos de depresión, especialmente del episodio depresivo mayor, los puntajes altos de depresión se concentraron en las mujeres y en los solteros. Se concluye que los tres tipos de depresión parecen estar muy relacionados con las variables psicosociales del modelo demanda-control.

Iacovides A. y cols. (1999) estudiaron la relación entre la depresión y el burnout en el personal de enfermería, debido a que se cree que la presencia de BO puede ser una entidad asociada con la

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACIÓN ARCHIVO HISTÓRICO

incapacidad de experimentar placer por el trabajo. El estudio se realizó en un Hospital General en Grecia y se incluyó en el protocolo a todos los miembros del personal de enfermería (368 personas), se les aplicó de manera anónima el MBI para medir el BO, el Eysenck Personality Questionaire (EPQ) para conocer ciertos rasgos de personalidad y el Zung's Self-rating Depression Scale para medir la sintomatología depresiva. Los resultados muestran una relación débil pero significativa entre BO y depresión, se concluye que la depresión es un síndrome más amplio que afecta prácticamente todas las esferas de la vida, mientras que el BO se circunscribe al ámbito laboral; los autores sugieren que puede haber dos tipos de BO, uno, que padecen en su mayoría las enfermeras encuestadas, que casi no tiene relación con la depresión y otro que puede implicar cierta predisposición para desarrollarlo como una vulnerabilidad individual, que se caracteriza por unos síntomas más intensos y por parecerse más a la depresión en síntomas y etiología.

III.4. Estudios de BO en personal de enfermería de especialidades.

Es sabido que el personal de enfermería dedicado a especialidades, a enfermedades graves o atención de pacientes terminales o de terapia intensiva está expuesto a un estrés mayor. En un estudio australiano (Barrett L. y Yates P., 2002), se exploró la satisfacción personal, la presencia de burnout BO y la intención de abandonar el empleo o la institución en una muestra de 243 enfermeras especializadas en el área de oncología/hematología provenientes de 11 hospitales de Queensland. La intención era relacionar estos aspectos con la calidad en el servicio que prestan. Los resultados mostraron un nivel alto de satisfacción laboral y realización personal en la mayoría de ellas aún cuando el 40% reporta sobrecarga laboral y el 48% están a disgusto con su salario y carecen de apoyo suficiente de parte de la institución; por otro lado se observó que presentan varios síntomas de BO como agotamiento emocional el 70%, y por último más del 48% de ellas ha pensado dejar la especialidad, por lo que se concluye la necesidad de que gubernamentalmente se implementen programas para atender esta problemática tanto para salud de las enfermeras como para garantizar un buen servicio y reducir la deserción en estas especialidades.

Chen S.M. y Mc Murray A (2001), estudiaron la relación entre los componentes del BO y ciertas variables demográficas en un grupo de enfermeras en terapia intensiva con el fin de aportar

información a la institución hospitalaria de la importancia de atender esta problemática en su personal. Así la muestra incluyó 68 enfermeras del área de terapia intensiva de dos hospitales y estudiantes universitarias de enfermería en cuidados críticos, se buscó la relación entre BO (usando el Maslach Burnout Inventory MBI) y variables demográficas, encontrando en general que los puntajes en la prueba para las tres subescalas fueron de bajos a moderados; se observó que las enfermeras más jóvenes (20-29 años) las separadas o divorciadas, y las que trabajan tiempo completo en las unidades de cuidados intensivos son más propensas al agotamiento emocional, de lo que se recomiendan apoyos especiales para este tipo de personal y más investigación para conocer cuáles son aquellos factores ya sean personales o laborales que pueden funcionar como protectores o contrarrestar el BO.

Coffey, M. (1999) investigó también el estrés y el BO en la comunidad de enfermeras en salud mental forenses pues esta rama de la enfermería se ha caracterizado por ser muy estresante, la muestra incluyó 104 enfermeras de Inglaterra y Gales y se usaron escalas que medían estrés ocupacional; los resultados muestran que el 44.3% presentaron niveles altos de BO, sobre todo lo referente al agotamiento emocional; el 31.2% rebasaron o están en el umbral de la patología psiquiátrica y entre sus principales preocupaciones están el no contar con facilidad en su comunidad para referir a los pacientes, interrupciones en su trabajo, lidiar con pacientes suicidas y por último manifestaron sentirse poco apoyadas por supervisores y compañeros.

Parece haber evidencia suficiente para afirmar que el personal de enfermería es más propenso a padecer, entre otros trastomos afectivos, el síndrome de BO y que puede ser un agravante el que atiendan áreas de emergencia o donde se tratan pacientes con enfermedades graves o terminales, es precisamente una muestra de trabajadores con estas características la que será estudiada en la presente investigación.

IV. MARCO CONCEPTUAL.

IV.1 Proceso de Trabajo: Definición y Componentes.

El trabajo es el medio mediante el cual el hombre produce bienes para satisfacer sus necesidades. El hombre se crea, se produce y reproduce a través del trabajo; el objetivo central del trabajo es pues la satisfacción de las necesidades humanas, es la actividad fundamental del ser humano que le permite el desarrollo amplio de sus capacidades (Noriega, 1989). Se puede hablar de dos etapas que mutuamente se influyen: el proceso de trabajo y el proceso de consumo, cada fase depende de la otra y sin su concurso es imposible la vida humana. Los elementos que constituyen al proceso de trabajo son: los objetos, los medios, el trabajo y su organización o división (Noriega, 1989).

El objetivo fundamental del proceso de trabajo es la reproducción del hombre por medio de la satisfacción de sus necesidades. Sin embargo en sociedades como la nuestra este objetivo es la generación de ganancia básicamente mediante la explotación de los trabajadores. Pasa así a un plano secundario la satisfacción de sus necesidades empezando por el trabajo mismo (Noriega, 1989). De las particularidades de los diferentes tipos de procesos de trabajo se derivan riesgos, exigencias y perfiles de salud enfermedad característicos, así un tipo de trabajo Taylorista, por ejemplo, sin duda expondrá a los trabajadores a riesgos derivados del procesamiento de materias primas diversas y del manejo de máquinas y herramientas, así como a las exigencias asociadas al tiempo, por el control de tiempos y movimientos, las jornadas excesivas entre otros, dando por resultado problemas de fatiga física y/o mental, como los más relevantes. De ahí que para conocer en toda su magnitud la relación de salud y trabajo, se requiere un análisis detallado de los elementos del proceso de trabajo, así como de aquellos determinantes históricos, sociales, económicos o políticos que se expresan en él. Entonces, se hace necesario conocer los procesos de reproducción y producción social de manera amplia, para llegar a detectar las características de un colectivo de trabajadores dado, y sus manifestaciones en el perfil de salud-enfermedad que incluye manifestaciones fisiológicas y psíquicas que pueden o no ser patológicas, por lo cual los problemas de salud laboral se abordan de forma multidisciplinaria (Noriega, 1989).

Así en la lógica de la salud laboral se deben considerar a los riesgos y exigencias como factores potencialmente nocivos que son considerados como mediadores o variables intermedias entre el proceso de trabajo y la salud o enfermedad de los trabajadores. De ahí que el estudio de algún padecimiento o afección a la salud de los trabajadores deberá situarse en esa lógica y distinguir al grupo de estudio por sus características comunes de pertenencia a un determinado proceso laboral (Alvear y Villegas, 1989).

Por lo que, para abordar el problema central del presente estudio, consideraremos el marco de referencia de la salud laboral y las definiciones de riesgos y exigencias como mediadores entre el proceso de trabajo y la salud-enfermedad de los trabajadores.

IV.1.1 Proceso Laboral en el Personal Sanitario.

En los procesos laborales del sector servicios como lo pueden ser la enfermería o la medicina se dificulta un poco la caracterización e identificación de sus elementos constituyentes. Este sector "terciario" o de servicios tiene características propias que lo distinguen de otros sectores de la economía. Para organizar el análisis de estas particularidades se revisarán los elementos constituyentes del proceso de trabajo: objetos, medios, actividad (trabajo) y organización o división del mismo, en cuanto al trabajo sanitario.

Una discusión inicial al respecto, se refiere a la ubicación del trabajo médico ya sea como un proceso de trabajo o como una práctica social (una actividad humana característica de un grupo) y se argumenta a favor de considerarle como un proceso de trabajo, en la medida en que está inserto en el proceso productivo y reproductivo de la sociedad, como cualquier otra profesión. Al respecto, Mendes Gonçalves (1984) afirma que si la medicina fuera considerada como práctica social sería "una práctica reiterada en la sociedad, que realiza un grupo determinado de personas y que define su pertenencia al mismo y su reproducción social, este último aspecto lo lleva inevitablemente a entenderlo como proceso de trabajo". Donde, por sus propias características, el trabajo médico es un proceso de trabajo que "está validado socialmente y es una fuente directa para obtener medios para su sostenimiento y satisfacción de necesidades, para lo cual requiere relacionarse con el conjunto de los demás trabajos a través de sus productos". Así, se acepta a la profesión médica como un proceso de trabajo inserto en la sociedad que aporta subproductos y se beneficia de los de otros trabajos. Sin embargo queda por discutir el carácter científico, libre y creativo de la medicina en contraste con una concepción de proceso de trabajo que incluye todas las características, elementos, influencias y restricciones de toda actividad laboral. Esta discusión es una forma de distinguir el trabajo médico de los demás, pero resulta una visión un tanto romántica del mismo.

Ahora, al hablar de las particularidades del o los productos del trabajo médico en el intercambio social, tenemos que entender primero cómo es que se establecen las relaciones con los procesos de trabajo y sus productos y entre diversos productores, los que estarán determinados por su valor de uso. Al respecto el autor refiere que "La relación técnica que se establece en el interior de cada proceso de trabajo entre el productor y las condiciones de trabajo, está subordinada a la relación

social que se establece entre los productores a través del conjunto de sus productos, donde el resultado o producto se determina por su valor de uso".

Ahora, se considera a la "carencia", una condición del proceso de trabajo, como un elemento que mueve permanentemente al proceso, en aras de alcanzar sus fines, es decir, *le confiere movimiento teleológico*. En esta lógica, por ejemplo, si un trabajador hace una casa, su trabajo se determina como un trabajo de arquitecto. En esta instancia, la idea de un contenido mutable y particular a la carencia y al propio objeto y gracias a esta particularización es valor de uso. Puesto que la carencia satisfecha y determinada no es esencialmente la del propio productor, el producto terminado se le escapa: por ser social el producto antepuesto, es social el producto dispuesto (Mendes Gonçalves,1984).

La medicina se determina entonces como un trabajo y por ello puede entrar en las formulaciones presentadas como cualquier otro trabajo (no como cualquier otra "actividad"), incluso porque tales formulaciones abstractas solo son válidas a partir de los trabajos particulares y de su organización en un conjunto articulado, lo cual permite criterios para su comprensión capaces de dirigir una percepción más concreta (op cit.).

Una aspecto relevante al respecto de identificar a la práctica médica en el nivel de proceso de trabajo, es esclarecer su participación en la sociedad mediante el intercambio del producto de su trabajo en relación con los demás, al respecto Mendes Gonçalves (1984) propone que "al definir la medicina como trabajo, es necesario recalcar que su articulación con el conjunto del trabajo social no es accidental o "externa", en la medida en que su producto es una carencia externa que necesariamente hay que interiorizar, en la medida en que su objetivo se define por duplicado, en el producto en sí y en la obtención de los productos de los otros trabajos que el producto en si exteriorizado le proporciona, con lo que se puede retener inicialmente la idea de subordinación de su contenido técnico a las exigencias que aquella articulación le impone". Esto es la "carencia", que da sentido social y determina el trabajo médico, es la *salud* que es un producto en sí mismo y también es parte sustancial de la fuente de producción de otros productos (*trabajador*), de ahí su doble función. Así, la incidencia del trabajo médico sobre el intercambio social se refiere a la *preservación*

de la salud que garantiza la continuidad de diversos procesos de trabajo, en una especie de "reparación" de la pieza central del proceso, el trabajador.

Hasta aquí tenemos que, el quehacer médico es un proceso de trabajo como cualquier otro ya que se inserta en el intercambio social por su valor de uso, mismo que esta dado por una "carencia" particular, la salud, que es dual ya que es un producto y una cualidad de los trabajadores que producen a su vez.

Ahora, al analizar cómo se presentan los elementos del proceso de trabajo en el personal sanitario, se tiene en primer término que el objeto de trabajo es muy peculiar, ya que se trata de un sujeto (paciente). Así el elemento central del trabajo sanitario es un paciente ya sea sano o enfermo, que recibirá atención y que, inevitablemente, estará inmerso en ciertas transformaciones necesarias para restablecer su salud o lograr su recuperación. El planteamiento de Mendes Gonçalves refiere que el sujeto de este proceso es un portador de necesidades y que tiene naturaleza fisiológica, psíquica y social. Por este motivo durante el proceso de atención ningún ser humano puede ser separado de cualquiera de estas tres naturalezas por lo que debe ser atendido integralmente. El autor afirma al respecto del "objeto de trabajo" de la medicina lo siguiente: "El objeto de trabajo del médico pasa por una aprehensión intelectual, por esa adaptación de lo natural al proyecto y puesto que se trata siempre de un proceso reiterado, a los instrumentos que se constituyan para llevarlo a cabo". La necesidad del otro se interioriza como propia por su naturaleza humana, el paciente y el médico son naturalmente similares, pero debe despegarse de ello. El autor continua diciendo al respecto que "Desprender su objeto de sus conexiones naturales se presenta pues como el primer momento de este trabajo. momento doblemente determinado por la finalidad que el trabajo escogió y por los instrumentos que utilizará; el objeto así desprendido, en la medida en que pierde su naturalidad y se conforma al proceso en que entra, se determina entonces como objeto de trabajo".

Así pues, al ser tomado por el proceso del trabajo médico, el objeto ("cuerpo humano enfermo") éste sufre una modificación necesaria, en el paso del "cuerpo humano enfermo del paciente" al "cuerpo humano enfermo del médico" con una condición de que los elementos de toda la naturaleza que caracterizan la necesidad inscrita en el primero reaparezcan en el segundo, ya elaborado, en esta medida aparecen entonces como objeto del trabajo médico (op cit.).

Al proceder a esta adaptación, el trabajo médico modifica por lo tanto un objeto natural, pero aquí se le impone la naturaleza de este objeto: aún modificado, sigue indisociable del portador de la necesidad que lo designó como objeto posible y al proseguir en su trabajo, el médico continua encarándose con esta necesidad en la figura material de ese portador". (Mendes Gonçalves,1984). Esta característica del objeto-sujeto de trabajo obliga a un involucramiento profundo con él que representa un peso extra para el trabajador sanitario, que debe alejarse de él como humano para poder elaborarlo como parte de su trabajo. En este sentido el autor menciona que "... todo el proceso esta determinado "desde afuera" por el objetivo, por la idealización del producto que lo antecede y que le sirve de hilo conductor y por este camino, por las relaciones sociales que sitúan a cada trabajador dentro de la división social del trabajo. Así las cosas, al respecto del trabajo médico, se presenta una contradicción o complicación que es su objeto de trabajo y de la característica especial que lo marca en cuanto portador indisociable de la propia necesidad que, hecha objetivo, motiva el trabajo (op cit.)".

Por otro lado, cuando hablamos de los medios de trabajo en este tipo particular de proceso, se plantea que existen tres grupos de medios de trabajo:

El primer grupo, se refiere al conocimiento teórico que los trabajadores de la salud tienen sobre los sujetos (pacientes u otros) con los que interactúan y que involucra, por parte del trabajador, su capacidad intelectual. Esto posibilita el acercamiento al sujeto, objetivo de su práctica.

El segundo grupo corresponde a la dimensión manual del médico. Es decir, todos los conocimientos teóricos que posee debe plasmarlos en la práctica y, así, identificar las características particulares del sujeto con el que interactúa.

El tercer grupo corresponde a todos aquellos instrumentos materializados, que hacen posible la aplicación del conocimiento durante la práctica médica. Esto va desde las unidades médicas modernas, con todos los recursos materiales, diseñadas de tal forma que permitan efectuar la práctica médica con la máxima funcionalidad, hasta los materiales de curación, instrumental médico quirúrgico y equipos manuales y electromédicos con aplicaciones diagnósticas y curativas. La

tecnología de la bioingeniería aplicada ha tenido gran impacto dentro de la práctica médica (cit. en Gutiérrez, G, 1998).

Al respecto de los medios de trabajo, Mendes Gonçalves (1984) plantea que "...los medios de trabajo empleados en la medicina tienden a ser comprendidos como un conjunto de recursos tecnológicos, más o menos complejos, cuya historicidad se pierde tanto en el carácter científico en sí, supuesto como fruto de un desarrollo lineal, como en el oscurecimiento que tal carácter científico, conceptualmente simplificado, promueve de su función de instauración de una relación particular entre el médico y el objeto de su práctica". Así, el quehacer médico va ligado con el desarrollo científico y tecnológico que le permita contar con medios de trabajo útiles para atender a sus pacientes.

Si la medicina puede concebirse como trabajo deben distinguirse sus elementos simples: la actividad orientada a un fin o sea, el trabajo mismo, su objeto y sus medios. En cuanto al objeto de trabajo existe de forma "humanizada", esto es iluminada por la actividad que de ella se apropia. Por lo que esas características del objeto imponen a la actividad que lo transforma una manera de aproximársele; inducen también el desarrollo de medios, instrumentos que conduzcan a tal aproximación de manera de potenciarla. A su vez el instrumento representa un punto de encuentro de la finalidad del trabajo y del determinismo de la naturaleza, el lugar de su determinación recíproca: la discriminación de las características del objeto, que permiten conseguir el objetivo, se percibe a través de su mediación potenciadora - en el sentido de que amplía el rendimiento de la actividad y disminuye la resistencia del objeto-y restrictiva-en la medida en que reduce la múltiple funcionalidad de la actividad a un solo desempeño (Mendes Gonçalves,1984)".

En cuanto al desarrollo de la práctica o trabajo médico propiamente dicho, tenemos que es necesario establecer diferencias entre las etapas y los tiempos en los cuales se realiza el proceso de atención (cit. en Gutiérrez, G., 1998) . Así tenemos que, en una primera etapa, de manera ideal, el paciente acude oportunamente a la unidad médica. El médico valora y diagnostica el estado de gravedad del paciente y recomienda medidas terapéuticas.

En la siguiente etapa del proceso de atención, cada integrante participará con su función específica para alcanzar la recuperación del enfermo ("transformación"). Es preciso mencionar que

durante esta etapa es necesario contar con la colaboración del enfermo. Es claro que el éxito de la recuperación no depende, totalmente, de la práctica directa del equipo de salud. Además se precisa del seguimiento que el enfermo quiera darle a los tratamientos recomendados. Así la duración de los tratamientos depende en gran medida de la práctica integral del equipo de salud, de la efectividad del mismo y de la colaboración del propio enfermo, por estas razones es difícil precisar con exactitud el tiempo de recuperación de los pacientes.

Mendes Gonçalves (1984) menciona que la práctica médica, en determinado momento histórico, tuvo carácter caritativo, es decir, la práctica asistencial se proporciona gratuitamente sin ninguna distinción de sexo, raza o condición social. El desarrollo histórico y la influencia del capitalismo modificó las cosas y fueron creados grandes organismos de servicios médicos con el firme propósito de mantener a la fuerza de trabajo en condiciones adecuadas para la producción.

Por último, la organización o división del trabajo en el sector de servicios de salud, se fundamenta en la diferenciación de las actividades que se efectúan y se distinguen dos categorías generales en que se puede separar este trabajo: el intelectual y el manual (Mendes Gonçalves, 1984). El trabajo intelectual pertenece a la actividad que realizan los directivos y el trabajo manual es el que desempeña el personal dirigido. Es muy probable que en la práctica, el trabajo médico conlleve tanto un carácter intelectual como manual para su realización, que se pueda expresar de manera particular, de acuerdo al puesto, jerarquía, especialidad e institución donde ésta se desempeñe.

De manera similar el trabajo de enfermería contempla estos dos componentes (manual e intelectual) que definen sus actividades y que en cierto momento histórico pudieron, incluso, ser un motivo de devaluación a la enfermería como profesión. En el siguiente apartado se revisa con detalle la caracterización del proceso de trabajo de la enfermería y su devenir histórico.

IV.1.2 Proceso de trabajo del personal de enfermería.

Al respecto de la enfermería como profesión, tenemos que las ocupaciones son descritas por Weber en 1983 (cit. en García, 2003) clasificadas en dos grupos: en uno se encuentran las negativamente privilegiadas como los oficios que han sido tradicionalmente ocupaciones manuales y las positivamente privilegiadas como las profesiones que son ocupaciones intelectuales, aunque no exclusivamente. El concepto de profesión se formó a través de la historia cuando un grupo de personas que observan una necesidad social y se comprometen a satisfacerla, actúan sobre determinados problemas dedicándole todo su tiempo, además de cubrir tres requisitos:

El trabajo debe de ser no manual y basarse en una preparación que esté sobre el aprendizaje imitativo, destaca por su carácter intelectual, un cuerpo de conocimientos que lo respalda el cual permite "convencer" a la sociedad de la necesidad de sus servicios (Elliot, 1975, cit. En Sánchez 2003). La conexión de colaboración de profesiones de mayor rango incrementa la probabilidad de profesionalización de una ocupación.

En el caso de la enfermeria, ésta se inicia con el hombre pues éste se ha visto en la necesidad de cuidar de otros, en tanto éstos son capaces de valerse por sí mismos. El avance hacia la profesionalización de la enfermería ha tenido metas comunes a nivel internacional (CIE, 2001 cit. en Sánchez, 2003) entre ellas están:

- La búsqueda de la conceptualización de la enfermería
- La búsqueda de un método propio de la enfermera que permita incrementar un desarrollo disciplinar
- El desarrollo de la investigación disciplinar

La conceptualización de la enfermería se ha ido modificando a lo largo del tiempo y de todas ellas, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) la define como "La disciplina cuyo objeto de estudio es el cuidado de la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral, con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida". (cit. en García , 2003)

De los aspectos sociológicos de la enfermería se refiere que la ideología dentro de un grupo profesional tiene diversas funciones, entre ellas está el proporcionar a sus integrantes de una identidad formada por aspectos éticos y laborales que permiten considerar al trabajo como un medio para realizar la vocación, un ideal por el cual la profesión debe estar al servicio de todas las clases sociales sin distinción. Por otro lado, se establece una diferencia jerárquica entre el trabajo intelectual y el trabajo manual, en ese caso, el prestigio de la profesión se basa en la importancia y la calidad del servicio que brinda y el estatus económico de la comunidad a la que presta sus servicios, se señala además que la autonomía profesional permite la autorregulación y la responsabilidad moral de las profesiones. (cit. en García, 2003)

En cuanto a la enfermería como trabajo, se afirma que la división social del trabajo entre los profesionales se realiza según la importancia de sus servicios para el proceso capitalista, de esta situación no escapan las profesiones del área de la salud, en la cual cada uno de sus integrantes tiene valoraciones distintas en función de las aportaciones que hacen con relación al mantenimiento, reparación y reproducción de la fuerza de trabajo. A la enfermería le corresponde desempeñar funciones manuales, ser la ejecutora de órdenes dadas por otros, por ello consideradas como complementarias. (cit. en García, 2003). Al interior de la enfermería las diversas "especialidades" ponen de manifiesto la fragmentación que conviene a la eficiencia y a la productividad, esta división influye en la remuneración asignada a las mismas, la cual dependerá por un lado de la importancia que se le dé y por otro la remuneración diferencial determinará la extracción social de aquellos que aspiren a ejercerla.

Desde el punto de vista sociológico la enfermería como profesión tiene siete características: es una profesión predominantemente femenina; la procedencia de sus integrantes es predominantemente de estratos sociales bajos; en su mayoría los estudios que realizan son de naturaleza no universitaria; su práctica profesional está supeditada al médico; baja remuneración económica; ausencia casi total del ejercicio libre de la profesión; debilidad gremial y política. (cit. en García , 2003).

La poca valoración que tradicionalmente se ha brindado a la mujer tanto en la sociedad prehispánica, como en la española se ha mantenido hasta la época actual, en la que encontramos que todavía se la sigue confinando al hogar y limitando su acceso a las oportunidades sociales, educativas, ocupacionales y cuando logra incorporarse a este último se le asignan actividades

subalternas de mínima remuneración, que permiten a los hombres ocupar empleos de nivel medio o superior. (cit. en García , 2003).

Como se ha planteado anteriormente, la enfermería, por su devenir histórico, tiene características distintivas que van a determinar tanto su forma de hacer las cosas como las condiciones en que las realizan, con sus riesgos, exigencias y problemas de salud-enfermedad particulares. Así tenemos que se puede decir que existen diferentes niveles de abordaje para conocer los determinantes y causas más inmediatas del proceso laboral de la enfermería, el más general incluye a las políticas económicas y sociales que tradicionalmente "descuidan" presupuestalmente al sector salud y que llevan a un déficit permanente de recursos (humanos y materiales) para cubrir las demandas crecientes de atención de la población; lo que va a determinar un funcionamiento muy apretado económicamente en las instituciones de salud, donde se deben optimizar los recursos, ya que es difícil acceder a más (en cuanto a instalaciones, equipos, materiales, avances tecnológicos y un mayor número de recursos humanos); con las consecuencias en las sobrecargas de trabajo casi permanentes, el trabajar con equipos y materiales insuficientes, en jornadas laborales extremas, con bajos salarios y pocas oportunidades de progresar económica y jerárquicamente, etc. que se plasman en el proceso laboral del personal sanitario (cit. en García, 2003).

IV.1.3 Proceso de trabajo y su relación con la salud mental.

Algunas disciplinas han abordado el estudio del proceso del trabajo y su relación con la salud mental, la psicología industrial, la ergonomía, la psicofisiología y la psiquiatría ocupacional se han dedicado a explorar diferentes segmentos de esta relación (Martínez A. S. , 1997, 2000).

Existen diferentes modelos propuestos para estudiar los trastornos mentales asociados al proceso laboral, entre los que se cuentan: La propuesta del IMSS sobre el abordaje, diagnóstico y tratamiento de las neurosis; el método Lest; los estudios de Gardell y Frankenhaeuser y Karasek y Theörell en cuanto al distrés y sus implicaciones en la salud de los trabajadores y por último el Método Obrero Italiano (Martínez A . S., 1997).

Muchas son las problemáticas de interés en este campo de estudio, entre otras tenemos, el estudio de los trabajadores que muestran incrementos en los problemas mentales asociados a condiciones homogéneas de inseguridad e insalubridad laboral; la problemática del estrés laboral, la representación subjetiva y/o el significado que el trabajo tiene para los trabajadores; los factores negativos que el trabajo puede tener sobre la salud de los trabajadores, considerando la etiología de los trastornos mentales y la definición de categorías como el proceso de producción, el proceso laboral y la alienación, ya sea objetiva o subjetiva (Martínez A., 2000).

El estudio de la salud laboral en cuanto a los trastornos mentales asociados con el trabajo ha planteado ciertas dificultades por su carácter "subjetivo" para aproximarse a ello y poder hacer observaciones objetivas, equivalentes a otros aspectos del proceso laboral más fácilmente mensurables. Así tenemos que en la representación social de la salud laboral se reconoce la expresión del síntoma en las instituciones laborales y no en los individuos, lo que resalta dicho fenómeno como psicosocial y no como orgánico ni funcional, dando así una nueva óptica para el estudio y comprensión de la problemática (Guerrero, A., 2000). Algunos de los efectos negativos de las condiciones laborales sobre la salud mental que vale la pena investigar incluyen al estrés y la fatiga, considerados como mediadores o señales de alerta entre la exigencias laborales y los trastornos de los trabajadores (Martinez A., 2000).

Como se ha mencionado, entre las problemáticas más frecuentemente estudiadas está el estrés en el ámbito laboral, al respecto González Rey (en Buendía, J., 1998) plantea que se deben considerar una gran gama de implicaciones de la actividad laboral en la vida del individuo, que no son solo de índole profesional, sino que incluyen la totalidad de la persona produciéndose ideas y vivencias que afectan su autoestima, su seguridad emocional, así como otras necesidades humanas como la de logro, prestigio social, comunicación, etc. Para el autor, el escenario de la configuración productora del estrés laboral es el sujeto concreto y no el marco laboral definido por indicadores abstractos, fuera del sujeto que se expresa en él. Ahora bien, parece ser muy clara la posibilidad de que una persona pueda presentar cierto grado de estrés ya sea como consecuencia de enfrentarse a diferentes eventos, por tener ciertos rasgos de personalidad, por sus estrategias de afrontamiento o por la interacción de estos elementos, pero eso no circunscribe la presencia del estrés al ámbito laboral exclusivamente, una persona se puede estresar o no en cualquier circunstancia.

Por lo que en la lógica del estudio de la salud laboral, el estrés no es una problemática estrictamente laboral, es un padecimiento que se puede presentar en el medio laboral y en otros; cuando el estrés se mantiene permanentemente da la pauta para la aparición de múltiples trastornos, entre otros el BO. Sin embargo, el BO ha sido identificado como un padecimiento asociado al estrés laboral crónico, que presenta manifestaciones en cierta medida similares al estrés y además, incluye otros síntomas que lo definen como un problema de salud que se identifica de manera más nítida por el tipo de actividad. Así, tenemos al síndrome de *Burnout BO que* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, sobre todo cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

IV. 2. Síndrome de Burnout (BO): Antecedentes y Definición.

El término Burnout fue descrito originalmente en 1974 por Fredeunberger aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome. (Maslach, 1976,1978,1981 y 1982; Gil–Monte, 1997; Sandoval, 2000; entre otros). Freudenberger quien comenzó a observar una serie de manifestaciones de agotamiento en los psicoterapéutas de una clínica y utilizó el término Burnout (BO) para explicar el proceso de deterioro en los cuidados profesionales a sus usuarios. Maslach y Jakcson en 1981 hicieron los primeros estudios de caracterización de este "síndrome", integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo) y una intensa vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Desde entonces, el BO ha sido conceptualizado como un estrés organizacional crónico y cotidiano que aparece con frecuencia en trabajadores de servicios asistenciales: médicos, enfermeras, profesores, terapéutas, psicólogos, policías, etc. (citado en Grau y Chacón, 1998). Freudenberguer en 1980 definió el BO como un "estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada", para Maslach en 1982 (Gil-Monte, Peiró, 1997) es un "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos que hacen algún tipo de trabajo con la gente", mientras que otros como Pines, en 1993; Pines y Aaronson, en 1988 (Gil-Monte, Peiró, 1997) lo consideran un "estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por un largo periodo involucrado en situaciones emocionales de demanda". No existe una definición unánimemente aceptada de BO, cada vez existe mayor consenso en considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución (Gil-Monte, Peiró, 1997).

IV.2.1 Elementos característicos del BO.

En su acepción más común, se considera al BO constituido por tres dimensiones o elementos (Maslach, 1976,1978,1981 y 1982; Gil–Monte, 1997; Sandoval, 2000; Grau y Chacón, 1998, entre otros): El agotamiento emocional (AE) se refiere a una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad. La despersonalización (DP) se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de servicios, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que son la verdadera fuente de los problemas. Se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros, y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales. La falta de realización personal (FRP) se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima. Generalmente afecta al rendimiento laboral, sobre la base de una autoevaluación negativa, a veces encubierta con una actitud de "omnipotencia" que hace redoblar los esfuerzos aparentando interés y dedicación aún mayores, que, a la larga, profundizan el BO. Existe consenso en que estas tres dimensiones son los constituyentes básicos del BO, aunque se ofrecen diferentes modelos para explicar sus intervínculos. (Gil-Monte, Peiró, 1997).

En síntesis, los elementos más característicos de BO son el cansancio emocional o agotamiento emocional (AE) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la despersonalización (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal o falta de realización personal (FRP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo (Gil –Monte, 1997; Sandoval, 2000).

IV.2.2 Determinantes, desencadenantes y facilitadores del BO.

Para el estudio del BO se han identificado diversos factores o condiciones que pueden funcionar ya sean como determinantes, desencadenantes o facilitadores del mismo. Los principales determinantes del síndrome de burnout son cuatro: 1. el entorno social (cambios en reglamentos, en los procedimientos y roles dentro de la profesión, aumento en las demandas y cargas de trabajo, bajos salarios, etc.), 2. el plano organizacional (la burocratización de la profesión, clima laboral inadecuado, ambigüedad, conflicto y sobrecarga del rol, baja autonomía en el desempeño de funciones, jerarquización centralizada), además de, desarrollar un trabajo demandante, frustrante o aburrido, con sobrecargas frecuentes, jornadas excesivas, insuficiencia de recursos, supervisión de calidad o productividad estricta, remuneración baja, poco apoyo institucional, falta de supervisión y retroalimentación y discriminación sexual (cit. en Franco, M., 1997), 3. la relaciones interpersonales (relaciones tensas conflictivas y prolongadas con los usuarios y compañeros de trabajo, falta de apoyo de compañeros y autoridades, excesiva identificación con el usuario) y 4. el nivel del individuo (características de personalidad, sentimientos de altruismo e idealismo que llevan a involucrarse mucho con los pacientes y sus familias, sentimientos de culpa por errores propios y ajenos) (Sandoval J., 2000).

De acuerdo con la revisión de Grau y Chacón (1998), tenemos al respecto de los desencadenantes y facilitadores del BO que el proceso de BO es resultante de la influencia de agentes del entorno social, del marco laboral y características personales.

Diferentes autores han tratado de identificar los desencadenantes (estresores laborales), organizándolos en categorías. Peiró en 1992 (cit. en Grau y Chacón 1998) establece cuatro tipos: a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto (ruido, iluminación, vibraciones, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio, sobrecarga, turnos rotativos, etc.), b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión del grupo, desarrollo profesional), c) Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación y autonomía, supervisión, etc), y d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

Gil-Monte y Peiró (cit. en Grau y Chacón, 1998) consideran a esta última, más una variable facilitadora que desencadenante.

Las variables facilitadoras pueden ser sociodemográficas, de personalidad y los afrontamientos. Entre las primeras se cuentan el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y en la profesión.

Con relación a las variables de personalidad relacionadas con la presencia de BO, Grau y Chacón (1998) y Gil-Monte y Peiró, (1997) hacen una revisión de los hallazgos que van en dos direcciones fundamentales: la predisposición al BO de algunos rasgos del carácter y cualidades aisladas de las personas, y el papel modulador de determinadas cualidades o patrones funcionales de la personalidad, por efectos directos o indirectos. En la primera dirección, se sabe que las personas empáticas, sensibles, humanas, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas y susceptibles de identificarse mucho con los demás, son más proclives al BO. Se asocian significativamente al BO la ansiedad-rasgo con los trabajos de Richardsen y cols, en 1992, la adicción al trabajo o "workaholism" de Nagy y Davis, 1985 y otras cualidades.

Las estructuras complejas o patrones funcionales de la personalidad más relacionadas con la modulación del BO son: la personalidad tipo A (se caracteriza por una excesiva impulsividad, competitividad, impaciencia hostilidad y aceleración en el habla y movimientos, para este tipo de personas la vida es frenética, agitada y exigente), el locus de control (tiene que ver con los referentes que usamos para explicar las causas de lo que nos acontece en la vida y nuestra participación en ello, así un locus de control externo nos puede dejar indefensos frente a los eventos, con poca posibilidad de modificarlos, lo que genera gran tensión), los estilos atribucionales (se tratan de la interpretación que le damos a las situaciones y emociones que generan, este filtraje puede ser positivo y realista o negativo e irreal que lleve a generar tensión emocional), las variables referidas al Sí mismo (autoconfianza, autoestima, autoeficacia), las cuales si no son apegadas a la realidad de lo que somos y no nos permiten equivocarnos o nos exigen demasiado generan falsas expectativas que son fuente de estrés y la llamada "personalidad resistente" (hardiness) que implica características como perseverancia, alta resistencia y estoicismo, pero puede haber una sobreestimación de los recursos personales para lidiar con los eventos, que hace que no percibamos las señales de alarma y puede llevar a saturarnos, fatigarnos y enfermarnos.

Nowack en 1986, encontró que el llamado tipo A de conducta diferenciaba a sujetos con altos y bajos sentimientos de BO según el Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI por sus siglas en inglés). Nagy y Davis, indicaron que se relacionaba más significativamente con AE y DP, mientras que era baja su correlación con FRP. Diferentes estudios señalan que los profesionales con locus de control externo son más propensos al BO, influenciando especialmente sobre la subescala de FRP del MBI. En relación con el constructo estilos de atribución, similar al anterior, Haack en 1988 encontró que las enfermeras que atribuían la causa de su estrés a sus características personales, experimentaban significativamente más FRP en el trabajo, cuando esta causa se ubicaba en el entorno sólo se experimentaba mayor AE, pero si la causa se atribuía a sus pacientes, experimentaban más AE y más DP. Según Gil-Monte y Peiró (1997), los sujetos con locus "externos" son más propensos al desamparo y al afrontamiento centrado en la emoción. En relación a las variables del Si mismo, Cherniss en 1993 afirma que cuando la competencia percibida del individuo se frustra, las personas experimentan diversos síntomas de BO, con fracaso psicológico y retiro emocional de la situación. Los sujetos con mayor autoeficacia en relación a las formas de afrontar el estrés, experimentan con menor frecuencia el síndrome. Pierce y Molloy en 1990 encontraron que la autoconfianza discriminaba significativamente entre alto y bajo BO, según el índice global del Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI). Lee y Ashforth en 1990 y Gil-Monte (1994) encontraron que las expectativas de eficacia y la autoconfianza, se relacionan especialmente con mayor FRP en el trabajo y bajos sentimientos de AE y DP. Otros autores encontraron resultados similares para la autoestima: los individuos con alta autoestima experimentan bajo AE, baja DP y puntajes altos en la escala FRP en el trabajo, lo que significa agrado y satisfacción personal con su acrtividad.

Kobasa en 1982 estudio el constructo de personalidad resistente como un modulador que reduce la probabilidad de experimentar BO y Nowack en 1986 encontró que los niveles más bajos de estrés y mayor personalidad resistente, presentaban significativamente menos BO.

Las estrategias de afrontamiento (que se refieren a la forma en que encaramos la solución de un problema de manera pasiva o activa) empleadas por los profesionales, también han presentado efectos moduladores del BO. Los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos BO que los individuos que utilizan estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción (Ceslowitz, 1989; Boyle y cols, 1991; Leiter, 1991 cit. en Grau y Chacón 1998).

Además, muchos autores (tomado de Franco M., 1997) coinciden en la identificación de los siguientes elementos personales relacionados con el BO: a.) Aspiraciones nobles y un elevado idealismo inicial, b.) Falta de criterio para medir logros personales, c.) Rasgos de personalidad como ser muy sensibles, dependientes, perfeccionistas, empáticas, obsesivas, omnipotentes, intolerantes y descuidadas de sí mismas, pueden ser autoritarias y necesitar mucho de la aprobación y aceptación de los demás, d.) Sobrecarga de trabajo autoimpuesta, pues puede utilizarse el trabajo como sustituto de la vida social y/o familiar.

La falta de apoyo social en el trabajo puede ser un facilitador del BO, ya que si existe este apoyo social de compañeros y superiores funciona como modulador al regular los efectos del estrés laboral evitando su expresión máxima en el BO, especialmente a través de los efectos moduladores sobre el AE, estudiado en diversas profesiones (Koeske y Koeske, 1989; y otros cit. en Grau y Chacón 1998).

IV.2.3 Síntomas y/o repercusiones del BO.

Este síndrome produce repercusiones en todas los ámbitos de la vida personal y/o laboral, el cuadro clínico es progresivo y tiene que ver con un proceso crónico que es reflejo de un esfuerzo de adaptación inadecuado, por el cual el estrés laboral se convierte en distrés o estrés negativo (ver Tabla 1) .

Los síntomas que podemos observar son los que siguen: Alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Además se justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas. Se puede decir que entre las complicaciones del síndrome de Burnout se encuentran el abandono personal o de la profesión, la depresión crónica, el alcoholismo, la drogadicción y hasta el suicidio. (Atance, 1997, Gil-Monte, 1997, Sandoval, 2000, entre otros).

Tabla 1. Repercusiones y síntomas del síndrome de Burnout en relación con las variables de la triada del cuadro característico del BO*.

Nivel de repercusión del BO	Áreas afectadas	Síntomas y/o repercusiones	Subescala variable BO asociada	Autores
Personal individual	Alteraciones emocionales y conductuales Psicosomáticas	Depresión crónica, ansiedad, alcoholismo y/o drogadicción, propensión al suicidio, cansancio, fatiga patológica, irritabilidad, labilidad emocional, impulsividad y sentimientos de frustración. Catarro crónico, alteraciones psicosomáticas digestivas y respiratorias, cefaleas tensionales, alteraciones del sueño.	AE	
Institucional organizacional	Eficiencia laboral	Alto ausentismo laboral, apatía y pobre motivación laboral, resistencia al cambio, rigidez y falta de creatividad, perdida de eficacia y eficiencia, irresponsabilidad que lleva a una redistribución del trabajo con sobrecargas para los demás, incremento de los errores, retraso en la realización de tareas y entrega de productos, incremento de rotación de personal y aumento de los accidentes laborales.		
		Disminución progresiva del compromiso con la organización, baja implicación laboral, irritabilidad con colegas, usuarios y superiores, conflictos interpersonales con la autoridad y compañeros,	FRP	Atance 1997, Gil-Monte y Peiró, 1997 Sandoval,2000 Grau y Chacón, 1998.
	Satisfacción laboral	Disminución de la satisfacción laboral, preocupación excesiva por el confort laboral, propensión al abandono de la institución,	DP	
	Calidad en el servicio	Deterioro de la calidad en el servicio, tendencia a culpar del fracaso a los usuarios e institución, actitud negativa a las personas y al trabajo, actitudes cínicas, negativas, deshumanizadas y desconsideradas con los usuarios.		
	Económicos	Incremento de los costos económicos (asociados a la alta rotación, ausentismo e incremento de errores y accidentes laborales), establecimiento de políticas inadecuadas, incremento de gastos económicos por contratación y capacitación de nuevo personal.		
Social	Familiares Relaciones interpersonales y laborales	Problemas familiares diversos. Conflictos interpersonales	AE	
		Pérdidas y gastos económicos por la problemática laboral.	FRP	
	Costos económicos y sociales	Problemas con el servicio y gastos del sector salud.	DP	

* Tabla- resumen realizada a partir de la revisión de la literatura.

Entre las repercusiones a la salud personal observadas tenemos: cansancio y fatiga, catarro crónico, jaquecas frecuentes, alteraciones digestivas, insomnio, dificultades respiratorias, frustración fácil, poco control emocional, etc. Luego fueron descritas las consecuencias para la institución:

actitudes negativas hacia las personas que son el destino del trabajo y hacia el propio trabajo, ausentismo elevado, uso de alcohol y otros productos tóxicos, apatía, motivación laboral escasa o nula, baja implicación laboral, irritabilidad hacia los colegas y hacia los usuarios, preocupación excesiva por el confort laboral, tendencia a culpar del fracaso a los usuarios o a la institución, resistencia al cambio, creciente rígidez y baja creatividad. En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del BO: para el individuo (salud, relaciones interpersonales fuera del trabajo) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y al ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, etc.) (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Al considerar las consecuencias del BO para la organización, hay que tener en cuenta que ellas van más allá de la institución y afectan a toda la sociedad; además, el síndrome puede "contagiarse" a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral (Edelwich, Brodsky, 1980 cit. En Grau y Chacón, 1998). Para algunos autores, la satisfacción laboral disminuída es consecuencia del BO (Koeske, Koeske, 1989; Richardsen y cols, 1992 cit. En Grau y Chacón, 1998); para otros es antecedente (Leiter, 1988). Otra consecuencia importante es la propensión al abandono de la institución, lo cual genera costos, pérdida de la eficacia y eficiencia, implantación inadecuada de políticas, etc. Se ha hallado relación positiva entre BO y propensión al abandono (Gil-Monte, Peiró, 1997, entre otros). El incremento del ausentismo siempre repercute en el deterioro de la calidad del servicio, el aumento en gastos económicos de contratación y formación de nuevo personal y la redistribución del trabajo con la consiguiente sobrecarga laboral para otras personas. Matteson e Ivancevich en 1987(cit. En Grau y Chacón, 1998) han reportado que los episodios de ausentismo se asocian con períodos de estrés excesivo en la vida del sujeto.

El deterioro de la calidad del servicio es quizás, la repercusión más grave del BO sobre la organización y se deriva directamente de la DP. Se van desarrollando actitudes poco positivas y de desinterés hacia los usuarios, casi deshumanizadas. Muchas veces los profesionales evitan ciertas tareas y se desentienden del trabajo, empleando menos tiempo o "desconectándose" psicológicamente de los usuarios, cometen más errores y se obtienen más recriminaciones de los jefes. Al parecer, este deterioro ocurre por una pérdida progresiva de compromiso con el trabajo, por lo que se ha empleado esta variable (nivel de compromiso organizacional) como mediador en la producción de BO (Leiter, Maslach, 1988 cit. En Grau y Chacón, 1998). Otras consecuencias

asociadas al BO han sido reportadas, como el aumento de conflictos interpersonales con jefes y compañeros, el aumento de la rotación laboral, el incremento de accidentes laborales, etc. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

IV.2.4 Enfoques teóricos y métodos explicativos del BO.

Existen dos perspectivas para conceptuar el síndrome de BO: la clínica y la psicosocial. La primera asume que el síndrome de quemarse en el trabajo es un estado al que llega el individuo como consecuencia del estrés laboral. La segunda lo concibe como un proceso que se desarrolla a partir de la conjunción de características personales de quienes lo llegan a padecer. (Sandoval J., 2000, Gil-Monte, 1997).

Conforme al enfoque clínico el síndrome de BO implica una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por el trabajo y es más frecuente en profesionales que trabajan en contacto directo con personas. Mientras que el enfoque psicosocial se considera como un síndrome caracterizado por una tríada de sintomatología entre las que se cuentan el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo, que puede desarrollarse en profesionales que tienen por objeto a otras personas, en cualquier tipo de actividad. (Sandoval J., 2000).

Dentro de la perspectiva psicosocial, que concibe al síndrome de BO como un proceso, existen varios modelos explicativos del mismo que refieren el orden en que inician y se desarrollan los síntomas que integran el síndrome; la controversia entre los diferentes modelos se da en cuanto a determinar qué síntoma se presenta primero y cuál es la secuencia que siguen, además de explicar los mecanismos cognitivos que exhibe el sujeto en el proceso. (Sandoval J., 2000). Entre los modelos más significativos, según Gil-Monte y Peiró (1997), se encuentran los siguientes: Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), modelo de Leiter y Maslach (1988), Modelo de Leiter (1993), Modelo de Lee y Ashfort (1993), Modelo de Gil-Monte, Peiró y Varcárcel (1995). Por otro lado, tenemos tres grandes marcos teóricos que sustentan estos modelos, la teoría sociocognitiva del yo; las teorías de intercambio social y la teoría organizacional.

Desde que inicialmente apareció el síndrome de BO se ha aceptado que la perspectiva clínica resulta limitada para explicarlo y se han considerado perspectivas teóricas con sus modelos para

explicarlo desde la psicología social y organizacional. Las teorías que provienen de la psicología social son la teoría sociocognitiva del yo y las teorías de intercambio social y de la psicología de las organizaciones tenemos las teorías del estrés laboral. (Gil-Monte, 1997).

A continuación se presenta la Tabla 2 con la clasificación de los modelos explicativos del BO derivados de las diferentes teorías.

Tabla 2. Clasificación de los modelos explicativos del BO.

Marcos teóricos desde los Que se han elaborado los modelos	Modelos sobre el síndrome de "quemarse por el trabajo" o BO.
a. Teoría sociocognitiva del yo	• competencia social de Harrison (1983) • El modelo de Cherniss (1993) • Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)
b. Teorías de intercambio social	• Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) • Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)
c. Teoría organizacional	• Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter(1983) • Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) • Modelo de Winnubst (1993).

Fuente: (tomado de Gil-Monte,1997).

Entre los modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo tenemos el de la competencia social de Harrison (1983) que afirma que los principales factores asociados al BO son la competencia y la eficacia percibida, se plantea que el síndrome de BO es fundamentalmente una función de la competencia percibida y las características del entorno laboral que pueden ofrecer factores de ayuda o de barrera para el desempeño y logro de metas del trabajador y en la falta de equilibrio de estos elementos radica la génesis del BO. Harrison señala que este modelo es aplicable a los sujetos que han desarrollado expectativas muy altas sobre el logro de objetivos laborales e intentan ayudar a los demás en situaciones en las que se requiere algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito.

Pines (1993) desarrolló un modelo similar al de Harrison con la excepción de que incorpora la idea de que sólo los sujetos que intentan darle un sentido existencial a su trabajo, esto es que justifican su existencia por la labor humanitaria y de ayuda que llevan a cabo en su trabajo, llegarán a padecer BO.

El modelo de Cherniss (1993) se basa en el modelo de Hall (1976) para explicar las relaciones entre la realización de sus tareas, sentimientos subjetivos de éxito o fracaso que experimenta el sujeto tras el desempeño, y las consecuencias que se derivan para la autoestima, la motivación, la satisfacción y la implicación laboral. Cherniss incorpora además las ideas de Bandura sobre auto eficacia para explicar la etiología del síndrome de BO. Este autor señala que el concepto de sentimientos de fracaso, describe adecuadamente los síntomas que posteriormente se han identificado como BO; además las caracteristicas del ambiente que facilitan que el sujeto desarrolle sentimientos de éxito se corresponden con las características de las organizaciones que ayudan a prevenir el síndrome: Organizaciones en las que existe un alto nivel de desafío, autonomía y control, retroalimentación de los resultados y apoyo social del supervisor y de los compañeros. Por otra parte, es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el síndrome de BO. Para este autor los sujetos con fuertes sentimientos de auto eficacia percibida experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, y las situaciones son menos estresantes cuando los sujetos creen que pueden afrontarlas de manera exitosa. Debido a que el síndrome de BO es una respuesta al estrés, la relación entre auto eficacia y estrés sugiere además una relación con el BO.

El tercer y último modelo derivado de la teoría sociocognitiva del yo es el Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993), que se basan en el modelo de autocontrol de Carver y Séller el proceso de estrés, partiendo de ello, proponen cuatro variables como responsables de la etiología del BO: discrepancias entren las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, el nivel de autoconciencia (self-focus) del sujeto, sus expectativas de éxito y sus sentimientos de autoconfianza. En este modelo la autoconciencia desempeña un papel fundamental en la etiología del síndrome y es considerado un rasgo de personalidad que se caracteriza por la capacidad del sujeto por regular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo.

Así, los sujetos con una alta conciencia se caracterizan por una alta tendencia a auto percibirse y a concentrarse en su experiencia de estrés por lo que perciben mayores niveles de estrés que los sujetos con baja autoconciencia. Propone que el reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos puede intensificar el nivel de autoconciencia en algunos sujetos, lo que afectará negativamente a su estado anímico que consecuentemente redundará en una falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias, y en bajos sentimientos de realización

personal en el trabajo. Cuando el logro de objetivos aparece continuamente frustrado los sujetos con alta autoconciencia y pesimismo tienden a resolver los problemas retirándose mental o conductualmente del conflicto, las conductas de despersonalización son consideradas en este modelo como un retiro conductual de la situación problemática, señalan que los altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida, característica del BO.

Ahora bien, los modelos derivados de las teorías de intercambio social parten de los supuestos de la teoria de la equidad o de la teoria de conservación de recursos y proponen que el síndrome de BO, tienen su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (p.e. ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, con los compañeros con los supervisores, y con la organización y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. Cuando reiteradamente las personas perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de "quemarse por el trabajo" o síndrome de BO. Bajo esta perspectiva teórica tenemos el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) que desarrollaron su modelo para explicar el síndrome de BO en personal de enfermería y señalan una doble etiología que incluye: los procesos de intercambio social con los pacientes y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

En cuanto al intercambio social en el personal de enfermería identifican tres aspectos para desarrollar el síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. En relación con la afiliación social y comparación con los compañeros se afirma que este tipo de personal no busca apoyo social en situaciones de estrés por el contrario evitan la presencia de sus compañeros por temor a ser criticados por incompetentes o débiles, en este caso el apoyo social resulta un factor negativo y si se suma con la comparación social se puede incrementar la frecuencia de ocurrencia del BO así como facilitar el contagio en otras personas del grupo. Todo esto estaría modulado por la autoestima de los sujetos, por sus niveles de reactividad frente a los problemas y por la orientación ya sea positiva o negativa del intercambio social. Los autores proponen que el BO tiene dos componentes

emocional y actitudinal, el primero estaría relacionado con el agotamiento emocional y el segundo con la despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo.

El otro modelo derivado de esta postura teórica es el de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993), donde se afirma que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva esta amenazado o frustrado, los motivadores los constituyen los recursos personales para el desempeño y adaptación a las actividades cotidianas. Los estresores laborales amenazan, al poner en juego los recursos del sujeto y generar inseguridad de sus habilidades, los autores resaltan además la importancia del apoyo o relaciones sociales y sus consecuencias como fuente de estrés, en la percepción de situaciones pérdida o ganancia. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo de BO y el tipo de estrategia de afrontamiento empleada para lidiar con la situación, también es un factor relevante, siendo las más nocivas las de afrontamiento pasivo.

Por último los modelos derivados de la Teoría organizacional, se caracterizan por enfatizar la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse, todos ellos incluyen al síndrome de BO como una respuesta al estrés laboral. En estos modelos se destacan variables como: la estructura organizacional, las disfunciones de rol o el apoyo social percibido como parte de la etiología del BO. Además se considera que las técnicas de afrontamiento eficaces pueden ser determinantes en la aparición y desarrollo del síndrome. Conforme a este enfoque se incluyen los modelos de Golembiewski, Munzenrider y Carter(1983), Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) y Modelo de Winnubst (1993).

De las tres posturas teóricas con sus modelos revisados, tenemos que, la primera resalta la importancia de las variables personales en la etiología del síndrome; la segunda línea enfatiza los procesos de interacción social y sus consecuencias en los trabajadores y en la tercera se desataca la importancia de las variables del entorno laboral en la etiología del BO. Se puede considerar que ninguna de ellas en sí misma explica por completo el BO (Gil-Monte, 1997), por lo que se propone un enfoque transaccional. Este enfoque pretende recoger en el mismo modelo todas las variables mencionadas; las variables cognitivas del yo relacionadas directamente con el desempeño laboral, por ejemplo, auto confianza, el rol de variables del ambiente organizacional, como las disfunciones de rol, el papel de los estresores derivados de las relaciones interpersonales, por ejemplo la falta de apoyo

social en el trabajo, y la importancia de las estrategias de afrontamiento, activas o pasivas. De este modo el síndrome de BO puede considerarse como una respuesta ante el estrés percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (activas o pasivas) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la institución, etc).

Un problema paralelo a la definición del BO es el de su diferenciación de otros estados, con los que suele confundirse: Tedio, depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, etc. (Gil-Monte, Peiró, 1997. El proceso de BO supone una interacción de variables afectivas (AE y DP), cognitivo-aptitudinales (FRP) y actitudinales (DP y FRP), que se articulan entre sí en un episodio secuencial. Más que un estado, es una particular respuesta a corto y mediano plazo al estrés crónico en el trabajo (Gil-Monte, Peiró, 1997). El estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, el BO siempre negativos. Entre otras condiciones asociadas a la presencia de BO se ponen de manifiesto el papel que tienen las cualidades cognitivas del Yo relacionadas con el desempeño laboral (auto confianza), algunas variables del entorno organizacional (ambigüedad y conflicto de rol), los estresores relacionados con la falta de apoyo social en el trabajo y las estrategias de afrontamiento (de carácter activo, de evitación).

IV.2.5 Escalas para medir BO.

Entre las escalas para determinar la presencia de sintomatología del BO, tenemos el Teacher Burnout Scale (TBS) de Zeidman y Zager, el Teacher Attitude Scale (TAS) de Farber, el Meier Burnout Assessment (MBA), la escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB) de García y cols, y otros. Su caracterización psicométrica puede encontrarse en el trabajo de Gil-Monte y Peiró (1997).

Los instrumentos de BO usados comúnmente son: el Staff Burnout Scale for Health Proffesionals: SBS-HP, el Tedium Measure: TM, o BM, y el Maslach Burnout Inventory: MBI.

El instrumento usado con mayor frecuencia para evaluar BO es el MBI, elaborado por Maslach y Jackson (1981-1986). Con su aparición casi se normaliza el concepto tridimensional de BO. Tiene 22 items tipo Likert. Inicialmente tenía una escala de frecuencia (7 grados) y otra de intensidad (8 grados), al obtenerse una correlación intensa entre ambas y al acoplarse tanto, se decidió retener sólo la de frecuencia. Los 3 factores ortogonales obtenidos corresponden a las dimensiones del BO. Desde la perspectiva diagnóstica, el constructo y cada una de sus dimensiones se consideran variables continuas y las puntuaciones se ofrecen en percentiles, aunque no se puede garantizar que las puntuaciones se ajusten siempre a una distribución normal real, los puntos de corte pueden ser diferentes en cada país. Otra discusión actual importante se refiere a la interrelación entre las 3 dimensiones. Algunos autores consideran que el MBI ofrece dos componentes: uno, integrado por AE y la DP (como estrategia de afrontamiento al AE), y otro, que es la FRP (Maslach, Jackson, 1986; Lee, Ashforth, 1990; Leiter, 1991). Otros consideran que el MBI tiene un componente emocional (AE) y otro actitudinal (DP + FRP) (Schaufeli, Dierendonck, 1993). Un tercer grupo mantienen los 3 componentes y su independencia (Gil-Monte y cols, 1995). Los estudios han demostrado la consistencia interna del MBI en grandes muestras.

Se ha hallado validez discriminante versus satisfacción laboral (Maslach, Jackson, 1986), depresión (Firth y cols, 1987), autoestima y alienación (Brookings y cols, 1985), y otros constructos.

Lo cierto es que el MBI se ha usado ampliamente para evaluar el BO en diferentes profesiones y países: Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Jordania, Zimbabwe, etc. (Gil-Monte, Peiró, 1997).

La versión hispana más empleada en Cuba ha sido el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), elaborada por Moreno y cols (1992), compuesto por 21 items que estiman 7 dimensiones: RP, AE, DP, tedio, características de la tarea, clima organizacional y las repercusiones del BO en la calidad de vida del sujeto, especialmente en sus relaciones interpersonales.

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

V. MARCO DE REFERENCIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los objetivos finales de los sistemas de salud son tres: 1. mejorar el nivel y distribución de las condiciones de salud; 2. mejorar el nivel y la distribución del trato a los usuarios de los servicios de salud y 3. garantizar protección financiera en materia de salud (cit. en Puentes, R.E y Garrido, F., 2002). Esta misión, de incuestionable importancia, es un reto cada vez más difícil de enfrentar para el sistema de salud mexicano, pues existe un desequilibrio enorme entre la demanda de la población en materia de salud y los recursos de todo tipo disponibles para darle cobertura.

En cuanto a los requerimientos de la población en servicios de salud al 2002 en el país tenemos que, los no derechohabientes son 50,354,568 de personas y los derechohabientes de servicios de salud en el país son 50,023,077 personas (SSA,1998), mientras que el personal sanitario que labora en instituciones de salud pública para darles atención es de 310,103 (entre médicos, enfermeras, trabajadores sociales entre otros). De los cuales el personal de enfermería es de 179, 634 aprox. y la proporción de enfermeras por médico es de 1.33 en el país y de 1.00 en el D.F. (Secretaría de Salud, s/f). Un cálculo aproximado daría una proporción de 161 pacientes por cada profesional sanitario en general y 278 por enfermera de instituciones públicas, conforme a la demanda de atención potencial para dar la cobertura necesaria.

Acerca de la infraestructura el total de unidades médicas nacional es de 11,835 y 11,402 unidades de consulta externa, tenemos por cada 100,000 habitantes de población potencial 72.34 camas censables, 54.98 consultorios, 116.61 médicos en contacto con el paciente y 168.81 enfermeras en el sistema de salud mexicano (SSA, 2002). Así, proporcionalmente, la demanda de atención médica por cada 100,000 habitantes de población potencial es: 1300 pacientes por cama censable, por consultorio de 1800, por médico de 857 y por enfermera de 592 personas. Sumado a esto, cada vez es más frecuente la escasez de material de curación y medicamentos en el sector salud.

Es evidente que los profesionales de la salud tienen sobrecargas de trabajo permanentes, deben resolver los problemas con pocos recursos y apoyos, para cubrir la alta demanda de pacientes, tienen turnos de trabajo extremos y los salarios recibidos no reflejan en nada el desgaste que sufren.

Así, como trabajadores del sector salud, el personal de enfermería recibe el impacto de las políticas y recortes presupuestales prevalecientes en el desempeño de su trabajo, además de las particularidades que conlleva su profesión.

En un estudio acerca del desarrollo de la enfermería en México en donde se revisaron varios momentos desde el surgimiento de esta profesión en 1933 hasta los años noventa aproximadamente (Nájera, 1992) se tiene que la enfermería logró consolidar su estructura técnico administrativa en los niveles nacional, estatal y jurisdiccional entre los años 1944 y 1960. Sin embargo, a partir de los años setentas, se presentaron una serie de cambios sociales y económicos en el país que pusieron en crisis a la enfermería, misma que se manifestó principalmente en los niveles administrativos, pues en un lapso de tres años se suprimieron las estructuras específicas de enfermería de todas las instituciones del Sector Salud, es decir, la estructura específica de enfermería existente hasta el momento se perdió en el lapso de 1982-1985 en todas las instituciones del sector salud; este efecto ya se palpa en la salud de la población, sobre todo en el deterioro de programas de prevención y promoción como es el caso de materno infantil y enfermedades transmisibles.

Entre los datos interesantes tenemos que en 1985 había una fuerza laboral de 117,333 miembros del personal de enfermería, trabajando en las principales instituciones del sector y en algunas privadas, de los cuales el 41.5% eran profesionales y el 58.5% auxiliar de enfermería. Este estudio enfatiza también los problemas de carácter administrativo que afectaron el trabajo de enfermería en el primer nivel de atención. Entre los primeros cuatro problemas enumerados por el personal de enfermería de la Secretaría de Salud se tienen: equipo en malas condiciones, falta de medicamento, falta de medios de transporte para el trabajo comunitario, falta de equipo para signos vitales. De las unidades del IMSS-COPLAMAR estos problemas se señalaron: falta de medios de transporte para el trabajo comunitario, falta de material de limpieza, falta de medicamentos, insuficiente material para la educación de la comunidad y equipo en malas condiciones. Del personal encargado de la Salud Rural se carece de equipo para signos vitales, falta de pago, falta de material y equipo de curaciones, insuficiente remuneración para cubrir las necesidades mínimas, insuficiente adiestramiento para realizar bien su trabajo, falta de medicamentos. Tras analizar esta información puede concluirse que está fallando el subsistema de abastecimiento en las unidades de diversas instituciones del sector salud.

Otro tipo de problemas reportados muestran que en 1985 eran frecuentemente reportados problemas asociados a la pobre capacitación, la indefinición de funciones, carencia de manuales de procedimientos, la sobrecarga de trabajo y el exceso de trámites y registros, entre otros (Nájera, 1992). La enfermería como profesión ha presentado históricamente ciertas problemáticas centrales como son: la escasa participación de la enfermera en la toma de decisiones dentro del sistema de salud y en la misma conducción de la enseñanza de la enfermería; gran diversidad en los niveles de preparación y variedad del trabajo en los servicios; limitada participación de la enfermera en el primer nivel de atención y la orientación de la formación profesional hacia el segundo nivel y la especialización; desequilibrio en la oferta, demanda y distribución de los recursos de enfermería; su débil organización gremial y la escasa producción científica y disminución de la excelencia técnica (García J. y García N., 1991).

Del personal sanitario se ha visto que el personal de enfermería por su condición laboral es más vulnerable a padecer múltiples problemas de salud. En un estudio español, se encontró que los enfermeros ocupaban el primer lugar tanto en accidentes en el trabajo como en enfermedades profesionales que ocasionan baja, por encima de médicos, odontólogos y otros profesionistas. El 56% de los accidentes del sector servicios ocurrieron en el sector sanitario y casi la quinta parte de esa proporción corresponde al personal de enfermería y se estima que sólo uno de cuatro de esos accidentes es considerado como tal (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1996). Los riesgos del personal de enfermería en el desempeño de su actividad pueden ser: químicos, físicos, biológicos y psíquicos, y un padecimiento frecuente es el síndrome de Burnout.

De todos los trabajadores del sector salud, el personal de enfermería es el más complejo por las características que lo distinguen como son: los diversos niveles de personal, la variedad de programas de formación y el amplio rango de acciones que realiza en todas las instituciones y programas de salud, sin dejar a un lado que constituye el grupo más numeroso en el sector salud.

Por otro lado, la situación educativa de la enfermería es de una enorme diversidad y no planeada en el país lo que dificulta un perfil profesional único y caracterización de sus competencias.
A pesar de ello, el personal de enfermería con su labor hace una diferencia notable en el servicio prestado por el sector salud, representa el trato humano, amable y compasivo tan necesario para el

enfermo y su familia, tan es así que el 6 de enero de 2003 en un evento de entrega de reconocimientos y estímulos al personal sanitario en el país, se hizo mención de la valiosa participación del personal de enfermería para el logro de metas y mejorar la calidad en los servicios, directamente en cuanto a la disminución de la mortalidad materna, la reducción de los tiempos de espera y el aumento de la satisfacción de los pacientes (comunicado de prensa No. 005, Sector Salud, 6 enero de 2003).

Es un asunto pendiente en el ámbito de la salud laboral el que exista una legislación amplia al respecto que proteja al trabajador y prevea condiciones de riesgo para su salud mental. Existen algunos avances al respecto, en la Ley Federal del Trabajo y del IMSS se reconocen como enfermedades laborales a las "neurosis" de telefonistas, aviadores y "otras profesiones", además de las demencias derivadas de la exposición crónica a neurotóxicos, entre otras.

Sin embargo, en la Memoria Estadísticas de Salud en el Trabajo del IMSS (2002) se reportan solamente 63 casos de "enfermedades mentales y del comportamiento" de origen laboral, a nivel nacional, de un total de 4511 enfermedades laborales orgánicas, es decir, por cada 71 enfermedades físicas hay una mental anualmente en el país. En España hay ciertos avances a la legislación en materia de salud laboral, específicamente en la salud mental, pues, por medio de la jurisprudencia, se han desarrollado procesos judiciales a favor de los trabajadores con temas como el estrés laboral, el Burnout o el Mobbing.

La necesidad de legislar en materia de salud mental de los trabajadores, garantizaría que al reconocer ampliamente a estos padecimientos como Enfermedad Laboral, se obligaría al empleador y al IMSS a darles la misma atención que a las enfermedades físicas. Esto es, reparar el daño sufrido por el trabajador, ofrecer o financiar la ayuda terapéutica necesaria, contemplar todo tipo de indemnización y/o incapacidad y generar programas encaminados a la prevención y promoción de salud mental.

Las condiciones de trabajo de los hospitales de especialidades como es el caso del Instituto Nacional de Cancerología INC pueden generar elementos extras para incrementar el estrés laboral. El Instituto Nacional de Cancerologia es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la secretaría de salud, que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos siendo

además un centro de referencia y órgano rector del cáncer en México. Dirige sus acciones a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país. El presente estudio se realizará con el personal de enfermería del INCan, pues en al menos otro trabajo reciente (Uribe, D., 2000) se ha detectado al estrés laboral o BO como un problema frecuente que afecta la salud de este tipo de personal, su desempeño y puede ser el facilitador de errores o retraso en la realización de su actividad.

VI. METODOLOGÍA

Se ha planteado, al síndrome BO como característico de profesionales de la salud, dentro de los cuales el personal de enfermería es todavía más propenso a padecerlo, sobre todo si se trata de enfermeras en áreas de especialidades como la oncología donde están expuestas a pacientes, graves o terminales y a la muerte, adicionalmente. Así se deriva el siguiente supuesto, cuya comprobación, dirige las acciones tomadas en el desarrollo del estudio.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Se trabajó sobre el supuesto o hipótesis de que:

"Existe una relación entre la ocurrencia del síndrome de Burnout y ciertas variables (sociodemográficas, laborales, institucionales y rasgos personales) así como, exigencias laborales propias de la actividad y organización laboral en una muestra representativa del personal de enfermería del INCan".

TIPO DE ESTUDIO:

Por el tipo de investigación se trata de un estudio descriptivo y analítico, puesto que nos permite aproximarnos al fenómeno y dar cuenta de su magnitud, así como observar ciertas relaciones causales entre las variables. En relación con la intervención del investigador y control de variables se trata de un estudio observacional; basado en fuentes de información primarias (aplicación de escala BO, encuesta individual y guía observación) y secundarias para obtener algunos datos adicionales. En cuanto a la captación de la información, es un estudio transversal puesto que se hace una medición de la presencia de BO en un momento dado, es decir los casos existentes en la población de estudio al momento, de ahí que en lo referente a las relaciones causales entre eventos o variables se trate de un estudio de Prevalencia del síndrome de Burnout en la población estudiada durante los meses de marzo a junio de 2004.

POBLACIÓN EN ESTUDIO Y MUESTRA.

Se consideró al personal de Enfermería que labora en el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México, que accedió voluntariamente (mediante la firma del consentimiento informado) a participar en el estudio. El total de la población fue de 360 enfermeras, en activo a marzo de 2004, que se distribuyen en varias áreas o servicios; se descartaron aquellas con incapacidades médicas o al personal que cubre incidencias que no estuviera bien localizado en un servicio. Cabe mencionar que dado que se trata de una investigación con personas, se contemplaron y cumplieron cabalmente los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (1994, reformulada en 1975,1983,1989 y 1996, Word Medical Association, http:// www.wma.net/e/policy/17-c_e.html).

Tamaño muestral:

Para calcular el tamaño de la muestra se consideró una fórmula de determinación del tamaño muestral de acuerdo con Fernández, P. (1996). De lo anterior se estimó una muestra de 172 personas (que equivale al 48% de la población total), y se contempló una varianza posible del 30% de prevalencia del trastomo en poblaciones similares (Caballero, 2001, Roca y García Grau, 2002 y Román Hernández, 2003, entre otros); además, se calculó un 10% adicional para prevenir las pérdidas por la *no participación* de los sujetos en la muestra (la no respuesta), lo cual implicó la selección de 192 personas.

Selección de los elementos muestrales:

La selección de las personas que conformaron la muestra se llevó a cabo mediante un procedimiento de selección sistemática de elementos muestrales con arranque aleatorio, para garantizar que cualquiera presenta la misma probabilidad de ser elegida (Christensen, H.B., 1990, Elorza, H., 1987 y Siegel, 1986). Para la selección se contó con un listado del personal de enfermería en su totalidad, sus servicios, turnos y puestos en que están adscritas en el Instituto.

Criterios de inclusión:

- ✓ Sexo femenino (pues representan casi el 90% de la población)
- ✓ Turnos de trabajo (matutino de 7:00 a 15:00 hrs., vespertino de 14:00 a 21:00 hrs. y nocturno de 21:00-8:00 hrs.).
- ✓ De los siguientes servicios: Consulta externa A-B (quimioterapia ambulatoria, rayos X, endoscopias, Tomografía Axial Computarizada (TAC), clínica del dolor, clínica de mama), Consulta externa C-D (radioterapia); Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Quirófano, Recuperación, Unidad de Trasplantes de Médula Ósea, Central de Equipos (CEYE), Almacén de Suministros Materiales (CESCOM), Áreas Administrativas, Infectología y Hospitalización (1º, 2º y 3º pisos).
- ✓ Aceptación voluntaria a participar en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado y la respuesta al CUADERNILLO DE EVALUACIÓN en su totalidad (encuesta individual y MBI).

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

VARIABLES

Variable Dependiente.

Se consideró como variable dependiente la presencia del síndrome de Burnout BO definido como "la respuesta frente al estrés laboral crónico que incluye, agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo"(Maslach, y Jackson, 1981). Y verificado, operacionalmente, por los puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach MBI (ver anexo 1).

Variables Independientes.

Se consideraron los factores o exigencias que comúnmente se han asociado a la presencia del síndrome BO que funcionarán como variables independientes (1. del entorno social; 2. del plano organizacional; 3. de lás relaciones interpersonales; y 4. del nivel del individuo según Sandoval J., 2000).

Para el presente estudio se exploraron algunos aspectos de éstos cuatro factores, además de variables sociodemográficas y sobre el control del trabajo, información que fue recopilada mediante la aplicación de una Encuesta Individual. Así tenemos:

- ✓ variables demográficas *
- ✓ variables laborales*
- ✓ variables acerca de las condiciones y valoración del trabajo*
- ✓ variables acerca de las exigencias del trabajo*
- ✓ variables acerca del entorno social o institucional (apoyos y recursos materiales para realizar el trabajo)*
- ✓ variables acerca de las características de personalidad del individuo asociadas al BO*

La Encuesta Individual antes mencionada fue una versión ajustada a nuestros fines tomada de la "Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores,(Noriega, et al., 2001) en la que se incluyeron nuevos reactivos para explorar tanto los apoyos institucionales como las características personales o rasgos de personalidad en estudio. Esta encuesta fue aplicada al mismo tiempo que el MBI que detecta el trastorno e incluye 23 reactivos que se responden con una escala tipo Lickert. (ver anexo 1)*.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

1. Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (versión española):

Para medir el síndrome de Burnout se utilizó la versión española del *Maslach Burnout Inventory* y se les pidió a los participantes que lo contestaran de manera autoadministrada. Es éste el instrumento más utilizado para medir el síndrome de Burnout, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, es también el instrumento que más investigación ha generado.

Casi podría decirse que es a partir de su elaboración que se normaliza el concepto de "quemarse en el trabajo" pues la definición más aceptada del síndrome es el resultado de la factorización del MBI que lo conceptualiza como un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. El instrumento consta de 22 reactivos que se valoran con una escala tipo Likert (de cero a seis) midiendo la frecuencia en que se presenta cada afirmación/reactivo. El inventario tiene tres escalas que corresponden a las tres dimensiones del trastorno según la postura de la autora del mismo, estas son: Agotamiento Emocional AE, Despersonalización DP y Falta de Realización Personal en el trabajo FRP.

2. Encuesta Individual:

Además de la aplicación del MBI, se adaptó una encuesta individual tomada de la "Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores", (Noriega, et al., 2001), para explorar

las condiciones laborales que pueden influir en la presencia del trastorno. Se exploraron variables demográficas como (edad, sexo, escolaridad, estado civil, número de hijos y sus edades, etc.); variables acerca de la calidad de vida y trabajo doméstico; variables acerca de las condiciones, control y valoración del trabajo; variables acerca de los riesgos y exigencias del trabajo; del entomo social y la personalidad. Como se mencionó anteriormente, para la realización de este estudio en la Institución, la aplicación de los instrumentos y manejo de la información se respetaron los aspectos éticos necesarios pues se solicitó por escrito, en un formato adjunto a los instrumentos, el consentimiento de cada participante.

Cabe aclarar que tanto el consentimiento informado, como el total de reactivos de la encuesta individual y el MBI se concentraron en un CUADERNILLO DE EVALUACIÓN que fue contestado por las participantes (ver anexo 1).

3. Guía de Observación:

Como Guía de Observación, se consideró el formato de ENCUESTA COLECTIVA DEL MODELO OBRERO (ENCUESTA COLECTIVA SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD) (tomado de Laurell, et al, 1989). Con base en esta Guía de Observación (adaptada al centro de trabajo en estudio) se realizó la descripción del proceso de trabajo (qué se hace, cómo, con qué y quiénes), de las condiciones o características del ambiente laboral motivo del estudio, para contar con una panorámica general que sustente o ayude a explicar las relaciones específicas entre exigencias y presencia de BO.

4. Estudio Piloto:

Se realizó una aplicación piloto, o de prueba, de los instrumentos utilizados previa a la aplicación formal dentro de la investigación. Se trata de instrumentos estandarizados (Encuesta Individual y MBI) que ya han sido validados, por lo cual el piloteo tuvo simplemente la finalidad de verificar el tiempo de aplicación y posibles confusiones o incomprensión de ciertos reactivos. Esta aplicación piloto incluyó 30 personas dedicadas a la enfermería que trabajan en dos hospitales de zona del

IMSS. Se determinó un tiempo de aplicación autoadministrada de 15-20 minutos y no se reportó dificultad para comprender los reactivos en ningún caso.

PROCEDIMIENTO

Desde junio del 2003, se establecieron los contactos necesarios con autoridades del departamento de enfermería del INCAN para ver la viabilidad de desarrollar la investigación en la Institución. Una vez realizados los trámites necesarios para obtener la autorización para el estudio en la Institución (carta de solicitud dirigida a las autoridades del INCAN y trámites internos con la Jefatura de Enfermería e Investigación del Instituto), se tuvo la siguiente secuencia de actividades:

1. Durante las tres primeras semanas del mes de diciembre del 2003, se conoció y caracterizó el centro de trabajo mediante la aplicación de la Guía de Observación adaptada. La recolección de información de la misma, se realizó en tres sesiones o recorridos por el Instituto en compañía de la informante clave.

2. El mismo diciembre del 2003, mediante varias entrevistas con la informante clave, que en este caso se trató de la jefa del departamento de enseñanza en enfermería, también responsable del estudio de parte del INCAN, se determinaron las actividades específicas de cada área y puesto de trabajo en estudio. Además, se obtuvo información adicional para la interpretación de los datos y conocimiento acerca de las condiciones de trabajo generales y problemáticas frecuentes que presentan.

3. Se acordaron los momentos y lugares para la aplicación de los instrumentos individuales (escala MBI y encuesta individual), procurando que ocurrieran en un espacio adecuado dentro de la misma institución y durante la jornada, para aplicar los instrumentos de manera individual y auto administrada en los horarios que se pudiera tener acceso al personal sin afectar sus actividades notablemente.

3.1. A principios del año de 2004, se entregó a la responsable del estudio dentro del INCAN, un listado con los nombres, áreas y turnos del personal seleccionado en la muestra. Se acordó que la aplicación se realizaría de manera individual, dentro de las áreas de servicio, durante la jornada

laboral en un horario pertinente, que no obstaculizara sus actividades cotidianas (horas de entrada, salida o descanso especificadas para cada área y turno. Además, de la jefatura de enfermería, se les informó a las responsables de todos los servicios acerca de la ocurrencia del estudio y la necesidad de contar con su cooperación para la realización del mismo. Por lo que, se nos indicó el nombre de las supervisoras y responsables en cada área de servicio y turnos que podrían apoyar en la aplicación de encuestas a las enfermeras seleccionadas en cada área.

3.2 Las sesiones de aplicación fueron como sigue:

- ✓ La Fase de aplicación de las encuestas fue desarrollada por tres personas (la titular del estudio y dos ayudantes no remuneradas). Se tuvo que adaptar la mecánica de aplicación según la accesibilidad y facilidades en cada caso.
- ✓ En general, se contactó a las jefas del área y se les entregó una copia de la lista de enfermeras muestreadas en su área, para que se nos permitiera el acceso a ellas. En muchos casos, se nos permitió el trato directo con ellas, en otros se dejaron las encuestas con las jefas y ellas las entregaron y las recogieron contestadas (sobre todo en áreas restringidas y en horario nocturno).
- ✓ Una vez localizada cada una de las enfermeras en estudio, se les dio una breve explicación de los propósitos y fines del estudio y las garantias necesarias a las participantes de la confidencialidad de sus respuestas, conforme a los principios éticos de la investigación (se les pidió que firmaran el consentimiento informado).
- ✓ Se les repartió un Cuadernillo de Evaluación que incluyó el MBI y la encuesta individual, se dieron las instrucciones para su llenado y se aclararon las posibles dudas al respecto. Se acordó con cada una de ellas el tiempo para poder entregarlo contestado.
- ✓ La duración aproximada de la aplicación fue muy variable y dependió de la buena disposición para responder a la encuesta y de las cargas de trabajo en ese momento, en promedio fue de 35-40 minutos. Pero hubo casos extremos que tardaron en entregar contestada la encuesta hasta varios dias después [a].

[a] El tiempo de la aplicación individual fue más largo que en la aplicación piloto, pues se observaron ciertas reservas y/o desconfianza para participar lo que incremento el tiempo de respuesta.

✓ **Tiempo total de Recolección de la muestra:**

Como la muestra fue recolectada de una en una, se tuvo un lapso de cerca de cuatro meses para poder completar el 90% de la misma. Se inició la aplicación en la segunda quincena de marzo y se concluyó a finales del mes de Junio de 2004. A lo largo de este tiempo, se atravesaron periodos vacacionales de semana santa (se contactó al 100% del personal programado para salir de vacaciones antes del mismo, para evitar interferencia con la información obtenida después del descanso que no reflejara la realidad) y un periodo de cursos de actualización anual para el personal de enfermería que complicaron el acceso al personal.

✓ **"Muerte Experimental" porcentaje de No Respuesta:**

El tamaño calculado para la muestra fue de 172 enfermeras, más el 10% para reponer el posible no-respuesta, quedaron 192 personas, seleccionadas aleatoriamente en todas las áreas. La muestra recolectada fue de 153 enfermeras, que representan el 89% del tamaño muestral calculado (172 participantes) por lo que el total de no-respuesta fue de 11%. La no-respuesta por área de trabajo se distribuyó como sigue, se presentó más dificultad para recolectar los datos en Atención Hospitalaria y Atención Quirúrgica/Especialidades, con un 17% de no-respuesta aproximadamente; en las áreas restantes, el porcentaje de no-respuesta fue de cero (ver Tabla 3. Entre las dificultades para la recolección de datos, tuvimos que algunas de las enfermeras seleccionadas se encontraban fuera del lugar de trabajo por incapacidad médica (por enfermedad y por maternidad en su mayoría) o estaban de permiso (por sindicato o comisiones), las menos de ellas habían sido dadas de baja, pues se trataba de personal eventual que había terminado su contrato y otras tantas no quisieron contestar a la encuesta y lo manifestaron directa o indirectamente (al perder el cuestionario o esconderse para entregarlo y acabar negando su participación). Se apreció en términos generales, cierta desconfianza o resistencia para participar que era congruente con un clima laboral de conflictos interpersonales en diversas áreas (expresado por el personal participante).

Tabla 3. Porcentaje de no-respuesta en la muestra de enfermeras en estudio, conforme al área de trabajo o servicio al que estaban adscritas. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Área de Trabajo agrupada	Muestra calculada	Cuestionarios aplicados	Porcentaje de No Respuesta
Atención en consulta externa	51	51	0%
Atención quirúrgica y especializada	35	29	17.14%
Atención hospitalaria	74	61	17. 56%
Áreas administrativas	12	12	0%
Total	**172**	**153**	

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004

3.3. Como resultado del presente estudio se entregará al INCAN un reporte con los resultados de la investigación y las recomendaciones pertinentes y prácticas conforme a ellos.

CAPTURA

Se sistematizó la información obtenida de la Guía de observación para así poder reconstruir los procesos de trabajo en estudio y las generalidades de los riesgos, exigencias y condiciones de salud del personal de enfermería en la institución. Con lo que se obtuvo:

- Una descripción de las actividades que se realizan en cada puesto.
- De manera global, los datos relevantes de la guía de observación del centro de trabajo.

Por otro lado, se fueron concentrando las encuestas en la misma secuencia de la lista de las participantes de la muestra, misma que estaba ordenada por área de servicio y turno. Desde el momento de aplicación se cuidó que se diera respuesta a todos los reactivos y se tuvieran los datos completos de las participantes.

a) Se procedió a codificar las respuestas abiertas de los reactivos 13 y 14 de la encuesta (área de trabajo y puesto de trabajo) conforme al análisis de las respuestas dadas por las participantes. (ver anexo 2).
b) Se codificaron todos los reactivos de las encuestas y se revisó minuciosamente esta actividad.
c) Se elaboró una base de datos de Excell cuyos campos correspondieron a cada uno de los reactivos/variables incluidos en la encuesta.
d) Se capturó la información en la base de Excell.

e) Para el análisis estadístico de los datos, se transportó la información a los programas estadísticos de JMP versión 4.0 y SPSS-PC W. versión 10.0 en inglés.

f) Después de calificar y codificar las respuestas en los dos instrumentos aplicados (ver instructivo de llenado, anexo 2), de cada participante en el estudio se obtuvo en una primera instancia:

- Un registro de los puntajes obtenidos en las tres subescalas del MBI
- Un registro de las exigencias laborales a las que está expuesto agrupadas por frecuencias decrecientes (encuesta individual).
- Un registro de las características personales agrupadas por frecuencias decrecientes (encuesta individual).
- En su conjunto, la información necesaria para diseñar un plan de análisis estadístico de los datos.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para empezar, se tuvieron los análisis derivados de la estadística descriptiva correspondientes, que nos muestran la distribución de los datos y la organización de los mismos en cuanto a su frecuencia. Así, lo primero fue obtener las frecuencias simples y los porcentajes de:

- ✓ Las variables demográficas que caractericen nuestra población (edad, escolaridad, estado civil, presencia de hijos y desempeño de labores del hogar).
- ✓ Las variables laborales que caractericen nuestra población (área de trabajo, puesto de trabajo, turno, antigüedad en el hospital, puesto y profesión)
- ✓ Las variables de valoración del trabajo que caractericen nuestra población (reactivos 19-28)
- ✓ El ausentismo característico de la población (reactivos 29-32).
- ✓ Las exigencias laborales que caractericen nuestra población (reactivos 36-56) y
- ✓ Los rasgos de personalidad o variables personales que caractericen nuestra población (reactivos 57-78).

Después se analizaron de manera descriptiva los datos obtenidos de la escala de MBI que mide el síndrome de burnout BO. Primero se le consideró como variable numérica o continua y así, con los puntajes totales obtenidos del MBI por cada una de las tres subescalas se obtuvo:

- ✓ media y desviación Standard de Agotamiento emocional AE
- ✓ media y desviación Standard de despersonalización DP
- ✓ media y desviación Standard de falta de realización profesional FRP

Por otro lado, se obtuvieron los diagnósticos (manejo como variable ordinal) en términos de la intensidad de los síntomas de cada subescala, conforme a los siguientes puntos de corte*:

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
DP	MENOR O IGUAL A 6	7-12	MAYOR O IGUAL A 13
FRP	MAYOR O IGUAL A 39	32-38	MENOR O IGUAL A 31
AE	MENOR O IGUAL A 16	17-26	MAYOR O IGUAL A 27

* por medio del programa estadístico de JMP se determinaron estos parámetros para ser asignados automáticamente.

Con lo que observamos cómo se distribuyó la muestra conforme a lo siguiente:

- ✓ Diagnóstico de AE
- ✓ Diagnóstico de DP
- ✓ Diagnóstico de FRP
- ✓ Diagnóstico del síndrome de BO, que se verificará como tal cuando las puntuaciones de AE y DP sean altas y las de FRP bajas* (Maslach, 1981 y 1986).

En un segundo momento del análisis estadístico se hicieron los cruces de variables que nos permitieron inferir relaciones causales entre las mismas, ya que desde un principio y, con base en la literatura en el tema, se eligieron las variables de estudio. Se obtendrán los siguientes cruces:

- ✓ Los diagnósticos de cada subescala del MBI con cada una de las variables demográficas
- ✓ Los diagnósticos de cada subescala del MBI con cada una de las variables laborales
- ✓ Los diagnósticos de cada subescala del MBI con las exigencias laborales
- ✓ Los diagnósticos de cada subescala del MBI con las variables institucionales
- ✓ Los diagnósticos de cada subescala del MBI con las variables personales

La información se presenta más adelante en cuadros y gráficas que facilitan su lectura además de la descripción de la misma (presentándose sólo las relaciones significativas).

VII. RESULTADOS.

Los resultados se presentan en dos apartados, el primero referente al análisis cualitativo sobre las características de la Institución y la descripción de los puestos de trabajo en estudio y el segundo apartado será la presentación del análisis estadístico de los datos.

ANÁLISIS CUALITATIVO.

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) fue fundado el 25 de noviembre de 1946, con el objetivo de proveer de atención médica a la población mayor de 15 años de edad y con diagnóstico de cáncer; así, los pacientes pediátricos son referidos a otros centros especializados. Está ubicado en la Av. San Fernando 22, Tlalpan, 14000 México, D.F.

En la actualidad, el INCan es un centro nacional de referencia para pacientes oncológicos que no tienen acceso a la seguridad social ni a la medicina privada. También recibe pacientes oncológicos de otros institutos nacionales de salud, dentro de un programa de colaboración interdisciplinaria. La cobertura en cuanto a atención a pacientes es muy extensa. En 1996, por ejemplo, se dieron 108 876 consultas; hubo 6 492 hospitalizaciones, 36 388 sesiones de radioterapia y 9 116 administraciones de quimioterapia. Sólo 30% de la población atendida proviene del Distrito Federal, y la restante reside en los 31 estados de la República (Mohar, A. et al, 1997). En la actualidad, estas cifras se han incrementado con seguridad.

Los pacientes que solicitan el servicio en el Instituto deben presentar un diagnóstico probado de cáncer y entregar documentos probatorios del mismo, para que el diagnóstico sea confirmado por los especialistas del INCan y se determine su ingreso para recibir el tratamiento específico.

En la Institución, el personal de enfermería trabaja en los siguientes servicios:

1. Consulta externa A-B (endoscopia, TAC, medicina nuclear, quimioterapia, rayos x, clínica del dolor, clínica de mama).
2. Consulta externa C-D (radioterapia)
3. Hospitalización 1º piso
4. Hospitalización 2º piso

5. Hospitalización 3º piso
6. Infectología
7. Servicios relacionados con cirugía: Quirófano, Aféresis, Central de equipos (CEYE), Recuperación.
8. Servicios de áreas administrativas: Investigación, Almacén de suministros y materiales (CESCOM), Jefatura de enfermería.
9. Unidad de Terapia Intensiva (UTI)
10. Unidad de Transplante de médula ósea (UTMO)

Y se distribuyen en los siguientes puestos: Jefatura (1), jefa de enseñanza (1), coordinadores de enseñanza (2), jefa de enfermeras "A" (15), subjefes de enfermeras (24), enfermeras especialistas (88), enfermeras generales (103), enfermeras generales técnicas (49) y auxiliares de enfermería (10).

Se trabajan tres turnos: matutino, vespertino y nocturno. Existen cuatro tipos contractuales de personal de enfermería: de base, de confianza, eventuales y de incidencias, en los dos últimos casos se presenta la rotación de turnos y/o puestos con un intervalo de tres a seis meses o según necesidades de la demanda de pacientes o cubrir las faltas, vacaciones y permisos del personal de base.

Una jornada laboral dura 8 horas y a lo largo de la misma se tienen dos periodos de descanso: almuerzo y comida. En general, el personal regula las pausas al realizar sus actividades según se pueda por la afluencia de pacientes. Las líneas de mando son como sigue: supervisora, jefe de piso, enfermeras en atención al paciente. En cuanto a la distribución del personal por turnos y antigüedad tenemos, que el 61% de personal del turno matutino tienen más de 11 años de antigüedad en el Instituto, lo mismo que el 62% de las enfermeras del turno nocturno, quienes laboran únicamente dos o tres días por semana lo que representa un cierto privilegio para ellas; mientras que el 72% de las enfermeras del turno vespertino e incidencias tienen una antigüedad laboral de uno a diez años. Esto es, el personal de mayor antigüedad en el Hospital labora en los turnos matutino y nocturno. Se tienen como prestaciones laborales dos periodos vacacionales al año de ley y se suman cinco días

más por antigüedad, existe un tercer periodo vacacional exclusivo para el personal que trabaja con radiaciones y tienen un sobresueldo por exposición.

Los servicios con los que se cuenta para el personal son:

- ✓ Comedor
- ✓ Sanitarios
- ✓ Regaderas
- ✓ Vestidores

En la institución se llevan a cabo programas permanentes de capacitación y actualización para el personal de enfermería en cuanto al cuidado y precaución que deben tener en el manejo de desechos o sustancias, al respecto de cuidados del paciente y otras materias especializadas.

En general, todas las áreas de servicio del INCAN se encuentran limpias y con buena iluminación, tanto natural como artificial. El nivel de ruido es de moderado a bajo en general, pero en el área de consulta externa puede ser un poco mayor, por la afluencia y voces de personas. Además en áreas como la Unidad de terapia intensiva (UTI), quirófano u hospitalización se presenta el ruido del equipo como bombas de infusión, ventiladores, etc. Por otro lado, existió un problema con la planta de energía que era muy ruidosa pero ya se resolvió, en ningún caso usan Equipo de protección Personal (EPP) para reducir el impacto del ruido, pues no llega a ser extremo.

La ventilación es buena a excepción de consulta externa donde el área de cubículos está muy encerrada y se concentran los olores y hay pocas ventanas. En cuanto a la temperatura de los ambientes de trabajo, tenemos que se percibe más calor en áreas como Infectología, Consulta Externa, Almacén de suministros materiales (CESCOM) y Central de equipos (CEYE). Los espacios más reducidos y un tanto incómodos se observaron en Consulta Externa (agudizado en el turno matutino por la cantidad de pacientes en atención), CEYE e Infectología. En cuanto a las vibraciones, se tiene que los ductos pasan a mitad de los pisos de hospitalización y de noche se percibe la vibración. Todo el personal usa la ropa de trabajo (uniforme, bata, zapatos, cofia, etc.) y en áreas específicas trajes especiales con cubrebocas, guantes y cubre-botas (quirófano, UTI, Recuperación, etc.). En la Unidad de transplante de médula ósea (UTMO) se usan barreras aislantes y esterilizadas y unas mangas plásticas para poder manejar a los pacientes que están en

aislamiento inmunológico. En quimioterapia ambulatoria también se preparan los medicamentos con una barrera y mangas plásticas de por medio, para cuidar la esterilidad del compuesto y evitar la irritación en la piel por contacto con las sustancias. En las áreas de radiación usan un delantal metálico protector y su dosímetro personal para monitorear los límites de exposición según la Norma Oficial Mexicana (NOM) correspondiente. Los materiales e instrumentos de trabajo en general, incluyen los materiales de curación y sustancias químicas (algodón, gasa, jeringas, venoclisis, sondas, medicamentos y cápsulas de yodo 131 para radioterapia, etc.) y equipos (termómetro, baumanómetro, estetoscopio, bombas de infusión para control de soluciones, nebulizadores, ventiladores, monitores, etc.).

Las enfermedades asociadas al desempeño de su trabajo más frecuentes son las gastrointestinales, pues hubo cierto problema con el comedor; las músculo-esqueléticas, sobretodo lumbalgias derivadas del manejo de pacientes (movilización, baños de esponja, bajar de la cama, etc.) y por el uso del carrito de materiales "mesa-mayo" que es pesado y migrañas por estrés o tensión nerviosa.

Los accidentes suelen ser por posible pinchazo con agujas, ya sea al atender a un paciente o al manejarlas indebidamente como basura, para lo cual se reciben cursos especiales que previenen estos riesgos; además se tienen como "accidentes" a las lesiones músculo-esqueléticas por mal manejo de pacientes o equipo.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Mediante la Guía de Observación y las entrevistas se ha recuperado, en términos generales, el proceso de trabajo del personal de enfermería. Se puede decir que de forma genérica, éste personal es un primer contacto con el paciente y su proceso de trabajo inicia con el reconocimiento general del estado del paciente según el caso, continua con la toma de signos vitales y procede a la aplicación de la técnica terapéutica que se indique en la historia clínica del paciente y que está determinada por su médico tratante. A continuación se explican las funciones del personal de enfermería en cada servicio:

PROCESO DE TRABAJO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA:

Ya sea el caso de la Consulta externa A-B (endoscopia, TAC, medicina nuclear, quimioterapia, rayos x, clínica del dolor) o de la Consulta externa C-D (radioterapia) el personal de enfermería realiza actividades similares.

En esta área se atienden entre 25 y 35 personas por consultorio al día, quienes son pacientes de consulta externa que reciben algún tratamiento específico y/o a los que se les está dando seguimiento. La enfermera llega, prepara sus materiales (material de curación, equipo para toma de signos vitales etc.) y expedientes del día. Se van recibiendo a los pacientes, se toman signos vitales y se apoya al médico en las curaciones o procedimientos específicos. Al final del día lavan todo el material y lo dejan listo para el día siguiente. La tensión principal está derivada de la sobrecarga de trabajo y del trato con los pacientes, desesperados por la espera y su dolor, y por la presión de parte del médico (tenerle los estudios y materiales necesarios a la mano, etc.) es una mediadora de la relación médico-paciente. En cada caso existen enfermeras generales y especialistas que son aquellas que participan en protocolos más complejos de diagnóstico y/o tratamiento (endoscopias, quimioterapia, radioterapia, etc.)

PROCESO DE TRABAJO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

En cuanto al servicio de hospitalización, se distribuyen los pacientes de acuerdo a los espacios disponibles en cada uno de los tres pisos, solamente en caso de aquellos que requieran aislamiento o un trato especial los interman en el 1º piso pues ahí tienen ese servicio (UTMO, por ejemplo). En promedio se tienen 45 camas por piso y cada enfermera está a cargo de 6 o 7 pacientes. En las áreas de hospitalización se atiende a los pacientes que requieren un tratamiento o vigilancia especial y aquellos que fueron intervenidos quirúrgicamente. El personal de enfermería se encarga de los cuidados específicos de cada paciente, conforme a un protocolo de tratamiento y en relación con el médico especialista, le administra los medicamentos, le toma signos vitales, se encarga de los cuidados personales al paciente de limpieza, curaciones, etc. Aquí también existen las enfermeras especializadas sobre todo en radioterapia, medicina hipervárica y oncomédica o enfermera oncológica, que desempeñan tareas más complejas de tratamiento. La enfermera general es la encargada del cuidado del paciente, curaciones, medicamentos, canalizaciones, etc. y la auxiliar de enfermería de lo referente a su limpieza y estado general (aseo de la cama, baños de esponja, etc.).

PROCESO DE TRABAJO DE LOS SERVICIOS DE QUIRÓFANO Y RECUPERACIÓN:

El quirófano es una de las áreas de mayor tensión y con ritmos de trabajo más intensos, pues una vez que entran ya no salen hasta el final de la jornada. El trabajo de la enfermera va desde la preparación del paciente para la cirugía (ayuno, enemas, etc.), la asistencia del cirujano y anestesiólogo en el quirófano, con el instrumental, monitoreo de signos vitales y lo necesario para la cirugía desde antes y en el momento. Requieren el uso de un uniforme especial esterilizado y EPP específico. Se someten a mucha presión pues los médicos en el quirófano suelen transformarse y son groseros, prepotentes y muy intolerantes con ellas.

En el área de Recuperación se trata al paciente para estabilizarlo después de la cirugía. Se sube a piso, se toman signos vitales, se dan cuidados básicos, etc. hasta que se estabiliza. Se atienden dos pacientes por enfermera, la cual usa un uniforme y equipo esterilizado, para ingresar a estas áreas se habla de "zonas blancas" a las que se accede solo con la indumentaria y limpieza necesarias.

PROCESO DE TRABAJO DEL SERVICIO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

En esta área el personal de enfermería es de siete u ocho por turno, que se encargan de máximo tres pacientes por enfermera, deben estar al tanto de la evolución del paciente monitoreando frecuentemente sus signos vitales, llevando a cabo los protocolos de tratamiento indicados por el médico y atendiendo las necesidades básicas de los pacientes. Es un área físicamente agradable, bien iluminada, limpia, silenciosa y con paredes de colores pastel. El personal se nota satisfecho con su trabajo pero refieren muchos conflictos interpersonales (están divididas en grupos que compiten entre sí e interfieren con el buen desempeño del trabajo y cuidado del paciente).

PROCESO DE TRABAJO DEL SERVICIO DE LA UNIDAD DE TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (UTMO)

Es un lugar donde los pacientes y el personal se encuentran aislados totalmente del exterior en un medio ambiente esterilizado, usan trajes especiales y se ponen en contacto con los pacientes a través de barreras aislantes y mangas plásticas para evitar infecciones, en esta área los familiares pueden quedarse todo el tiempo en una sala adyacente y se comunican con su enfermo por medio de teléfonos y a través de un cristal especial que evita la entrada de aire del exterior. Es un trabajo que implica mucha tensión, cada enfermera atiende un paciente al que le da un cuidado integral y debe vigilarlo constantemente pues cualquier cambio de temperatura o sangrado o lo que sea, es un síntoma de gravedad que hay que detectar y reportar, pues puede indicar rechazo del transplante o una infección que es potencialmente mortal, pues se trata de pacientes inmunodeprimidos.

PROCESO DE TRABAJO DEL SERVICIO DEL ALMACÉN DE SUMINISTROS Y MATERIALES (CESCOM)

Aquí se tienen todo tipo de materiales de curación y medicamentos que se requieran en la Institución. Se reciben las órdenes de cada piso y se surte lo necesario, se trata de un trabajo

administrativo. Es un trabajo cotidiano donde se hace un recorrido por todas las instalaciones y se entregan los medicamentos y materiales solicitados. Existe personal fijo en el área y otros que recorren las áreas de servicio para surtir los pedidos.

PROCESO DE TRABAJO DEL SERVICIO DE LA CENTRAL DE EQUIPOS (CEYE)

Es el lugar donde se esteriliza todo el material, ropa e instrumental requerido en las áreas quirúrgicas y de hospitalización y da servicio a toda la Institución. Junto a la ventanilla de recepción de CEYE existe un elevador por el cual bajan los materiales a esterilizar en unos carritos, se entrega ahí y el personal de enfermería recibe el material para su esterilización, lo mete en las autoclaves y lo entrega según el área de servicio que lo requiere, ahí también se recoge y se lleva a donde se solicitó. No descansan pues es un servicio que se requiere a todas horas (por lo que hay tres turnos continuos). Están expuestas al manejo de riesgos biológicos y a los cambios de temperatura, es poco personal en esa área y el espacio es reducido y lleno de materiales y equipos que se amontonan.

PROCESO DE TRABAJO DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA.

En esta área se da seguimiento y soporte especializado a los pacientes que reciben quimioterapia o algún otro tratamiento en el cual deben estar canalizados y se les indica cómo deben cuidar el catéter y limpiarse, etc. Se atiende a los pacientes como consulta externa y se les da la capacitación necesaria para su autocuidado.

Además, una enfermera que participó en la muestra, lleva a cabo una tarea de control de enfermedades nosocomiales, monitoreando todas las instalaciones y personal de la institución para detectar posibles virus o bacterias y erradicarlos.

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

PROCESO DE TRABAJO DEL SERVICIO DE JEFATURA DE ENFERMERÍA:

Se concentran las actividades administrativas encaminadas a la organización y supervisión del trabajo del personal de enfermería en las áreas de servicio, así como las tareas de planeación de la capacitación, docencia e investigación. Las actividades de esta área son administrativas y de enseñanza. Por otro lado, en cada servicio (consulta externa, hospitalización, etc.) existen responsables jefas del servicio y supervisoras que son quienes coordinan el trabajo del personal durante su turno y quienes deben entregar los pendientes para que exista un seguimiento para el turno siguiente; son responsables del desempeño del personal a su cargo, regulan las faltas, vacaciones y resuelven los problemas cotidianos y quejas de los pacientes.

Para concluir este primer apartado de los resultados cualitativos, podemos resaltar la diversidad de tareas en las que participa el personal de enfermería, la mayoría de ellas referentes al cuidado y atención directa con los pacientes y el personal médico, con quienes guardan una relación de cercana colaboración, las menos de ellas se dedican a tareas puramente administrativas que no mantienen contacto con las actividades hospitalarias. A continuación se presentan los resultados cuantitativos y su análisis estadístico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En este apartado se consideraron todos los datos y el análisis estadístico derivados de la aplicación del Cuademillo de Evaluación (Maslach Burnout Inventory, MBI, y Encuesta Individual). Con base en el total de la muestra aplicada (153 enfermeras, que representa el 90% de la muestra estimada), se realizó el análisis estadístico. Éste, se presenta de acuerdo con las variables en estudio: a) prevalencia del Síndrome de BO y sus determinantes; b) análisis conforme a variables sociodemográficas; c) análisis conforme a variables laborales; d) análisis conforme a variables del contenido y control del trabajo; e) análisis conforme a exigencias laborales; f) análisis conforme a los apoyos institucionales para el trabajo; g) análisis conforme a variables personales o facilitadores del Burnout (BO) y por último h) análisis de los casos detectados con el síndrome de burnout, grupo de "quemadas.

En cada caso, se tendrá un análisis descriptivo donde se aprecie la distribución de la muestra en relación con las variables en cuestión y las interacciones de estas variables con las tres dimensiones del síndrome de burnout (BO) que son el agotamiento emocional (AE), la falta de realización personal (FRP) y la despersonalización (DP) con la finalidad de identificar la o las variables que tienen mayor peso en la aparición del BO o en la aparición de algunas de las dimensiones evaluadas a través de éste.

a) Prevalencia del Síndrome de BO y sus determinantes.

Se procedió al análisis descriptivo, que mostró la distribución de la muestra conforme a las puntuaciones totales obtenidas en cada una de las subescalas del MBI o dimensiones del síndrome de burnout (BO), que como se ha mencionado, son: Agotamiento emocional (AE), Falta de realización personal (FRP) y Despersonalización (DP). Como se puede apreciar, el resultado es que en los tres casos las puntuaciones promedio caen en un nivel de gravedad moderado cuyos valores van de 19 a 26 para AE, de 39 a 34 para FRP y de 6 a 9 para DP (ver Cuadro1).

Cuadro 1. Distribución de la muestra en estudio (N=153) conforme a las puntuaciones totales de las tres dimensiones o subescalas del BO. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Dimensiones del Burnout (BO)	Nivel diagnóstico Moderado	Media	Desviación estándar
Agotamiento emocional AE	19-26	21	10.98
Falta de realización personal FRP	39-34	38	7.88
Despersonalización DP	6-9	8	5.40

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004

Cabe destacar que los puntajes de la escala del MBI no permiten la posibilidad de la ausencia total de sintomatología del Burnout o de la salud, al no padecer ningún rasgo del síndrome, puesto que aún los niveles bajos del mismo se puntúan a partir de cero. Por lo que algunas personas "sanas" caen en el nivel bajo de intensidad en cualquiera de las tres dimensiones.

Para un mejor manejo de la información obtenida de la escala que mide el síndrome, se agruparon los puntajes por diagnóstico o nivel de intensidad de los síntomas (bajo; medio y alto) y se aprecia que un 33% presenta un nivel alto de AE y el 23% alto en DP, características que van perfilando la presencia del BO en la muestra estudiada. (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de la muestra en estudio (N=153) conforme a los diagnósticos obtenidos por nivel de intensidad de sintomatología en las tres dimensiones del síndrome de BO. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Dimensiones del Burnout (BO)	Nivel Bajo %	Nivel Moderado %	Nivel Alto %	Niveles moderado y alto %
Agotamiento emocional AE	38	29	33	62
Falta de realización personal FRP	53	30	17	47
Despersonalización DP	35	42	23	65

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004.

Con los diagnósticos por cada dimensión se puede determinar la prevalencia del síndrome de BO como tal en esta muestra, según los criterios diagnósticos del mismo, se considera presente el síndrome cuando las puntuaciones de AE y DP son altas y las de FRP son bajas, esto es en sentido estricto lo que determina el síndrome. De acuerdo con este criterio, se conforma el síndrome para 12 personas que representan una tasa de 8 de cada 100 trabajadores con riesgo de presentar el padecimiento en su totalidad. Sin embargo, alrededor del 60% de la muestra presenta niveles de

intensidad moderados o altos de la sintomatología (ver Cuadro 2). Lo que obliga institucionalmente a contemplar medidas correctivas y preventivas para este tipo de problemática en su personal.

b) Análisis conforme a variables sociodemográficas

La mayoría de las encuestas fueron contestadas durante la jornada laboral (70%), las menos se aplicaron antes (8%) y el resto después de la misma. La distribución de la muestra en cuanto a las variables sociodemográficas indica que la edad de las enfermeras en la muestra fluctuó de 22 a 63 años con una edad promedio de 36 años y una desviación estándar de 8 años; la escolaridad de las participantes fue en su mayoría carrera técnica; el 64% tiene pareja y el 72% tienen hijos y de ellas la mitad con hijos menores de cinco años, por último el 86% realiza las labores del hogar y el cuidado familiar adicional a su jornada laboral (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución de la muestra de enfermeras en estudio (N=153) conforme a variables sociodemográficas. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variable demográfica	Frecuencia simple	Porcentaje
Edad agrupada		
20-30 años	51	33
31-40 años	55	36
>= 41 años	47	31
Escolaridad		
Carrera técnica	127	83
Licenciatura o posgrado	26	17
Estado civil		
Soltera	48	31
Casada	69	45
Unión libre	29	19
Divorciada	6	4
Viuda	1	1
Presencia de hijos	110	72
Tiene hijos menores de 5 años	55	36
Vive con personas menores de 18 años	96	63
Realiza labores del hogar	132	86

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004.

Ahora, en cuanto a la posible distribución entre los factores sociodemográficos con la presencia de sintomatología del síndrome de BO en sus tres dimensiones, se cruzaron los diagnósticos o nivel de intensidad de cada una de ellas (AE, FRP y DP) con las variables sociodemográficas en estudio. Se dieron algunas relaciones estadísticamente significativas entre el agotamiento emocional (AE) y la despersonalización (DP) con la presencia de hijos, con una $p<0.008$ y $p<0.01$ respectivamente. Las

trabajadoras mayores de 41 años de edad mostraron falta de realización personal significativa con una p<0.002(ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Asociación entre las variables sociodemográficas y el diagnóstico de las tres dimensiones del síndrome de Burnout (BO), en el total de la muestra (N=153). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables sociodemográficas	Diagnóstico Agotamiento Emocional AE (%)					Diagnóstico Falta de realización Personal FRP (%)					Diagnóstico Despersonalización DP (%)				
	bajo	medio	alto	X 2	P	bajo	medio	alto	X 2	P	bajo	medio	alto	X 2	P
Edad				1.31	0.85				16.8	**0.002**				2.10	0.71
20-30 años	35	33	31			65	25	10			35	43	22		
31-40 años	38	31	31			51	40	9			29	45	25		
>= 41 años	40	23	36			43	23	34			43	36	21		
Escolaridad				0.94	0.62				0.76	0.68				0.31	0.85
Carrera técnica	36	30	34			53	29	18			35	43	22		
Licenciatura	46	27	27			54	35	12			35	38	27		
Estado civil				4.33	0.11				2.12	0.34				1.56	0.45
Con pareja	44	26	31			54	27	19			39	39	22		
Sin pareja	27	36	36			51	36	13			29	47	24		
Tiene hijos	45	25	29	9.50	**0.008**	55	26	19	2.98	0.22	42	40	18	8.80	**0.01**
Realiza tareas hogar	41	28	31	3.68	0.15	51	31	18	1.98	0.37	38	39	23	4.32	0.11

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. En negritas las relaciones significativas.

En general, se puede decir que las variables sociodemográficas tienen una influencia menor en cuanto a la presencia del BO. Sin embargo, casi el 30% de las mujeres con hijos presentan agotamiento emocional (AE) alto y el 18% despersonalización (DP) alta. Es posible que la presencia de hijos se constituya en una exigencia adicional, que al ser asumida, abone al diagnóstico de estas dimensiones del síndrome.

c) Análisis conforme a variables laborales.

Se continuó, con un análisis de la distribución de la muestra de enfermeras en cuanto a las variables laborales que las caracterizan, así tenemos que el puesto más frecuente fue el de enfermera general técnica con el 44% de la muestra, el turno con más personal fue el matutino con el 58% y la antigüedad promedio en la institución fue de 13 años (DE=7.77), la antigüedad en el puesto en promedio fue de 7 años (DE=6.41) y la antigüedad en la profesión media fue de 14 años (DE=7.95). Al agrupar la antigüedad en el hospital tenemos que el 54% del personal de enfermería

tiene más de 11 años trabajando en la Institución, lo que habla de una gran estabilidad laboral en esta población (ver Cuadro 5).

Cuadro 5. Distribución de la muestra de enfermeras en estudio (N=153) conforme a las variables laborales. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variable Laboral	Frecuencia simple	Porcentaje
Área de trabajo agrupada		
Atención en consulta externa	51	33
Atención quirúrgica y especializada	29	19
Atención en hospitalización	61	40
Actividades administrativas	12	8
Puesto de trabajo		
jefa de enfermería	13	8
subjefe/supervisora	11	7
enfermera especialista	36	24
enfermera general	13	8
enfermera general técnica	67	44
auxiliar de enfermería	10	7
Administrativa	3	2
Puesto de trabajo agrupado		
Enfermeras generales	90	59
Enfermeras especialistas	36	24
Enfermeras administrativas jefas	27	18
Turno		
Matutino	87	58
Vespertino	32	21
Nocturno	32	21
Antigüedad agrupada		
1-5 años	28	18
6-10 años	42	27
11-20 años	44	29
>= 21 años	39	25

Fuente. Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermeria del INCAN, abril-junio de 2004

Los puestos de trabajo se agruparon de acuerdo con las coincidencias en las tareas que desempeñan entre ellos, tenemos tres categorías que son: las "enfermeras generales" (que incluyen a las enfermeras generales, técnicas y auxiliares); las "enfermeras especialistas" (que corresponde únicamente a enfermeras especialistas) y "las jefas" (que agrupa a enfermeras con puestos de jefas, subjefas y administrativas). Conforme a este acomodo se observa que las enfermeras generales representan la mayoría con el 59% del personal (ver Cuadro 5).

Al relacionar las variables laborales y los diagnósticos de cada una de las dimensiones del BO, se obtuvo que el área de trabajo, tal cual la define la institución, se relacionó significativamente con la despersonalización, siendo el personal del área de consulta externa quienes presentan niveles de despersonalización más altos (43.14%). Resultado esperado dadas las condiciones de su trabajo,

donde se presenta una demanda de atención de pacientes muy alta, que les impide fijar el ritmo y/o pausas en el mismo, y desempeñan un papel de mediadoras en la relación médico-paciente que no es fácil, por lo que la despersonalización, como estrategia, les permite lidiar con ello eficiente y rápidamente.

El puesto de trabajo se relacionó de manera estadísticamente significativa con el agotamiento emocional y la despersonalización, ya que un 37.78% de las enfermeras generales presentaron niveles altos de agotamiento emocional y las especialistas resultaron las más despersonalizadas (36.11%), lo que podría verse como una estrategia de afrontamiento para lidiar con el sufrimiento cotidiano y tensión que se presenta en las áreas quirúrgicas (ver Cuadro 6).

Cuadro 6. Asociación entre las variables laborales y el diagnóstico de las tres dimensiones del síndrome de Burnout (BO), en el total de la muestra (N=153). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables Laborales	Diagnóstico Agotamiento Emocional AE (%)					Diagnóstico Falta de realización Personal FRP (%)					Diagnóstico Despersonalización DP (%)				
	bajo	medio	alto	X 2	P	Bajo	medio	Alto	X 2	P	bajo	medio	alto	X 2	P
Área de Trabajo				5.28	0.50				6.19	0.40				18.56	**0.005**
Consulta externa	29	27	43			59	25	18			25	31	43		
Quirúrgica/ especial	41	28	31			62	28	10			41	45	14		
Hospitalización	43	30	28			51	33	16			38	49	13		
Administrativa	42	42	17			25	42	33			50	42	8		
Puesto de Trabajo				9.82	**0.04**				4.74	0.31				9.26	**0.05**
Generales	36	27	38			54	24	21			36	41	23		
Especialistas	28	36	36			53	36	11			28	36	36		
Jefas	59	30	11			48	41	11			44	52	4		
Turno				6.89	0.14				5.18	0.26				3.66	0.45
Matutino	37	31	31			54	29	17			35	42	24		
Vespertino	25	28	47			66	22	13			25	47	28		
Nocturno	53	25	22			38	41	22			47	38	16		
Antigüedad Hospital				0.04	0.97				3.66	0.16				0.96	0.61
1-10 años	39	29	33			60	29	11			34	46	20		
>= 11 años	37	30	33			47	31	22			36	39	25		

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. en negritas relaciones significativas.

Podemos concluir, en cuanto a las variables laborales, que tanto el área como el puesto de trabajo influyen en la posibilidad de presentar el síndrome de Burnout en alguna de sus dimensiones.

d) Análisis conforme a variables del contenido y control del trabajo

Además, se analizó la distribución de la muestra conforme a las variables que se refieren a los contenidos del trabajo, su control y valorización, observándose que, en prácticamente todos los casos, se obtuvieron porcentajes de respuesta afirmativa muy altos (ver Cuadro 7), lo que supone que las participantes encuentran su trabajo como muy prestigiado, interesante, que les permite desarrollarse y se sienten satisfechas con ello. Sin embargo, sólo un 30% de ellas estarían de acuerdo con que sus hijos desempeñaran el mismo trabajo.

Cuadro 7. Distribución de la muestra en estudio (N=153) conforme a las variables de valorización, contenido y control del trabajo que desempeñan. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables de contenido y valorización del trabajo	Frecuencia simple	Porcentaje
Siente satisfacción laboral	153	100
Siente Interés por el trabajo	153	100
Desarrolla sus habilidades	150	98
Desarrolla su Creatividad	145	95
Tiene Aprendizajes nuevos	145	95
Decide forma de trabajo	140	91
Tiene el reconocimiento del jefe	128	84
Tiene compañeros solidarios	124	81
Decide ritmo de trabajo	113	74
Que sus hijos realicen el mismo trabajo	46	30

Fuente: Aplicación de Encuesta individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004

Resulta sorpresivo que la respuesta, casi unánime, sea de satisfacción y gran valorización del trabajo que desempeñan, lo cual no ocurre en otras profesiones. Pero en este caso, puede explicarse con base en el desarrollo histórico de la enfermería, en su lucha sostenida por ganar reconocimiento y por el papel social que han jugado como vínculo indispensable entre los enfermos y la atención médica. Desde su inicio como parteras, hasta la profesionalización actual, el personal de enfermería tiene un status valioso en la comunidad, el cual ha sido interiorizado por ellas mismas.

Al cruzar las variables institucionales con las tres dimensiones del BO no se dan diferencias estadísticamente significativas, debido a la uniformidad de las respuestas, donde la gran mayoría dicen estar satisfechas con su trabajo pues les resulta gratificante e importante a pesar de las complicaciones inherentes. Al respecto Barret y Yates (2002) encontraron algo igualmente contradictorio, pues reportan en su estudio un nivel alto de satisfacción laboral y realización personal en la mayoría de enfermeras especialistas, aún cuando el 40% reporta sobrecarga laboral y el 48%

están a disgusto con su salario y carecen de apoyo suficiente de parte de la institución; además de presentar varios síntomas de BO como agotamiento emocional el 70%.

Se exploró también el ausentismo, y se observó que en la muestra de enfermeras el 46% reportó haber faltado a trabajar en el año, el número de inasistencias iba de 1 a 30 días al año (pero una persona faltó 90 días en el año y fue sacada del análisis), así se obtiene una media de 4 inasistencias anuales (DE=5.4); de las cuales la mayoría fue por motivos de salud con un promedio de 3 inasistencias (DE=4.4). El ausentismo se relacionó significativamente con la falta de realización personal (X2=7.88 y p 0.01) y marginalmente con el agotamiento emocional (X2=5.18 y p 0.07). Mostrando que un 63% de las personas con ausentismo tienen una realización personal baja y un 42% de ellas, tienen un nivel alto en agotamiento emocional. Aún cuando, no se dio una relación estadísticamente significativa, el diagnóstico del síndrome de burnout se presenta en el 7% de las personas con ausentismo.

e) Análisis conforme a exigencias laborales

Para continuar con el análisis, se verificó la distribución de la muestra de acuerdo con las variables referentes a las exigencias laborales y se pudo observar que el control de calidad es referido por el 65%, así como la sobrecarga de trabajo y el salario insuficiente con el 59%, entre otras (ver Cuadro 8).

Cuadro 8. Distribución de la muestra en estudio (N=153) conforme a las variables de exigencias laborales. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables de exigencias laborales	Frecuencia simple	Tasa de Exposición*
Control de calidad	99	65
Sobrecarga de trabajo	90	59
Salario insuficiente	90	59
Fijo en lugar de trabajo	77	50
Trabajo afecta a salud	61	40
Trabajo peligroso	55	36
Supervisión estricta	52	34
Espacio reducido	52	34
No apoyo de jefe	45	29
Trabajo nocturno	36	24
Trabajos pendientes	35	23
Jornada extensa	34	22
Rotación de turnos	27	18
No apoyo de compañeros	28	18
Ordenes confusas	22	14
Estar sin comunicación	10	7
Trabajo aburrido	2	1
Trabajo denigrante	2	1

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. Se presentan en orden decreciente las exigencias exploradas * tasa por 100 trabajadores.

Se buscó además, la interacción entre el puesto de trabajo y las exigencias laborales, donde la jornada extensa, la rotación de turnos, el trabajo noctumo, un trabajo peligroso y que puede afectar su salud, entre otros, tienen relación estadísticamente significativa, siendo las más expuestas a éstas las enfermeras generales (ver Cuadro 9). Lo anterior puede explicarse porque en el grupo de "generales" se incluye a las auxiliares y existe mucho personal eventual, que son generalmente las que rotan turnos o tienen los horarios variables y perciben los salarios más bajos.

Cuadro 9. Asociaciones entre el puesto de trabajo y las exigencias laborales en estudio. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004. (N = 153)

Exigencia laboral	Puesto 1 "generales"	Puesto 2 "especialistas"	Puesto 3 "jefas"	Chi cuadrada	Valor de p
Salario insuficiente	**67**	22	11	7.735	**0.02**
Trabajo afecta salud	**66**	28	6	8.667	**0.01**
Trabajo peligroso	**62**	31	7	7.355	**0.02**
Trabajo noctumo	**81**	8	11	9.539	**0.008**
Jornada extensa	**82**	6	12	10.757	**0.004**
Rotación de turnos	**92**	4	4	15.445	**0.0004**

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. (se presentan sólo relaciones estadísticamente significativas).

Ahora bien, al analizar la relación entre el área de trabajo y las exigencias laborales tenemos que el trabajo nocturno, el espacio reducido y las órdenes confusas fueron diferentes y estadísticamente significativas para cada área de trabajo. Tenemos que el espacio reducido es una característica del área de quirúrgica y especialidades. Es de llamar la atención que las órdenes confusas es una exigencia poco frecuente en la muestra total (14%, ver Cuadro 8) y sin embargo distingue claramente al área de consulta externa (41%), en contraste con el área de hospitalización donde, por la naturaleza de su trabajo, las instrucciones deben ser claras y evidentemente se requiere realizar más trabajo nocturno (ver Cuadro 10).

Cuadro 10. Asociaciones entre el área de trabajo y las exigencias laborales en estudio. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004. (N = 153)

Exigencia laboral	Área 1*	Área 2*	Área 3*	Área 4*	Chi cuadrada	Valor de p
Trabajo nocturno	7	1	**69**	3	17.319	0.0006
Espacio reducido	2	**15**	5	8	13.067	0.004
Ordenes confusas	**41**	13	23	23	9.977	0.01

* áreas de trabajo: 1-consulta externa, 2-quirúrgica y especializada, 3- hospitalización y 4- administrativa.

Fuente: Aplicación de Encuesta individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. (se presentan sólo relaciones estadísticamente significativas)

Para terminar con el análisis conforme a las exigencias laborales, se exploró la relación entre ellas y las dimensiones del BO y se presentan las relaciones significativas, entre las que tenemos, que el agotamiento emocional alto se presenta con más frecuencia en las trabajadoras expuestas a jornada extensa, sobrecarga de trabajo, salario insuficiente, control de calidad, trabajo peligroso, entre otras. Mientras la falta de realización personal es significativamente más baja para aquellas personas expuestas a jornadas extensas o control de calidad entre otras; por último, la despersonalización resultó ser más alta en quienes estaban expuestas a un trabajo aburrido que implica aislamiento, peligro o en el cual se reciban órdenes confusas, en este último caso de manera marginal (ver cuadro 11).

Cuadro 11. Asociaciones entre las exigencias laborales en estudio y las tres dimensiones del síndrome de Burnout. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004. (N = 153)

Exigencias Laborales	Diagnóstico Agotamiento Emocional AE (%)					Diagnóstico Falta de realización Personal FRP (%)					Diagnóstico Despersonalización DP (%)				
	bajo	medio	alto	X 2	P	bajo	medio	Alto	X 2	P	bajo	medio	alto	X 2	P
Jornada extensa	20.59	29.41	50	7.47	**0.02**	**61.76**	35.29	2.94	6.12	**0.04**					
Supervisión estricta						**50**	40.38	9.62	5.44	**0.06**					
Sobrecarga de trabajo	25.56	34.44	40	14.26	**0.0008**										
Salario insuficiente	27.78	32.22	40	10.08	**0.006**										
Control de calidad	31.31	29.29	39.39	7.08	**0.02**	**53.54**	34.34	12.12	5.64	**0.05**					
Estar sin comunicación	10	10	80	10.90	**0.004**						0	40	60	10.23	**0.006**
Espacio reducido	23.08	25	51.92	14.01	**0.0009**										
Fijo en lugar de trabajo	28.57	27.27	44.16	10.05	**0.006**										
Trabajo peligroso	21.82	29.09	49.09	12.94	**0.001**						20	43.64	36.36	12.58	**0.001**
Ordenes confusas	22.73	22.73	54.55	5.71	**0.05**						22.73	36.36	40.91	4.98	**0.08**
Trabajo afecta salud	26.23	27.87	45.90	9.15	**0.01**										

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004 (se presentan sólo relaciones estadísticamente significativas)

Como se puede apreciar, las exigencias laborales significativas se refieren a situaciones extremas o estresores cotidianos del trabajo del personal de enfermería, que al presentarse sostenidamente en el tiempo, impactan su salud en forma de agotamiento emocional AE y así se expresa la sintomatología del BO. La dimensión de AE resulta ser la más sensible de las tres, seguida de la despersonalización DP, que podría funcionar como estrategia de afrontamiento. Las exigencias con mayor frecuencia en la aparición de los síntomas del BO son las jornadas extensas, el control de calidad, el trabajo peligroso y las órdenes confusas, ya que las mismas están determinando por los menos los síntomas del BO.

f) Análisis conforme a los apoyos institucionales para el trabajo

La literatura científica refiere que la carencia de apoyos institucionales se constituyen en condiciones que facilitan la presencia del burnout en este tipo de trabajadoras. Por este motivo, también se analizó la distribución de la muestra conforme a variables "institucionales" que se referían a los recursos y apoyos necesarios para realizar su trabajo y se encontró que los aspectos más frecuentes fueron el personal insuficiente para realizar las tareas (44%) y las pocas oportunidades de progreso laboral (46%) (ver Cuadro 12).

Cuadro 12. Distribución de la muestra en estudio (N=153) conforme a las variables referentes a los apoyos institucionales para desempeñar su trabajo. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables de apoyos institucionales	Frecuencia simple	Tasa de exposición*
Poca oportunidad de progresar laboralmente	70	46
Personal insuficiente para cubrir demanda	68	44
Instalaciones inadecuadas	60	39
Equipo insuficiente	59	39
Materiales escasos	42	27
Sin apoyo tecnológico	33	22

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004 * tasa por 100 trabajadores.

En un segundo momento, se analizó la relación entre el área de trabajo y las llamadas variables institucionales y no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre ellas. Sin embargo, al analizar la relación entre éstas y el puesto de trabajo, se observa que el personal insuficiente para realizar el trabajo y las pocas oportunidades para progresar laboralmente fueron diferentes y estadisticamente significativas en los tres puestos, siendo tanto la falta de personal, como la poca oportunidad de progresar laboralmente mayores para las enfermeras generales (ver Cuadro 13).

Cuadro 13. Asociaciones entre el puesto de trabajo y las variables institucionales en estudio. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004. (N = 153)

Variable Institucional	Puesto 1 "generales"	Puesto 2 "especialistas"	Puesto 3 "jefas"	Chi cuadrada	Valor de p
Personal insuficiente para realizar tareas	**63**	29	7	9.555	**0.008**
Pocas oportunidades de progreso laboral	**60**	30	10	6.602	**0.03**

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004 (se presentan sólo relaciones estadisticamente significativas)

Por otro lado, se analizaron las relaciones posibles entre estas variables institucionales y los diagnósticos obtenidos en cada una de las dimensiones del síndrome de burnout y de ello se destaca que las instalaciones inadecuadas y las pocas oportunidades de progresar laboralmente se relacionan con el agotamiento emocional significativamente, la primera de ellas de manera marginal, mientras el no contar con equipo suficiente y las instalaciones inadecuadas se relacionaron con el grado de despersonalización (ver Cuadro 14).

Cuadro 14. Asociaciones entre las variables institucionales en estudio y las tres dimensiones del síndrome de Burnout. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004. (N = 153)

Exigencias Laborales	Diagnóstico Agotamiento Emocional AE (%)					Diagnóstico Falta de realización Personal FRP (%)					Diagnóstico Despersonalización DP (%)				
	bajo	medio	alto	X 2	P	bajo	medio	Alto	X 2	P	bajo	medio	alto	X 2	P
Instalaciones inadecuadas	30	27	43	5.31	0.07*						32	35	33	6.18	**0.04**
Equipo insuficiente											37	31	32	6.70	**0.03**
Poco progreso laboral	30	23	47	12.27	**0.002**										

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004 (se presentan sólo relaciones estadísticamente significativas) * diferencia marginal.

Cabe recordar que las pocas oportunidades de progresar en el trabajo se asoció significativamente con el puesto de enfermeras generales y que ahora resulta ser una condición que promueve la presencia del agotamiento emocional.

g) Análisis conforme a variables personales o facilitadores del Burnout (BO).

Según la literatura en el tema del síndrome de Burnout, se considera a la personalidad o a los rasgos o características personales, como facilitadores de la presencia del mismo. Esto es, no son considerados como determinantes o causas del cuadro, como serían las variables laborales, las exigencias o características institucionales, sino coadyuvantes, que de estar presentes potencian los efectos de la exposición a las condiciones laborales extremas. Por lo cual, exploramos aquellos rasgos de personalidad que se han asociado frecuentemente a la presencia del burnout. Así, la muestra se distribuyó como sigue, alrededor del 95% de las personas se consideran a sí mismas sensibles a los demás, humanas, altruistas y entusiastas, entre otras cosas (ver Cuadro 15).

Cuadro 15. Distribución de la muestra en estudio (N=153) conforme a las variables referentes a los rasgos de personalidad asociados al BO. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables personales	Frecuencia simple	Porcentaje
Humana	151	99
Altruista	146	95
Entusiasta	146	95
Sensible a los demás	142	93
Afronta y soluciona conflictos	132	86
Segura de sí misma	132	86
Idealista	111	73
Empatía	102	67
Exceso de identificación con los demás	98	64
Dueña de su vida, siente que tiene el control	90	59
Perfeccionista	81	53
Preocupación excesiva	63	41
Estoicismo*	59	39
Autocrítica severa	48	31
Asume responsabilidad de sus actos	40	26
Ansiosa/nerviosa	39	25
Competitiva e intolerante	32	21
Adicción al trabajo	28	18
Sustituye vida por trabajo	23	15
Evade conflicto	21	14
Insegura	21	14
Culpa a eventos externos de sus actos	5	3

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. * equivale a la personalidad resistente o Hardiness.

Al analizar las diferencias posibles entre las variables personales y el área de trabajo nos encontramos que solamente la capacidad para afrontar conflictos activamente distinguió a los grupos significativamente (X2=8.655, p 0.03), siendo las enfermeras del área de consulta externa aquellas que exhiben con menor frecuencia estas habilidades. Por otro lado, al comparar estas variables con los puestos de trabajo se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas para la cualidad de evaluar las causas de los conflictos como manejables y bajo control (atribución positiva) y fueron las enfermeras especialistas quienes más presentan este rasgo (X2=9.349, p 0.009).

Como dijimos anteriormente, los rasgos de personalidad que exploramos son aquellos que con frecuencia se reportan en la literatura como asociados al BO, no se hace una evaluación exhaustiva de ellos como para poder establecer "diagnósticos" o caracterizar la personalidad de nuestras participantes. Sin embargo, si se presentan juntos ciertos rasgos, pueden suponer "estilos personales" para comportarse, ya sea en las relaciones interpersonales como en la manera de responder frente a un conflicto. Así, consideramos agrupar en cinco "estilos personales" de comportamiento las variables personales, que hasta ahora se han analizado de manera individual.

Tenemos que el primer estilo es el de "tipo altruista-idealista" que incluye características como la empatía, ser sensible a los demás, ser humana, idealista, altruista e identificarse en exceso; el segundo es el "personalidad tipo A" con rasgos como ser perfeccionista y obsesiva, competitiva e intolerante, ansiosa y entusiasta o energética; el tercero, es el tipo de "manejo activo de estrés" con cualidades como la capacidad para afrontar y resolver conflictos, hacer evaluaciones positivas y objetivas de su actuación, asumir responsabilidad de sus actos y tener seguridad en sí misma; el cuarto tipo es el de "manejo pasivo de estrés", que incluye características como la evasión del conflicto, la autoincriminación o autocrítica severa, la preocupación excesiva, las evaluaciones negativas de su actuación y la inseguridad en sí misma y el quinto es el tipo "adicta al trabajo" que incluye la adicción al trabajo, la sustitución de la vida por el trabajo y la cualidad de actuar con estoicismo (personalidad resistente o hardiness, por el concepto en inglés).

De lo anterior se deriva que 57 personas caen en el "estilo altruista", 24 en el de "personalidad tipo A", 75 en el "manejo activo de estrés" y 9 en el "manejo pasivo de estrés" y finalmente 30 son del tipo "adictas al trabajo" (ver Tabla 4). Cabe mencionar que 32 enfermeras, de las 153, no caen en ninguna categoría y que además, algunas de las anteriores presentan al mismo tiempo dos o tres "estilos personales". En ellas se encuentran interacciones como el altruismo con la personalidad tipo "A" en 10 casos, el altruismo con un manejo activo del estrés coincide en 28 personas, el altruismo y el manejo pasivo con 4 personas y el altruismo con la adicción al trabajo en 11 enfermeras. Otros estilos simultáneos son la personalidad tipo "A" con el manejo activo de estrés en 11 casos y con el manejo pasivo en un solo caso, como sería de esperarse por lo incompatible de los rasgos que caracterizan a cada uno, la personalidad tipo "A" con adictas al trabajo con 7 personas y las adictas al trabajo se combinan con manejo activo de estrés en 13 casos y con los de manejo pasivo en 3.

Cuardo 16. Distribución de los estilos personales en la muestra de enfermeras en estudio (N=153). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Estilo personal de actuación	Número de personas que lo presentan *	Porcentaje en relación con el total de la muestra *
Estilo altruista	57	37
Estilo personalidad tipo "A"	24	16
Estilo manejo activo de estrés	75	49
Estilo manejo pasivo de estrés	9	6
Estilo adictas al trabajo	30	20

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. * una misma persona puede presentar más de un "estilo personal".

Relacionamos estos "estilos personales" con los diagnósticos o niveles de intensidad de las tres dimensiones del burnout y aún cuando no se dieron diferencias estadísticamente significativas, pudimos ubicar donde se concentraban los porcentajes más altos. Así tenemos que, las personas del tipo altruista (n=57) presentan, en su mayoría, niveles bajos en agotamiento emocional (AE), falta de realización personal (FRP) y despersonalización (DP); las de personalidad tipo "A" (n= 24) presentan niveles altos de agotamiento emocional, moderados de despersonalización y bajos de FRP; las de manejo activo de estrés (n= 75), presentan niveles bajos en las tres dimensiones; las de manejo pasivo (n=9) niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización y bajos FRP (lo que conforma el síndrome de Burnout clásico, es decir 9 de las 12 personas, de la muestra total con BO, presentan este estilo de afrontamiento pasivo de estrés); para terminar, las adictas al trabajo (n=30) presentan alto agotamiento emocional, moderada despersonalización y baja FRP.

Por último, se exploró la relación entre estas variables o rasgos personales con cada una de las dimensiones del BO y se tiene que, las personas que se asumen como autocríticas o que se preocupan en exceso se relacionan con niveles altos de agotamiento emocional de manera estadisticamente significativa, la segunda de ellas marginalmente. Por otro lado, la falta de realización personal está asociada a rasgos como el altruismo o la resistencia extrema, entre otros (ver Cuadro 16).

Cuadro 17. Asociaciones entre las variables personales en estudio y las tres dimensiones del síndrome de Burnout. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004. (N = 153)

Exigencias Laborales	Diagnóstico Agotamiento Emocional AE (%)					Diagnóstico Falta de realización Personal FRP (%)					Diagnóstico Despersonalización DP (%)				
	bajo	medio	alto	X 2	P	bajo	medio	Alto	X 2	P	bajo	medio	alto	X 2	P
Altruista						54	31	15	8.38	**0.01**					
Asume responsabilidad	18	30	53	12.46	**0.002**										
Estoicismo						66	24	10	7.05	**0.02**					
Evade conflicto											14	62	24	5.39	0.06*
Autocrítica severa	23	31	46	7.93	**0.01**										
Preocupación excesiva	32	25	43	5 05	0.07*										
Afronta y resuelve conflictos											39	41	20	5.70	**0.05**
Controla su vida						59	33	78	13.16	**0.001**					
Insegura						29	38	33	7.07	**0.02**					

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. *diferencias estadisticamente marginales. En negritas se indica en donde se concentraron los puntajes. (se presentan sólo relaciones estadisticamente significativas)

Como conclusión, podemos decir que ciertos rasgos personales, como se ha visto, acompañan a la sintomatología del burnout y se presentan de manera diferencial según las áreas y puestos de trabajo, como si fueran características "necesarias" para lidiar con las demandas de su labor. Insistimos que, las variables personales en sí mismas no son causa de los síntomas de burnout pero sí los facilitan, de existir o no su presencia. Es posible que, al sumarse éstas a una situación laboral donde se presentan las exigencias que son causas potenciales del cuadro, lo potencien y desencadenen con facilidad. Por ejemplo, de acuerdo con nuestros resultados, una enfermera general del área de consulta externa quien además de tener sobrecarga de trabajo, trabajar en un espacio reducido y no tiene posibilidades de progresar en su empleo, es alguien que además idealiza su labor y no tiene recursos personales para afrontar el estrés, es muy probablemente una persona con más riesgo de enfermarse o enfermarse antes que las otras con una exposición similar.

h) Análisis de los casos detectados con el síndrome de burnout, grupo de "quemadas":

Por separado, se analizó al grupo de casos con síndrome de Burnout (n=12), que representa una prevalencia del síndrome completo del 8%, para poder caracterizarlo de alguna manera y conocer un posible perfil de riesgo. Se presenta la distribución de las variables para este grupo de 12 enfermeras "quemadas" (según el término en español del síndrome). En relación con las variables sociodemográficas, se tiene que el 84% de ellas cuentan con más de 31 años de edad y tienen una formación académica técnica el 91%; la mitad de ellas son casadas, un 67% tienen hijos y todas realizan las labores del hogar y el cuidado de los hijos, adicional a su jornada laboral.

Por otro lado, en cuanto a las variables laborales, el 67% se encuentran ubicadas en el área de consulta externa y un 75% ocupan el puesto de enfermeras generales, la mitad de ellas labora en el turno vespertino y tienen una antigüedad laboral mayor a los 11 años.

Además, conforme a las variables del contenido y control del trabajo tenemos que, el 42% de ellas no desean que sus hijos trabajen en lo mismo, siendo que del total de la muestra sólo el 30% lo dice así y no pueden fijar el ritmo de su trabajo por las altas demandas de atención de pacientes.

De acuerdo con las exigencias estudiadas, se observa que este grupo de "quemadas" están expuestas el 100% de ellas a un salario insuficiente, el 83% a sobrecargas de trabajo y trabajo

peligroso, el 75% están expuestas a un estricto control de calidad y a un trabajo que afecta su salud y un 67% dicen realizar su trabajo en un espacio reducido.

Acerca de los apoyos institucionales que pueden ser determinantes para la presencia del BO tenemos que un 67% manifiesta desempeñar su trabajo en instalaciones inadecuadas y un 58% refiere que no tiene oportunidad de progresar laboralmente, por último, la mitad afirma que existe personal insuficiente para cubrir la demanda de atención.

Conforme a los rasgos personales o facilitadores del síndrome, tenemos que el 100% de las "quemadas" dicen ser sensibles a los demás, altruistas y humanas, el 83% son empáticas y afrontan activamente los conflictos y un 75% son idealistas y se identifican en exceso con los demás.

Comparación entre Casos (con diagnóstico de BO) y No Casos (sin diagnóstico de BO):

Ahora, al comparar al grupo de "quemadas" o casos (n=12) con el resto de la muestra no casos (n=141), por cada variable en estudio encontramos que ninguna de las variables sociodemográficas presentan relaciones significativas (ver Cuadro 18).

Cuadro 18. Asociación entre las variables sociodemográficas y el diagnóstico del síndrome de Burnout (BO). Comparación de los casos (12) y los no casos (141). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables	Con diagnóstico Síndrome BO (n=12)		Sin Diagnóstico Síndrome BO (n=141)			
Variables Sociodemográficas	n	%	n	%	X2	P
Edad					0.518	0.47
20-35 años	5	41.67	74	52.48		
>= 36 años	7	58.33	67	47.62		
Escolaridad					0.692	0.40
Técnica	11	91.67	116	82.27		
Licenciatura	1	8.33	25	17.73		
Estado civil					0.678	0.41
Con pareja	9	75	89	63.12		
Sin pareja	3	25	52	36.88		
Presencia de hijos					0.176	0.67
Con hijos	8	66.67	102	85.11		
Sin hijos	4	33.33	21	14.89		
Realiza tareas hogar	12	100	120	85.11	2.07	0.15

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. En negritas las relaciones significativas.

Por otro lado, si resultaron relaciones significativas en las variables laborales, para el área de trabajo (X210.336 p<0.05) y el turno de trabajo (X2 6.862 p<0.05) (ver Cuadro 19). En las variables de control y contenido del trabajo, en cuanto al deseo de que sus hijos realicen su mismo trabajo (mide aprecio por la propia actividad) con una X2 4.949 y una p<0.05 y de manera marginal con la posibilidad de desarrollar su creatividad en el trabajo (X2 3.438 valor de p 0.06) (ver Cuadro 19).

Entre las exigencias laborales que resultaron significativas para determinar el diagnóstico del síndrome de BO, tenemos a la jornada extensa (9.824 p<0.01), la rotación de turnos (X2 9.378 p<0.01) y salario insuficiente (X2 9.115 p<0.01) por mencionar algunas, (ver Cuadro 20).

Cuadro 19. Asociación entre las variables laborales y de contenido del trabajo con el diagnóstico del síndrome de Burnout (BO). Comparación de los casos (12) y los no casos (141). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables	Con diagnóstico Síndrome BO (n=12)		Sin Diagnóstico Síndrome BO (n=141)			
Variables Laborales	n	%	n	%	X2	P
Área de Trabajo					10.336	**0.01**
Consulta externa	9	75	42	29.79		
Quirúrgica/ especial	1	8.33	28	19.86		
Hospitalización	2	16.67	59	41.84		
Administrativa	0	0	12	8.51		
Puesto de Trabajo					2.889	0.23
Generales	9	75	81	57.45		
Especialistas	3	25	33	23.40		
Jefas	0	0	27	19.15		
Turno					6.862	**0.03**
Matutino	5	41.67	84	59.57		
Vespertino	6	50	26	18.44		
Nocturno	1	8.33	31	21.99		
Antigüedad					0.088	0.76
1-10 años	5	41.67	65	46.10		
>= 11 años	7	58.33	76	53.90		
Variables de contenido y control	n	%	n	%	X 2	P
Desea mismo trabajo para hijos	7	58.33	39	27.66	4.949	**0.02**
Desarrolla creatividad trabajo	10	83.33	135	95.74	3.438	**0.06***

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. En negritas las relaciones significativas. * diferencia marginal.

En cuanto a los apoyos institucionales se tiene que el trabajar en instalaciones inadecuadas (X2 4.116 p<0.05) se relacionó significativamente con el diagnóstico del síndrome (ver Cuadro 19). Para finalizar este análisis, se obtuvo que ninguna de las variables personales o facilitadoras del BO se asociaron significativamente con el diagnóstico del síndrome.

Cuadro 20. Asociación entre las exigencias laborales y los apoyos institucionales con el diagnóstico del síndrome de Burnout (BO). Comparación de los casos (12) y los no casos (141). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables	Con diagnóstico Síndrome BO (n=12)		Sin Diagnóstico Síndrome BO (n=141)			
Exigencias Laborales	n	%	n	%	X2	P
Jornada extensa	7	58.33	27	19.15	9.824	**0.001**
Sobrecarga de trabajo	10	83.33	80	56.74	3.229	0.07*
Salario insuficiente	12	100	78	55.32	9.115	**0.002**
Rotación de turnos	6	50	21	14.89	9.378	**0.002**
Trabajo afecta a salud	9	75	52	36.88	6.703	**0.009**
Trabajo peligroso	10	83.33	45	31.91	12.698	**0.0004**
Ordenes confusas	6	50	16	11.35	13.420	**0.0002**
Espacio reducido	8	66.67	44	31.21	6.198	**0.01**
Estar sin comunicación	3	25	7	4.96	7.267	**0.007**
Trabajo aburrido	1	8.33	1	0.71	4.983	**0.02**
Trabajo denigrante	1	8.33	45	31.91	12.698	**0.004**
Apoyo Institucional	n	%	n	%	X2	p
Instalaciones inadecuadas	8	66.67	52	36.88	4.116	**0.04**
No apoyo tecnológico	5	41.67	28	19.86	3.109	0.07*

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. En negritas las relaciones significativas. * diferencia marginal.

Por último, parece ser que los resultados del presente estudio, coinciden con lo reportado en investigaciones similares, donde conviven características y exigencias particulares del trabajo de enfermería, donde se debe hacer más con menos, con pocos apoyos institucionales para poder hacer frente a una demanda excesiva y creciente de atención de la salud.

Estas condiciones no se dan en el vacío, sino que perfilan una problemática de atención sanitaria que tiene rebasado al sistema de salud en su conjunto y que se expresa cotidianamente, como una muestra reiterada, en cada institución hospitalaria. Si a ello le sumamos la "mística" malentendida de la enfermera y su vocación de servicio idealizada, la que al confrontarse con la realidad, que limita sus posibilidades prácticas para ofrecer el servicio que desea, tenemos la combinación precisa para que se presenten una diversidad de trastornos mentales, en este caso el síndrome de burnout, como un problema de salud característico de este colectivo de trabajadoras.

VIII. DISCUSIÓN.

El síndrome de Burnout BO (desgaste profesional o quemarse por el trabajo, en español) es definido como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución (Gil-Monte y Peiró, 1997). Lo anterior, implica una relación dinámica entre los elementos que tiene por objeto la adaptación de la persona a una situación laboral extrema.

El síndrome de BO se puede entender así, como una "estrategia de afrontamiento perversa" para lidiar con el estrés laboral crónico; puede ser análogo al fusible de la luz que se funde, para preservar la instalación eléctrica, al recibir una sobrecarga de energía. Es pues una respuesta que "enferma" al individuo, quien por ser parte del sistema, lo afecta en su conjunto. Así pues, es importante ubicarle como una problemática ligada a procesos de trabajo particulares, que saturan la resistencia física y mental de los trabajadores, y que el daño en la salud de algunos de ellos, intensifica la problemática para el resto, que tienen que sacar adelante el trabajo con menos recursos humanos disponibles.

En este sentido, se confirma nuestra Hipótesis de Trabajo en donde son las características particulares del proceso de trabajo las que generan el padecimiento en el personal de enfermería, lo cual es evidente por las múltiples asociaciones significativas entre la presencia de sintomatología y/o del sindrome de BO con las exigencias laborales que se derivan del mismo.

Para comprender la dimensión de la problemática, tenemos que considerar dos aspectos, por un lado, al síndrome de BO como un problema de salud del trabajador en particular y por otro, al proceso de trabajo en sí mismo como generador o potenciador del síndrome:

A) El síndrome de BO como problema de salud laboral:

Al respecto tenemos que, entre las posibles explicaciones de la dinámica del síndrome de Burnout se cuenta a la perspectiva psicosocial, que entiende a éste como un proceso y se incluyen diversos

modelos derivados tanto de la teoría sociocognitiva del yo como de teorías del intercambio social. Estos modelos, están encaminados a explicar los mecanismos, elementos y secuencia de acontecimientos que explican la aparición del síndrome como un intento fallido por controlar una situación laboral extrema. Entre otros tenemos, el modelo de autocontrol (Thompson, Page y Cooper, 1993, cit. en Gil-Monte y Peiró, 1997) que propone que el reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos y el nivel de autoconciencia son elementos que interactúan en la aparición del síndrome.

Por otro lado, tenemos desde las explicaciones derivadas de las teorías de corte social, el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli de 1993 (cit. en Gil-Monte y Peiró, 1997) que desarrollaron su modelo para explicar el síndrome de BO en personal de enfermería y señalan una doble etiología que incluye: los procesos de intercambio social con los pacientes y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

En cuanto al intercambio social en el personal de enfermería se identifican tres aspectos para desarrollar el síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. En relación con la afiliación social y comparación con los compañeros se afirma que este tipo de personal no busca apoyo social en situaciones de estrés, por el contrario, evitan la presencia de sus compañeros por temor a ser criticados por incompetentes o débiles, en este caso el apoyo social resulta un factor negativo y si se suma con la comparación social se puede incrementar la frecuencia de ocurrencia del BO así como facilitar el "contagio" en otras personas del grupo. Todo esto estaría modulado por la autoestima de los sujetos, por sus niveles de reactividad frente a los problemas y por la orientación ya sea positiva o negativa del intercambio social. De las explicaciones anteriores, se resalta el hecho de que la dimensión de la problemática se "construye" al interior del individuo, condicionado a sus recursos personales y percepciones, y se puede modular con el tipo de relaciones interpersonales y/o laborales que es capaz de establecer.

B) El proceso de trabajo de enfermería como generador del síndrome.

Desde la perspectiva del análisis del proceso de trabajo, tenemos que por la naturaleza del trabajo de la enfermera, con individuos que buscan el restablecimiento de su salud y se constituyen en un objeto-sujeto de trabajo y la exposición a múltiples exigencias, derivadas de la realidad que se vive

en el sector salud nacional, este personal está totalmente rebasado por la demanda de atención médica de la población y es claro que se trata de un colectivo de trabajadoras vulnerable. Cabe resaltar la implicación del objeto-sujeto de trabajo en la salud mental de las enfermeras, los pacientes "cargados" de problemas, además de enfermedad, depositan sus expectativas en el profesional de la salud, médico o enfermera. Por la jerarquización de funciones en los hospitales, los médicos resultan inalcanzables o distantes para el paciente, no así la enfermera que atiende desde sus necesidades básicas hasta sus requerimientos afectivos. En esta situación les es difícil no involucrarse y encontrarse, de pronto, con una sobrecarga emocional adicional. Según Mendes Gonçalves (1984) esta característica del objeto de trabajo médico, que es un ser humano igual que él, involucra una identificación excesiva, que puede ser una complicación que limite su actividad, si no se es capaz de disociarlo de sí mismo. En esta lógica cobra sentido la dimensión de despersonalización del BO como estrategia de afrontamiento que permite el desempeño laboral. No es el proceso de trabajo aislado y sus particularidades, sino que se tienen determinantes económicas y políticas de salud nacional que derivan en un proceso de trabajo que expone a quien lo realiza a diversos riesgos, exigencias y estresores casi permanentes. Donde de antemano se les plantea una situación laboral límite (falta de recursos materiales y humanos, salarios insuficientes, jornadas extensas, sobrecargas de trabajo, etc.) cargada de incertidumbre en el momento actual y futuro. Así tenemos un círculo vicioso que se refuerza, en cada persona, por la experiencia repetitiva de fracaso frente a la realidad y la expresión del síndrome es una respuesta extrema frente a ello.

Aún cuando el INCan es una Institución de primer nivel se presentan carencias y las problemáticas características de nuestro sistema de salud, el cual esta tan complicado para resolver la demanda de salud de la población actual que se ha declarado casi vencido frente al reto de garantizarla a futuro y le apuesta a la "omnipotencia", abnegación e integridad de los trabajadores del sector salud para sacar adelante un problema estructural.

Por lo cual para poder interpretar los resultados del presente estudio a la luz de estas dos ópticas, se exploró la sintomatología del síndrome en relación con las variables, de todo tipo, que pueden determinarla o desencadenarla en nuestra muestra de personal de enfermería del INCan.

Para empezar, se obtuvo que alrededor del 60% de las enfermeras presentan sintomatología del síndrome de Burnout con niveles de intensidad moderados y altos. El síndrome como tal se verificó en el 8% de la muestra estudiada. Como ya se dijo en los resultados, no existe manera de quedar exento de padecer sintomatología del síndrome, por lo cual valdría la pena revisar las normas de calificación o clasificación diagnóstica de la escala MBI, para que permita además de los tres niveles de intensidad una categoría de salud o ausencia de síntomas. Además, vale la pena revisar la concepción del síndrome constituido por tres dimensiones, ya que encontramos que el agotamiento emocional resulta ser el indicador más sensible o la sintomatología más consistente del cuadro, seguido de la despersonalización (como estrategia de afrontamiento) y en menor medida la falta de realización personal, como una valoración subjetiva que hace cada persona y que no está asociada necesariamente a una realidad laboral. Al final de este apartado de discute lo anterior en relación con la escala del MBI (¿el problema es la escala o la concepción tridimensional del síndrome?).

Para ir perfilando las variables que pueden determinar la prevalencia del BO, tenemos que las características sociodemográficas que se asociaron significativamente a la presencia de síntomas fueron la edad y la presencia de hijos. Así, las enfermeras que tenían más de 41 años de edad resultaron ser las más vulnerables en cuanto a las tres dimensiones del BO, lo mismo fue encontrado por Hall L. (2001), quien estudió una muestra de enfermeras neocelandesas y se destacó al grupo de edad de 41-45 años como el más suceptible y también en otro estudio con una muestra de enfermeras (Piko, B., 1999), se encontró que las personas de 51 a 60 años de edad, son las más afectadas.

Como se dijo, otras de las variables demográficas que influyeron, en nuestro caso, fue la presencia de hijos. Es posible que, independientemente de lo placentero que puede ser la presencia de hijos, se constituye en realidades que hay que atender a como de lugar, atención que depende de variables múltiples como los ingresos económicos, los soportes sociales, la edad de los hijos, y que en el caso particular de esta población, se configuran en elementos centrales de su doble carga de trabajo o de su doble jornada laboral. En cuanto a la escolaridad de las participantes, se observó, de manera no significativa, que aquellas con estudios a nivel técnico suelen concentrar los niveles de intensidad más altos del BO, lo anterior va en el mismo sentido con lo reportado por Piko, B., (1999),

quien refiere que el personal con un nivel de estudios menor tuvo niveles más altos de sintomatología.

Las variables laborales que fueron significativas para la sintomatología del BO, fueron el área y el puesto de trabajo, se distinguieron las enfermeras generales del área de consulta externa como las más afectadas. De la aplicación de la Guía de Observación y las entrevistas, se pudo observar que efectivamente el área de consulta externa presenta una sobrecarga de trabajo natural, se atienden 25 a 30 pacientes al día por consultorio-enfermera, se trata de un espacio reducido, con poca ventilación, con iluminación deficiente y en muchas ocasiones el trabajo se realiza con pocos recursos materiales y en una tensión permanente por mediar en la relación entre el médico y los pacientes. Es un espacio de trabajo donde existe un flujo permanente de personas y el murmullo de voces es constante. La enfermera general en el área de consulta externa está expuesta además a riesgos biológicos, pues apoya al médico en las curaciones y después lava el material y equipo utilizado para prepararlo para la siguiente jornada. De alguna manera, es justificable que se trate de un área de trabajo, que por sus características, presenta un número mayor de enfermeras con presencia de síntomas de BO.

Al revisar la influencia de ciertas exigencias laborales, se tiene un acuerdo, casi generalizado, al referir las sobrecargas de trabajo frecuentes, las jornadas excesivas o la rotación de turnos, entre otras, como las clásicas en la literatura del tema. En nuestro caso, el 33% de la muestra obtuvo niveles altos de agotamiento emocional (AE) y la sobrecarga laboral, que tiene una tasa de exposición de 59 por cada 100 trabajadores, se asocia significativamente a ello; por otro lado, la jornada extensa (con una tasa de 22 por cada 100) también se asocia significativamente con el AE y la falta de realización personal (FRP). Además, se correlacionó significativamente el agotamiento emocional alto con el salario insuficiente, el estricto control de calidad, la falta de comunicación con compañeros, el trabajar en espacios reducidos, estar fijo en el lugar de trabajo, el recibir órdenes confusas y realizar un trabajo que pueda ser peligroso o dañar la salud. En cierta medida, se perciben coincidencias con lo reportado en investigaciones similares en poblaciones de personal sanitario, (Caballero Martín M., y cols., 2001), donde se encontraron el 30.6% de nivel alto de agotamiento emocional (AE) y el 38.3% de los trabajadores asoció la presencia de síntomas de BO con la sobrecarga de trabajo habitual en las clínicas. En otro estudio (Warman A., 2001), con

trabajadores cubanos del área de la salud, también se asocian exigencias como la sobrecarga de trabajo a la sensación de agotamiento emocional en este personal, y lo refieren a la imposibilidad de lidiar con la alta demanda de los pacientes y los limitados recursos materiales con que cuentan para atenderlos.

En nuestro estudio, al explorar las variables de recursos institucionales, encontramos que condiciones como trabajar en instalaciones inadecuadas, no contar con el personal suficiente para cubrir la demanda de atención de pacientes y tener pocas oportunidades de progreso laboral correlacionaron significativamente con la sintomatología del BO, sobre todo con puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización.

Desde un principio partimos del supuesto que, por tratarse de una muestra de enfermeras adscritas a un servicio de atención especializada, como es el caso de los pacientes oncológicos, se incrementarían las fuentes de presión laboral para ellas, pero que también les representaría un estatus privilegiado o un reconocimiento social especial. Lo anterior, ha sido observado en otras investigaciones (Barrett L. y Yates P., 2002), al estudiar una muestra de 243 enfermeras especializadas en el área de oncología/hematología encontraron un nivel alto de satisfacción laboral y realización personal en la mayoría de ellas aún cuando el 40% reporta sobrecarga laboral y el 48% están a disgusto con su salario y carecen de apoyo suficiente de parte de la institución; por otro lado se observó que presentan varios síntomas de BO como agotamiento emocional el 70% de ellas. En nuestro estudio, fue notable que casi el total de la muestra, refiere satisfacción, aprecio y tienen un buen concepto de su trabajo.

Por su parte, las enfermeras especialistas, que son el 24% de la muestra, resultan ser las que desempeñan un trabajo peligroso y que puede dañar su salud y fueron las que presentaron significativamente mayor despersonalización. En este sentido, se muestra como los síntomas incluidos en el síndrome, "sirven" para sobrellevar la situación, la despersonalización, en este caso, puede proteger a la enfermera especialista del dolor y la frustración derivados de la relación con pacientes terminales, con los médicos en estos servicios (quirófano, por ejemplo) quienes al estar presionados a su vez, descargan su tensión en ellas, y claro con la presencia cercana de la muerte. Pareciera ser, entonces que la despersonalización en ellas pudiera jugar un papel de mediador o

mecanismo que les permite tomar distancia para manejar la situación laboral eficientemente. Otro estudio muestra también esta relación curiosa en enfermeras especialistas de terapia intensiva (Chen S.M. y Mc Murray A., 2001), encontrando en general que los puntajes para las tres subescalas fueron de bajos a moderados. En otro estudio con enfermeras especializadas en salud mental (Coffey, M., 1999) se observa lo contrario, que el 44.3% presentaron niveles altos de BO, sobre todo lo referente al agotamiento emocional. Cabe comentar que al momento de aplicar las encuestas la suspicacia fue mayor en el grupo de enfermeras especialistas que en el resto, además de que sus respuestas fueron más conservadoras en cuanto a evidenciar una posible problemática y resaltar los aspectos de eficacia y satisfacción laboral. Aparentemente, se trata de un grupo con un estatus laboral-social mayor dentro del personal de enfermería de la Institución, quienes por haberse distinguido ya sea por su preparación académica o trayectoria profesional, sienten que pueden estar por encima de la problemática laboral común.

Hasta este momento, al explorar los posibles determinantes del BO (sociodemográficos, laborales, exigencias laborales e institucionales) se comienza a delimitar un cierto grupo de riesgo. En concreto, se trata de mujeres con más de 41 años de edad, que tienen hijos, con una escolaridad técnica, que están adscritas al área de consulta externa y tienen un puesto de enfermera general, que son expuestas a sobrecargas de trabajo, jornadas extensas, salario insuficiente, estricto control de calidad, falta de comunicación con compañeros, que trabajan en espacios reducidos y deben estar fijas en su lugar de trabajo, que reciben órdenes confusas y realizan un trabajo que puede ser peligroso o dañar su salud. Mismas que además, deben atender una demanda excesiva de pacientes con poco personal para ello y tienen pocas oportunidad de progresar laboralmente. Encontramos ciertas coincidencias con un estudio que exploró los aspectos epidemiológicos del BO en personal sanitario (Atancé,J.C. 1997), donde se refiere el siguientes perfil de riesgo: mujer de más de 44 años de edad, sin pareja estable, con más de 11 años de antigüedad en el hospital, que deben atender más de 21 pacientes diarios y tiene una jornada laboral extensa.

Por último, en nuestro estudio exploramos ciertos rasgos o características personales tradicionalmente asociados al BO y al respecto Grau y Chacón (1998) y Gil-Monte y Peiró, (1997) mencionan que este tipo de variables se pueden entender en dos direcciones: como desencadenantes que predisponen al BO y como moduladores por efectos directos o indirectos. Es

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

decir, pueden facilitar o potenciar los efectos negativos presentes en el trabajo o pueden proteger contra ellos. En la primera dirección, se sabe que las personas empáticas, sensibles, humanas, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas y susceptibles de identificarse mucho con los demás, son más proclives al BO. Nuestros resultados, relacionan significativamente al altruismo, el estoicismo o *hardiness* y al tener una atribución positiva de sus actos, es decir sentirse en control de su vida, con la percepción de tener una realización personal en su trabajo, esto es los puntajes en FRP van de normales a altos, sin problemas. Cabe recordar que la falta de realización personal (FRP) se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso, sentimientos de baja autoestima y afecta al rendimiento laboral, sobre la base de una autoevaluación negativa, a veces encubierta con una actitud de "omnipotencia" que hace redoblar los esfuerzos aparentando interés y dedicación aún mayores, que, a la larga, profundizan el BO (Gil-Monte, Peiró, 1997).

Asimismo se observó que, las personas que tienen la cualidad de compromiso y asumen la responsabilidad de sus actos presentan niveles altos de agotamiento emocional (AE), lo mismo que quienes muestran una autocrítica severa y preocupación excesiva. Para terminar la discusión de las características personales, se puede decir que sumado a la caracterización del perfil de riesgo observado, podríamos identificar, en nuestra muestra, rasgos personales como el ser muy comprometida, preocuparse en exceso y ser muy autocrítica como posibles facilitadores del síndrome y a rasgos como el altruismo, el estoicismo y al tener una atribución positiva de sus actos, como probables factores moduladores o protectores, siempre y cuando no se excedan los límites de la resistencia humana.

Sin duda, el personal de enfermería es muy complejo por sus características (diversos niveles de personal, la variedad de programas de formación y el amplio rango de acciones que realiza en todas las instituciones y programas de salud), sin dejar a un lado que constituye el grupo más numeroso en el sector salud. Además, la situación educativa de la enfermería es de una enorme diversidad y no planeada en el país, lo que dificulta un perfil profesional único y caracterización de sus competencias. A pesar de ello, el personal de enfermería con su labor hace una diferencia notable en el servicio prestado por el sector salud, representa el trato humano, amable y compasivo tan necesario para el enfermo y su familia.

Por último, cabe discutir el "comportamiento" del MBI (Maslach Burnout Inventory), que fue el instrumento que se utilizó para medir el síndrome de BO en la muestra de estudio. Se reconoce como el instrumento más usado en la literatura, por estar de acuerdo con la conceptualización en tres dimensiones del síndrome, que es la más aceptada. En nuestro caso se observó que, de las tres dimensiones o escalas la de agotamiento emocional AE fue la que discriminó mejor a los grupos, por otro lado, se observaron respuestas más conservadoras en las escalas de despersonalización DP y falta de realización personal FRP. Puesto que, de manera paradójica, se podían dar casos donde el AE era considerable y las otras dos no presentaban el más mínimo problema, lo que podría significar algo como aceptar estar tan agotado e incapaz de continuar con el trabajo, pero sin que exista repercusión en su desempeño, al reportar ser muy activo, estar satisfecho y ser eficiente y atender siempre con solicitud y perfección a los pacientes. En ello coincidimos con lo encontrado en estudios similares donde se reportan múltiples relaciones entre las variables con el AE y pocas con las otras dos dimensiones . Al respecto Prieto (2002), también comenta que de sus variables en estudio se da un número mayor de asociaciones con AE y se plantea que puede ser esta dimensión la que mejor valora la existencia del BO, por lo que algunos autores como Shirom y Garden (citados en Prieto,2002) la consideran como la dimensión clave del BO. En otro estudio acerca de la validez del MBI en una muestra de población mexicana, se observó que la escala más consistente fue la de AE seguida de FRP y DP, además de que la escala de FRP plantea sus reactivos desde la perspectiva de un empleado no agotado lo que no es adecuado para una respuesta realista (Grajales, T., 2000). En fin, es esta una discusión "tradicional," ya que algunos autores consideran que el MBI ofrece dos componentes: uno, integrado por AE y la DP (como estrategia de afrontamiento al AE), y otro, que es la FRP (Maslach, Jackson, 1986; Lee, Ashforth, 1990; Leiter, 1991) y otros consideran que el MBI tiene un componente emocional (AE) y otro actitudinal (DP + FRP) (Schaufeli, Dierendonck, 1993). Un tercer grupo mantienen los 3 componentes y su independencia (Gil-Monte y cols, 1995). De acuerdo con los resultados del presente estudio, existen coincidencias con la primera postura.

IX. CONCLUSIONES.

- La prevalencia del Síndrome de Burnout como tal fue del 8%, está relacionada con el área de trabajo y el turno en que laboran, así como con el realizar su trabajo en instalaciones inadecuadas, el tener una jornada extensa con sobrecargas frecuentes de trabajo y que su trabajo puede ser peligroso o afectar su salud, entre otras exigencias laborales.

- Por otro lado, la sintomatología desagregada se asoció a una gama de factores causales y/o facilitadores, que involucran al individuo con sus recursos personales de afrontamiento, a la influencia de variables en el clima organizacional, al proceso de trabajo y a la disponibilidad de recursos materiales y humanos de la Institución. Lo cual confirma una visión o enfoque transaccional del síndrome que contempla variables cognitivas del yo relacionadas directamente con el desempeño laboral, variables del ambiente organizacional y la importancia de las estrategias de afrontamiento, activas o pasivas.

- La prevalencia de sintomatología del Burnout (BO) estuvo alrededor del 60% lo que coincide con estudios en poblaciones similares.

- Las variables personales que se correlacionaron significativamente con mayor intensidad en la sintomatología fueron la edad (mayores de 40 años de edad) y la presencia de hijos y de manera marginal la escolaridad (estudios a nivel técnico).

- En cuanto a las variables laborales, la sintomatología del síndrome de BO distinguió al personal de enfermería por área y puesto de trabajo, lo que perfila a las trabajadoras con riesgos diferenciales y permite diseñar un plan de acción especifico, según el caso.

- Al respecto de las variables de apoyo institucional, tenemos que, acorde con la crisis del sistema de salud mexicano y aún cuando el INCan es una institución hospitalaria de primer nivel, se detectaron carencias en los recursos materiales y humanos que incrementan y dificultan el trabajo del personal de enfermería significativamente.

- Se encontró que, ciertos rasgos de personalidad fueron asociados a la patología actuando como facilitadores del síndrome (ser sensible a los demás, altruista, humana, empática, idealista, afrontamiento pasivo y se identifican en exceso con los demás) y otros funcionaron como moduladores o protectores (uso de estrategias de afrontamiento activo y una actitud estoica, de alta resistencia, frente a su trabajo o *hardiness*). En general, se coincide con la visón de que, las personas que exhiben menos recursos personales para enfrentar eficientemente conflictos y que tienden a idealizar su labor son más propensas a padecer el BO, que aquellas que presentan estrategias activas de afrontamiento y manejan realistamente las implicaciones de su trabajo.

- La escala del MBI se comportó de manera similar a otros estudios en la literatura, donde parece ser más sensible la dimensión de agotamiento emocional AE que las otras dos, por lo que para poder captar mejor las alteraciones referidas en DP y FRP, valdría la pena contar con medidas adicionales de la satisfacción laboral, evaluación del desempeño, clima organizacional, estrés, problemas psicosomáticos o calidad en el servicio, entre otras.

- De los resultados del presente estudio, se derivaron las recomendaciones que se harán a la Institución en cuanto a las medidas de intervención que corresponde, a nivel preventivo y correctivo, así como de promoción de la salud mental. Mismas que serán entregadas en un Informe por escrito a las autoridades del Instituto Nacional de Cancerología INCAN.

X. RECOMENDACIONES.

Se rescatan las propuestas generales de intervención de Gil-Monte y Peiró (1997), los planteamientos de las metas propuestas para la Promoción de la Salud por la OMS, así como las sugerencias derivadas de los resultados y experiencia en el curso de la investigación.

Generales:

- Una de las dificultades que se enfrentaron en la realización del presente estudio fue la falta de cooperación de las participantes al contestar la encuesta, lo cual incrementó notablemente los tiempos de recolección de datos, se observó una cierta desconfianza encubierta o manifiesta en diversas formas y por supuesto, la imposibilidad real de contestar la encuesta dada la sobrecarga de trabajo existente, entre otras causas. Por lo que se recomienda que exista un mayor apoyo Institucional, asentado en un convenio que facilite la participación del personal, garantizándoles el anonimato en sus respuestas, para que sean lo más fidedignas posibles.

- En todas las organizaciones existe una red de relaciones interpersonales, grupos formales e informales que son piezas clave para comprender la problemática en cuestión, sin embargo, son variables que difícilmente se detectan por medio de una encuesta. Así, para poder captar en su justa dimensión la problemática y variables como el apoyo social, conflictos interpersonales, entre otros, es recomendable utilizar otro tipo de dinámicas para la recolección de datos, como son los grupos focales o grupos operativos, donde se capture información valiosa de las interacciones del grupo y de lo expresado por la o las personas que funcionen como "emergentes" o "voceros" del grupo y reflejen la realidad actual que viven.

- En este mismo sentido, se requiere la participación activa del personal tanto para el diagnóstico de la situación, como para la elaboración de propuestas y su implementación, para así lograr verdaderos cambios en lo cotidiano, en los hábitos, actitudes, eliminar vicios

de funcionamiento o adoptar prácticas más sanas que promuevan la salud mental. Se trata de que el propio personal sea el agente de cambio en las estrategias de solución.

- Para estudios ulteriores, se sugiere el uso de medidas adicionales que puedan mostrar una gama mayor de trastornos de índole física y psíquica que se puedan estar presentando en respuesta a las condiciones y características particulares del trabajo del personal de enfermería, para intervenir oportunamente sobre ellos.

- Sería interesante detectar la posibilidad de abandono de la institución o la profesión, como una consecuencia extrema del trabajo en este tipo de personal.

- Es importante considerar la dificultad o "particularidad metodológica" que supone el estudio de la salud mental de los trabajadores a la luz de la salud laboral, donde los referentes, la naturaleza y concepciones del objeto de estudio son diferentes, pues no es lo mismo hablar del ruido, un solvente o neurotóxico en el ambiente laboral, por ejemplo, que de un conjunto de variables "subjetivas" o psicosociales que causan estrés. La aproximación debe considerar necesariamente la naturaleza distinta de la problemática, los trastornos mentales y sus variables psicosociales, son más complejos de apreciar y medir. El trastorno mental puede ser un problema en si mismo, o bien ser la causa, precursor o acompañante de otros problemas de salud pública y para verificar su existencia necesitamos, indispensablemente, preguntar y escuchar la descripción de las dolencias de cada persona. Así, dentro del campo de la salud laboral, la salud mental tendrá que ir adaptando o creando sus estrategias particulares en razón de este apasionantemente complejo objeto de estudio.

Medidas de Intervención:

- Tanto la intervención como la prevención del BO o del estrés laboral deben verse como acciones particulares de la Promoción de la Salud Mental, que es un proceso permanente orientado no solo a evitar la enfermedad sino a fortalecer los procesos, prácticas y vías de desarrollo de la salud en una población de trabajadores determinada. Lo que implica necesariamente, involucrar al personal en tareas como el rediseño o ajuste de la jornada

laboral; sus métodos y medidas de protección, así como la integración y desarrollo de distintas formas de relación social de la Institución en un proceso continuo de Educación para la Salud.

Institucionales:

- Acerca de las características físicas del ambiente laboral se requiere mejorar la ventilación, iluminación, niveles de ruido y espacio de trabajo reducido en las áreas de consulta externa, infectología, y CEYE.

- Se recomienda considerar la distribución equitativa de cargas de trabajo por turnos y para los diversos consultorios, abrir los servicios de consulta externa por igual en el turno matutino y vespertino para evitar la sobrecarga por la mañana.

- Evitar en lo posible la falta de materiales de curación, instrumentos y/o equipos para un mejor desempeño de la labor del personal de enfermería en todas las áreas.

- Contar con un Programa de Carrera que permita el desarrollo profesional y una mejoría salarial (programa de estímulos, bonos a la productividad, etc.).

- Además de las pausas ya establecidas durante la jornada, establecer un tiempo de Pausa para la Salud donde de manera rotatoria puedan salir 10 min. de su área de servicio y realizar ejercicios de respiración, estiramiento o relajación que las despejen y eviten la saturación.

- Establecer metas y objetivos claros por área y definir perfectamente las funciones y roles de cada trabajadora para evitar confusión o ambigüedad que sean fuente de tensión y estrés.

- Mejorar las redes y mecanismos de comunicación institucional.

- Desarrollar programas de prevención encaminados a mejorar el ambiente y clima laboral: algunos de los cuales pueden tener el objetivo de adaptar al personal de nuevo ingreso a la Institución o a un área determinada, como son los programas de socialización anticipatoria. Además es recomendable establecer procesos de retroalimentación eficientes en todos sentidos: grupal, entre compañeros y con las autoridades de la Institución y cada área. Por último programas de desarrollo organizacional donde se mejore el clima laboral mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficientes.

Grupos sociales o redes sociales de apoyo:

- Detectar las formas de organización o agrupamiento social (formal e informal) de las trabajadoras para incidir sobre las figuras representativas de cada grupo en la de planeación e implementación de actividades.

- Se trata de aprovechar la variable del apoyo social que se ha encontrado como protectora o moduladora de una gran cantidad de problemas de salud mental. Así, se requiere incrementar o fomentar el apoyo de parte de compañeros y supervisores, crear redes de apoyo social tanto en lo emocional, como en lo práctico y actitudinal del desempeño laboral. Usar mecanismos de retroinformación para ofrecer apoyo social en el trabajo, como una orientación dirigida a la solución de problemas reales, aprovechando la experiencia de los compañeros y superiores.

Individuales:

- Las medidas de intervención a nivel individual estarán encaminadas a fortalecer las estrategias de afrontamiento y el manejo de emociones y de conflictos. Se requiere reforzar el empleo de estrategias activas de control o centradas en el problema.

- Entrenamiento en la solución de problemas, manejo eficaz del tiempo, asertividad y manejo de estrés, entre otras.

- Promover una cultura de la salud que fomente prácticas sanas de alimentación, deporte y esparcimiento en el personal de enfermería.

- Programas como el de *pausa para la salud* y fomentar el desarrollo de "clubes" diversos (lectura, boliche, baile, etc.) para tener canales de expresión y desahogo de las presiones cotidianas.

- Dar la atención terapéutica necesaria (psicológica y/o psiquiátrica) a aquellas personas que lo requieran de manera particular.

XI. BIBLIOGRAFÍA.

Agencia EFE/Reforma (2000) *Afecta el estrés laboral la salud mental*, 10 de octubre de 2000. Recuperado 3710/02. www.reforma.com/salud

Alvear G. Villegas J. (1989) *Los riesgos y sus efectos en la salud, en defensa de la salud en el trabajo*, México SITUAM, pp. 35-54.

Atance M., J,C., (1997) *"Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario"*, Revista Española de Salud Pública.

Baldwin, P. (1999) *Stress and the nurse*. Nursing standard(Royal college of nursing Great Britain) 1999, Jan 6-12, 13(16).

Barrett, L., Yates, P. (2002) *Oncology / haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty*, Australian Health Review: a publication of the Australian Hospital Association, 2002,25(3):109-21. Australia.

Bernal, P. A. (2001) *Detección del síndrome de burnout en el personal médico y de enfermería de clínicas de medicina familiar en tres instituciones del sector salud*. Tesis especialidad. Facultad de Medicina. UNAM. México.

Blasco-Espinosa J.R., Llor-Esteban, B., García-Izquierdo, M.,Sáez-Navarro, M.C. y Sánchez-Orduño, M.; (2002) *Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana*. MAPFRE Medicina,2002, Vol. 13,No. 4.

Bryant, C., Fairbrother G., Fenton P.(2000) *The relative influence of personal and workplace descriptors on stress*, British Journal of Nursing 2000, Jul 13-26, 9(13):876-80. England.

Buendía j. (Ed.) (1998) *Estrés laboral y salud*, Biblioteca Nueva. Colección Psicología Universidad, Madrid, España.

Caballero Martin M., Bermejo Fernández F., Nieto Gómez, R., Caballero Martínez, F., (2001) *Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud,* Atención Primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001, Mar. 31, 27(5). España.

Cam, O. (2001) *The Burnout in nursing academicians in Turkey,* International Journal of Nursing Studies, 2001, Apr. 38(2). England.

Coffey, M., (1999) *Stress and Burnout in forensic community mental health nurses: an investigation of its causes causes and effects,* Journal of Psychiatric and mental health nursing, 1999, Dec. 6(6). England.

Cooper, C. I. (2002) *When work gets the better of you.* Businessline, oct. 7, 2002.

Chavarría, M. (2000) *Incrementan problemas de salud mental laboral en UE y EU: OIT.* Comunicación e información de la mujer, 9 de noviembre de 2000, recuperado 3/10/02. www.cimac.org.mx/noticias

Chen, S.M., McMurray, A. (2001) *"Burnout" in intensive care nurses,* The Journal of Nursing Research: JNR, 2001, Dec. 9(5):152-64.

Christensen, H. B. (1990) *Estadística paso a paso,* Editorial Trillas. México.

Diaz M.A. Jiménez R.E. (1999) *Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas,* Salud Mental; 22 (No. Especial): 154-158.

Dobson, P., Loewenthal, M., (2001) *The status o HIV/AIDS nursing in Australia: a specialty in decline?,* The Journal of the association of nurses in AIDS Care:JANAC, 2001, Jan.-Feb., 12(1).United States.

Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., Hannigan, B. (2000) *Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature,* Journal of Psychiatric and mental health nursing, 2000, Jan. 7(1). England.

Elorza, H. (1987) *Estadística para ciencias del comportamiento.* Editorial Harla. México.

Evans, L. (2002) *An exploration of district nurses' perception of occupational stress,* British Journal of nursing (Mark Allen Publishing), 2002, Apr. 25-May 8, 11(8): 576-85. England.

Fernández V. Lartigue M.T. y Ávila H. (1994) *El ausentismo en el personal de enfermería. Una exploración de los aspectos psicológicos.* Psicologia Iberoamericana, 2(2):115-128.

Fernández, P. (1996) *Determinación del tamaño muestral,* Cad. Atención Primaria, 1996; 3:138-141.

Fidalgo Vega M. (2001) *Acoso psicológico en el trabajo: mobbing un riesgo,* Poster XII Congreso Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo Valencia 20-23 de nov. 2001.

Flórez Lozano J.A. (1994) *Síndrome de estar quemado.* Barcelona: Edikete Med, 1994.

Franco, M.X. (1997) *Manual integral de prevención: Comparación del nivel del síndrome de burnout en un grupo de médicos, enfermeras y paramédicos,* Tesis de licenciatura, Universidad Iberoamericana, México, D.F.

Freudenberger M. (1974) *Staff Burn-out.* J. Soc. Issues 1974; 30:159-166.

García J. M.A. Garcia N. M. Compiladoras (1991) *Enfermería,* Las profesiones en México número 9, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México D.F.

García S. M.E. (2003) *Representación social de la enfermera en los docentes enfermeras(os) y alumnos de la ENEO y su relación con el perfil académico profesional,* Tesis de Licenciatura, ENEO, UNAM, México.

Gilardi J. y lapichino J. (Coord.) (2001) *La salud de los trabajadores de la salud,* Praxis Médica (suplemento del diario del mundo hospitalario, publicación de la asociación de médicos municipales de la Cd. de Buenos Aires año 5 no. 18 marzo 2001.

Gil-Monte P.,Peiró S. J. M. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse,* Ed.

Síntesis Madrid España.

Glicken, M. & Janka, K. (1982) *Executives under fire: The burnout syndrome.* California Management Review , Spring, 1982, Vol. XXIV, No. 3.

Gómez L.F. Ruiz F. J., Torronteras M.A., Rodríguez G. J., (2000) *Encuesta sobre tensión laboral y estrés en la enseñanza preuiniversitaria. Análisis del perfil según centro educativo,* Ponencia II Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo, VI Congreso Iberoamericano de Medicina del Trabajo, Zaragoza España, 2000.

González de Rivera J.L. *El síndrome de acoso institucional (mobbing),* arearh.com .

Grajales, T. (2000) Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory, versión española en una población de profesionales mexicanos. Linea de Investigación: Instrumentos de Medición, enero-mayo de 2000.

Grau Abalo J.A. , Chacón Roger M. , (1998), *Burnout: una amenaza a los equipos de salud.* Conferencia presentada en la II Jornada de Actualización en Psicologia de la Salud, Asociación Colombiana de Psicologia de la Salud –ASOCOPSIS- Seccional Valle del Cauca .

Greenwood L, (2002) *Going for the burn-out. Recent research shows that a large proportion of paramedics suffer from debilitating levels of stress.* The Health service journal, 2002 Aug 29, 112(5820):12-3 England

Gründemann, RWM, ID Nijboer, AJM Schellart.(1991). *The Work-Relatedness of Drop-Out from Work for Medical Reasons.* La Haya: Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo.

Guerrero T.A. (2000) *Representación social del trabajo y la enfermedad mental,* Salud Problema nueva época año 5 no. 8 junio 2000

Guerrero, Barona, E. (2003) *Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario,* Anales de Psicología, 2003, vol. 19, No.

1 (junio), 145-158.

Gulland, A. (1999) *Work makes nurses sick.* Nursing Times, 1999. mar. 31-Apr. 6. 95(13).

Gutiérrez, G. (1998) *Trastornos psíquicos del personal de salud femenino y su relación con condiciones de vida y de trabajo.* Tesis de Maestría en Salud en el Trabajo, UAM-X, Div. CBS, Maestría en salud en el trabajo, México.

Hall, L. (2001) *Burnout: Results of an empirical study of New Zealand nurses,* Contemporary Nurse: a journal for the Australian nursing profession, 2001, sep.11(1). Australia.

Happel, B., Pinikahana, J., and Martin, T. Stress and burnout in forensic psychiatric nursing, 2003. Stress and health. 19:63-68.

Harris, N. (2001) *Manegement of work-related stress in Nursing,* Nursing standard (Royal College of Nursing Great Britain): 2001, Nov. 21-27, 16(10). England.

Hayter, M. (1999) *Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the north of England.* Journal of advanced nursing, 1999 Apr. 29(4). England.

Henderson-Nichol, K., Lesirge, R.(2002) *Is stress an inevitable part of nursing?,* Nursing Times, 2002, Apr. 9-15, 98 (15):16. England.

Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Moysidou, C., Ierodiakonou, C. (1999) *Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout?.* International Journal of Psychiatry in Medicine, 1999, 29(4). United States.

Jamal, M., Baba, V. (2000) *Job stress and burnout among Canadian managers and nurses: an empirical examination,* Canadian Journal of Public Health. Revue canadienne de sante publique, 2000, Nov.-Dec. 91(6). Canadá.

Laurell, C. Et al (1989) *Manual: Conocer para cambiar. Estudio de la salud en el trabajo.* UAM-X,

México.

Learthart, S., (2000) *Health effects of internal rotation of shifts,* Nursing Standard (Royal College of Nursing, Great Britain), 2000, Aug. 9-15, 14(47). England.

Malach-Pines, A. (1999) *Phases of Burnout among Israeli nurses.* Journal of Health and Human Services Administration, 1999, summer, 22(1). United States.

Martínez A. S. (1997) *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo.* Serie académicos CBS. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Martínez A. S. (2000) *Proceso del trabajo y salud mental. Área medular de la psicología del trabajo,* Salud Problema Nueva época año 5 no. 8 junio 2000.

Maslach C, Jackson S (1978) *Lawyer Burnout.* Barrister; 5:52-54.

Maslach C, Jackson S. (1981)*The measurement of experienced Burnout.* J Occup Behavior; 2:99-113.

Maslach C. (1976) *Burned out.* Hum behavior;59:16-22.

Maslach C. (1981) *Burnout: A social psychological analysis.* En: Jones JW. The Burnout syndrome. California: Berkely University of California,

Maslach C. (1982) *Understanding Burnout definitional inssues in analyzing a complex phenomenon.* En: Paine: Job, Stress and Burnout. Beberly Hills: Sage,

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *"Burnout in organizational settings."* En: Oskamp, S. (ed), *Applied Social Psychology Annual,* vol.5. Beverly Hills, Sage.

Mausner-Dorsch, H. Eaton, W. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. American journal of public health, 2000, Nov, 90(11).

Medina-Mora, M.E., Borges, G., et al. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatrica en México. Salud Mental, vol.26, no. 4 agosto de 2003.

Mendes Gonçalves, R. B. (1984) Medicina E historia. Raices sociales del trabajo Médico, Editorial siglo XXI, México.

Mohar, A., Frías-Mendivil, M. Suchil-Bernal, L., Mora-Macías, T., De la Garza, J. (1997) *Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México* Salud Publica México, 1997;39:253-258.

Morales, P.C. (2002) *Umbral de estrés del personal de enfermería del servicio de neonatología para que presente el síndrome de burnout.* Tesis de Licenciatura, ENEO. UNAM. México.

Moreno B, Oliver C, Pastor J.C, Aragonés A. (1990)*El Burnout, una forma específica de estrés laboral.* En: Carballo V.E y Buela. G. (comp): Manual de psicología clínica. Madrid: Siglo XXI,

Nájera, N. R.M. (1992) *Estudio diacrónico, sincrónico y prospectivo de la enfermería en México,* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. México D.F.

Noriega, M. (1989) *El trabajo sus riesgos y la salud, en defensa de la salud en el trabajo,* México SITUAM, pp. 5-12.

Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Villegas, J.,Alvear, G., López, J. (2001) Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores, Serie Académicos CBS, UAM-X, Div. CBS.

O'Leary, L. (1993). Mental health at work. *Occup Health Rev* 45:23-26.

Ortiz, J.A. (1996) *El estrés y la calidad de vida en enfermeras.* En Asociación Mexicana de Psicologia

Social (Ed.), La Psicologia Social en México. Vol. VI; pp. 483-489, México AMEPSO.

Parsons, D. (2001) *Orange County: dental school students need a psych class too.* LA Times, Aug. 8, 2001.

Pérez B.J. (2001) *Algunos apuntes sobre mobbing* artículo Lan Osasuna, no. 2 dic. 2001.

Pérez Jáuregui, M.I. (2001) *"El síndrome de burnout (quemarse en el trabajo) en los profesionales de la salud*, Psicologia y Pedagogía año II no. 5 marzo.

Piko, B. (1999) *Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions,* Journal of the Royal Society of Health, 1999, Sep. 119(3). England.

Prieto A.L., Robles, A.E., Salazar, M.L., Vega, D. (2002) Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Atención Primaria, 31 de marzo.29 (59):294-302.

Ross, DS. (1989). Mental health at work. *Occup Health Safety* 19(3):12.

Ruiz F., M.J., Jiménez M., Gómez, L.F., Jiménez, F. J. (2001) Poster. XII Congreso nacional de seguridad y salud en el trabajo. Valencia 20-23 de noviembre 2001. España.
Salud Laboral y Calidad de vida (s/f) recuperado el 11/10/02. http://ccoo.ibercaja.es/documentos/cvida.

Sandoval J. (2000) *El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout,* Salud Problema Nueva época año 5 no. 8 junio 2000

Sarros J.C. & Sarros A. (1992) *Social support and teacher burnout.* Journal of educational administration, 1992, Vol. 30

Secretaría de Salud, a través de la información proporcionada por las Instituciones del Sistema Nacional de Salud , s/f.

Siegel ,S.(1986) *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta,* Editorial Trillas. México.

SSA CGPE Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño SISPA-Subsistema de Recursos. RENIS, México, 2002.

SSA/Dirección general de información y evaluación del desempeño, estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. proyecciones de población de México 1996-2050, CONAPO, 1998

Sweeney, J.T. & Summers S.L. (2002) the effect of the busy season workload on public accountants job burnout. Behavioral research in accounting, 2002, Vol. 14, pp. 223-245.

Tselebis, A., Moulou, A., Ilias, I. (2001) *Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff*, Nursing & Health Sciences, 2001, Jun. 3(2). Australia.

Udasin, G. Health care workers. Primary care, 2000, Dec, 27(4): 1079-102.

Uribe, D. M. J.,(2000) *El síndrome de burnout en el personal de enfermería, por la atención a pacientes agudos y en fase terminal, en el Instituto de Cancerología, en México D.F.* Tesis de Licenciatura, ENEO, UNAM. México.

Vargas,J.E. y Rosas,F.M. (1993) *Enfermería Oncológica y estrés.* Psicologia y Salud, 2 (julio-diciembre).

XII. ANEXOS

ANEXO 1: CUADERNILLO DE EVALUACIÓN:

- ENCUESTA INDIVIDUAL
- MASLACH BURNOUT INVENTORY MBI (VERSIÓN ESPAÑOLA)

ANEXO 2: INSTRUCTIVO DE LLENADO

Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CUADERNILLO DE EVALUACIÓN:

Instrucciones Generales:
Se le solicita que usted conteste los cuestionarios incluidos en este cuadernillo (una Encuesta Individual y el Cuestionario de Burnout de Maslach). Por favor, sea veraz en sus respuestas. Lea el "Consentimiento Informado" y si es su decisión participar en el estudio haga favor de firmarlo. Mil Gracias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Se requiere de usted su participación voluntaria en la investigación tituiada "Detección del Síndrome de Burnout asociado a Exigencias Laborales de la Organización del Trabajo en el Personal de Enfermeria del Instituto Nacional de Cancerologia (INCan)", que tiene como propósito explorar los factores asociados (personales y laborales) a la presencia del síndrome de burnout (una forma de estrés laboral crónico) en una muestra de personal de enfermería. Su participación no pone en riesgo su integridad fisica o mental y se le garantiza que se manejará la información de manera confidencial y privada para fines puramente científicos.

Responsable de la Investigación: Lic. Ma. Teresa Gutiérrez Alanis 5639-18-38
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco
Maestría Ciencias en salud en el Trabajo, División CBS.
Directora de Tesis: Mtra. Susana Martínez Alcántara 5483-72-05

Acepto participar voluntariamente en la investigación antes mencionada y me reservo el derecho de retirarme de la misma si así lo decido.

_____
Nombre y Firma del Participante

ENCUESTA INDIVIDUAL.

Instrucciones: La presente encuesta busca conocer su opinión acerca de las condiciones de trabajo que usted puede presentar. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará solo con fines epidemiológicos y estadísticos. Es muy importante que **conteste con la verdad a todas** y cada una de **las preguntas**. Muchas Gracias por su colaboración.

No anotar en el recuadro

I. DATOS GENERALES.

1. Numero de encuesta_____ | 1 | |

2. Fecha_____ | 2 | |

3. Momento de la aplicación:

( ) a. Antes de la jornada ( ) b. durante la jornada ( ) c. después de la jornada | 3 | |

4. Nombre del trabajador_____ | 4 | |

5. Número del trabajador_____ | 5 | |

6. Edad (en años cumplidos)_____ | 6 | |

7. Escolaridad: ( ) a. Carrera técnica ( ) b. Licenciatura o posgrado | 7 | |

8. Estado civil:

( ) a. Soltera ( ) b. Casada ( ) c. Unión libre ( ) d. Divorciada ( ) e. Viuda | 8 | |

9. ¿Tiene hijos? ( ) Si ( ) No | 9 | |

10. ¿Cuántos menores de 18 años (hijos u otros) viven con usted?_____ | 10 | |

11. ¿Cuántos menores de 5 años (hijos u otros) viven con usted?_____ | 11 | |

12. ¿Realiza usted regularmente las labores del hogar y el cuidado de sus hijos?

( ) Si ( ) No | 12 | |

13. Área o departamento donde trabaja_____ | 13 | |

14. Puesto que ocupa actualmente_____ | 14 | |

15. Turno en que labora actualmente : ( ) matutino ( ) vespertino ( ) nocturno | 15 | |

16. Antigüedad en el hospital _____ | 16 | |

17. Antigüedad en su puesto actual_____ | 17 | |

18. Cuánto tiempo lleva desarrollando su profesión en esta u otra institución_____ | 18 | |

II. CONDICIONES Y VALORACIÓN DEL TRABAJO.

Las siguientes preguntas se refieren a las **características generales e interés por su trabajo**. Marque con una X su respuesta según corresponda a cada pregunta:

PREGUNTAS	SI	NO		
19. ¿Le gustaría que sus hijos trabajaran en lo mismo de usted?			19	
20. ¿Le da satisfacción la realización de sus actividades?			20	
21. ¿Esta interesado en su trabajo?			21	
22. ¿Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas?			22	
23. ¿Su trabajo le permite desarrollar su creatividad e iniciativa?			23	
24. ¿Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos?			24	
25. ¿Puede usted decidir como realizar su trabajo?			25	
26. ¿ Puede usted fijar el ritmo de trabajo?			26	
27. ¿Sus compañeros son solidarios con usted y valoran su trabajo?			27	
28. ¿ Su trabajo es importante para sus jefes?			28	
29. ¿ Faltó al trabajo en los últimos 12 meses?*			29	

*si su respuesta es NO pase a la siguiente sección de preguntas.

30. ¿ En cuántas ocasiones distintas faltó al trabajo en los últimos 12 meses (independientemente de cuántos días hayan sido en cada ocasión)?_____ 30 ☐

31. ¿ Cuántas de estas ocasiones fue por motivos de salud?_____ 31 ☐

32. ¿ Cuántos días del año en total faltó por motivos de salud? _____ 32 ☐

III. EXIGENCIAS LABORALES Y ORGANIZACIONALES.

Las siguientes preguntas se refieren a situaciones que pueden estar presentes en la realización de sus actividades. **Si en su puesto de trabajo GENERALMENTE se le obliga a alguna de las siguientes condiciones, marque con una X** su respuesta a cada pregunta:

PREGUNTAS	SI	NO		
33. Una jornada semanal mayor de 48 horas			33	
34. Realizar trabajos pendientes en horas, días de descanso o vacaciones			34	
35. Rotación de turnos			35	
36. Trabajo nocturno			36	
37. Soportar una supervisión estricta			37	
38. Sobrecargas de trabajo frecuentes			38	
39. Salario insuficiente para cubrir lo necesario			39	
40. Un estricto control de calidad			40	
41. Estar sin comunicación con sus compañeros			41	
42. Poco o nulo apoyo de sus compañeros			42	
43. Poco o nulo apoyo de superiores			43	
44. Trabajar en un espacio reducido			44	
45. Estar fijo en su lugar de trabajo			45	
46. Realizar un trabajo aburrido			46	
47. Realizar un trabajo peligroso			47	
48. Ejecutar un trabajo denigrante			48	
49. Recibir órdenes confusas o poco claras de su jefe			49	
50. Realizar un trabajo que puede ocasionar algún daño a su salud			50	

Las siguientes preguntas se refieren al **lugar o área donde usted trabaja**. ¿En su puesto y/o área de trabajo **GENERALMENTE, se presentan algunas de las siguientes características**? Marque con una X su respuesta a cada pregunta:

PREGUNTAS	SI	NO		
51. Instalaciones inadecuadas para realizar el trabajo			51	
52. Equipo insuficiente para realizar su trabajo			52	
53. Materiales escasos o insuficientes para realizar su trabajo			53	
54. Falta de apoyos tecnológicos para la realización de su trabajo			54	
55. Cantidad insuficiente de personal para desempeñar las funciones			55	
56. Poca oportunidad de progresar económica y jerárquicamente			56	

IV. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Las siguientes preguntas se refieren a ciertas características personales que pueden expresarse en la realización de su trabajo. ¿Considera usted que **posee algunos de los siguientes rasgos en su persona o que usted actúa GENERALMENTE de esta manera**? Marque con una X su respuesta.

PREGUNTAS	SI	NO		
57. Empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro			57	
58. Ser sensible con los demás			58	
59. Ser humana			59	
60. Ser idealista			60	
61. Ser altruista y ayudar sin esperar algo a cambio			61	
62. Ser muy cuidadosa y quisquillosa con lo que hace (obsesiva)			62	
63. Ser entusiasta en sus cosas			63	
64. Ser susceptible de identificarse mucho con los demás			64	
65. Ser una persona ansiosa o nerviosa			65	

66. Tener adicción al trabajo			66	
67. Ser competitiva, impaciente, exigente o intolerante con los demás			67	
68. Tiende a culpar a los demás o a causas externas de lo que le pasa			68	
69. Tiende a culparse a sí misma de lo malo que le pasa			69	
70. Tiende a ser muy perseverante y resistente ante cualquier adversidad, es casi omnipotente			70	
71. Evade o se escapa ante situaciones de conflicto			71	
72. Se autoincrimina o es muy severa consigo misma por sus errores			72	
73. Se preocupa en exceso			73	
74. Es decidida y activa al enfrentar un conflicto o problema			74	
75. Cree que es dueña de su destino y puede modificar las cosas a su favor aún ante las adversidades			75	
76. Es adicta al trabajo y sustituye o limita su vida personal con ello			76	
77. Es insegura y desconfía de sus capacidades			77	
78. Tiene un buen concepto de sí misma			78	

MASLACH BURNOUT INVENTORY MBI (VERSIÓN ESPAÑOLA).

Instrucciones: Por favor responda a cada una de las siguientes afirmaciones en cuanto a qué tan frecuentemente se siente o piensa de esta manera. Marque su respuesta a la derecha de la afirmación.

#	AFIRMACIONES	0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Pocas veces al mes o menos	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días
1 AE	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2 AE	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3 AE	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4 FRP	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5 DP	Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6 AE	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7 FRP	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8 AE	Me siento "quemado" por mi trabajo							
9 FRP	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes							
10 DP	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11 DP	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12 FRP	Me siento muy activo							
13 AE	Me siento frustrado en mi trabajo							
14 AE	Creo que estoy trabajando demasiado							
15 DP	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16 AE	Trabajar directamente con pacientes me produce estrés							
17 FRP	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18 FRP	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19 FRP	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20 AE	Me siento acabado							
21 FRP	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22 DP	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

AE	FRP	DP	TOTAL BO

NIVEL DX

AE_____ FRP_____

DP_____ BO_____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD EN EL TRABAJO
DIVISIÓN CBS

INSTRUCTIVO
PARA LA RECOLECCIÓN, CODIFICACIÓN Y CAPTURA DE LOS INSTRUMENTOS INCLUIDOS EN EL CUADERNILLO DE EVALUACIÓN:
ENCUESTA INDIVIDUAL AJUSTADA
CUESTIONARIO DE BURNOUT DE MASLACH MBI.

Instructivo para la recolección, codificación y captura de los instrumentos incluidos en el Cuadernillo de Evaluación:
Encuesta individual ajustada y el Cuestionario de Burnout de Maslach MBI.

El **Instructivo** tiene el propósito de precisar algunos aspectos sobre las fases de recolección, codificación y captura de la información de los Instrumentos que conforman el "Cuademillo de Evaluación" : El cuestionario de Burnout de Maslach MBI y la *Encuesta Individual ajustada.* Así que se compone, en primer lugar, de algunas **indicaciones de carácter general** sobre los instrumentos utilizados y, en segundo lugar, de los **aspectos específicos** de cada uno de ellos.

INDICACIONES DE CARÁCTER GENERAL

1. Las variables de la encuesta se han agrupado en **cinco capítulos**:

   I. Datos Generales;
   II. Condiciones y Valoración del Trabajo;
   III. Exigencias Laborales y Organizacionales;
   IV. Características personales.
   V. Daños a la Salud: Maslach Burnout Inventory MBI (Versión Española)

   Esta información deberá capturarse en un programa adecuado para esta actividad. Se recomienda el uso de DBASE, EXCEL o ACCESS. Antes de iniciar la elaboración de la base de datos, se recomienda leer cuidadosamente el instructivo de codificación para definir los campos correctamente, ya que por ejemplo en respuestas dicotómicas se puede definir sólo un campo, pero la **NO RESPUESTA** se codificará siempre con el 99. La base de datos deberá contemplar esta opción. Para el análisis y procesamiento estadístico de la información se recomienda el uso del SPSS o el JMP.
2. Todas las variables de la encuesta tienen asignado un **número de identificación** en el margen izquierdo y el mismo número en el **margen derecho**. Este último con la finalidad de facilitar la captura, puesto que el número del lado derecho de la encuesta queda mucho más cercano a las casillas o celdas y, de esta manera, la posibilidad de equivocarse en el número de pregunta es mucho menor.

3. La gran mayoría de las preguntas de la encuesta son dicotómicas, de **SÍ** o **NO, a excepción de los reactivos en el MBI que se responden en una escala de Likert del 0 al 6 y las preguntas abiertas como nombre, edad, etc.**. En este caso el trabajador responderá directamente en el espacio correspondiente y no tendrán

que codificarse estas respuestas sobre la encuesta, aunque sí en la captura de la base de datos. El código asignado a la respuesta **SÍ** es **1** y el asignado a la respuesta **NO** es **2**. Las preguntas de la encuesta que tienen **casillas independientes,** será necesario **codificarlas.** En este caso existe siempre un espacio o línea en la encuesta donde el trabajador debe responder y la codificación se realiza en función del tipo de respuesta dada por el trabajador y señalada en el apartado correspondiente de este instructivo.

4. Es necesario **revisar cuidadosamente cada una de las encuestas** y cada uno de sus apartados inmediatamente después de entregarla al trabajador, ya que eso evita, entre otras cosas, la **no respuesta**.

ASPECTOS ESPECÍFICOS

I. DATOS GENERALES

Son aquellas variables que **identifican** los datos de la **encuesta** y de cada **trabajador**. En este capítulo se incluyen **18 reactivos o variables**, Si el trabajador **no contestó** alguna de estas preguntas se capturará, en la base de datos, con el número **99**. Aunque la casilla o campo para cada variable sea uno (o cualquier otro número de casillas) en la encuesta, la **NO RESPUESTA SE CAPTURARÁ SIEMPRE CON EL NÚMERO 99.**

Las variables que incluye este capítulo son:

1. **Número de encuesta.** Al entregar la encuesta al trabajador, ésta ya estará foliada, es decir, numerada, en la línea respectiva.

2. **Fecha en que se llena la encuesta.** El trabajador anotará sobre la línea la fecha de aplicación de la encuesta. El codificador anotará ésta en las casillas respectivas, en el orden en que se especifica, empezando por día, mes y año, éstos separados por un **guión** (-). En el caso del año tendrán que ponerse sólo los 2 últimos dígitos.

3. **Momento de aplicación de la encuesta.** Se marcará con una **X** en la línea correspondiente. El codificador anotará en la casilla de la derecha el número de la opción seleccionada. 1: antes de la jornada; 2: durante la jornada y 3: después de la jornada.

4. **Nombre del trabajador.** Se anotará el nombre completo del trabajador. No se captura en la base de datos

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

5. **Número del trabajador.** El trabajador anotará sobre la línea el número correspondiente. El codificador hará lo propio en las casillas, trasladando los datos que anotó el trabajador. Esta variable contiene 10 casillas por si el número de afiliación de los trabajadores es muy grande. Si el número es pequeño se recomienda utilizar las últimas casillas. Pueden incluirse números y letras.

6. **Edad.** Se anotará en la línea los años cumplidos. El codificador hará lo propio en las casillas trasladando los datos que anotó el trabajador.
7. **Escolaridad.** El trabajador deberá poner una **X** en la línea correspondiente. El codificador deberá anotar en la casilla el número correspondiente a la opción elegida por el trabajador. Las opciones posibles son el número **1 para carrera técnica y el 2 para estudios de licenciatura o posgrado.**
8. **Estado civil.** El trabajador pondrá una **X** en la línea correspondiente. El codificador deberá anotar en la casilla el número correspondiente a la opción elegida por el trabajador. **1: soltera; 2: casada; 3:unión libre; 4:divorciada y 5: viuda.**
9. **Presencia de hijos.** En esta pregunta se marcará solamente una opción **SÍ** o **NO**. Si el trabajador contestó que **SÍ**, el codificador deberá poner el número **1** en la casilla correspondiente. Si el trabajador contestó que **NO**, deberá poner el número **2** y **pasar a la pregunta 6**.
10. **Menores de 18 años (hijos u otros) que viven con el trabajador.** Anotará el total de menores (hijos u otros) que viven con él en la línea correspondiente y el codificador transcribirá el número en la casilla específica. Nótese que no se pregunta por el total de hijos o menores, sino por el total de hijos o menores que viven con el trabajador. Si el trabajador no tiene hijos que vivan con él, el codificador anotará el **0 (cero)** y pasará a la número 6.
11. Menores **de 5 años (hijos u otros) que viven con el trabajador.** Anotará el número en la línea. El codificador transcribirá el número en la casilla correspondiente. Si el trabajador no tiene hijos o menores de 5 años que vivan con él, el codificador anotará el **0 (cero)** y pasará a la número 6.
12. **Labores domésticas.** En esta pregunta se marcará solamente una opción **SÍ** o **NO**. Si el trabajador contestó que **SÍ**, el codificador deberá poner el número **1** en la casilla correspondiente. Si el trabajador contestó que **NO**, deberá poner el número **2**.
13. **Área o departamento donde trabaja**. El trabajador especificará el nombre del área o departamento de trabajo en la línea correspondiente. Las áreas o departamentos se codificarán de acuerdo al listado previo que el codificador elabore en función del total de áreas o departamentos existentes en el centro laboral que se está estudiando. Esta es una tarea que debe realizarse antes de empezar la **captura de las encuestas.**

El código para asignar categorías a las áreas de trabajo es el siguiente: **1: consulta externa A-B; 2: consulta externa C-D; 3: hospitalización 1° piso; 4: hospitalización 2° piso; 5: hospitalización 3° piso; 6:**

infectología; 7: quirófano y recuperación; 8: tarea administrativa; 9: unidad de terapia intensiva y 10: unidad de transplante de médula ósea.

14. **Puesto que ocupa actualmente.** El trabajador anotará el nombre del puesto que tiene señalado en su contrato de trabajo. Los puestos se codificarán de acuerdo al listado previo que el codificador elabore en función del total de puestos existentes en el centro laboral que se está estudiando. Esta es una tarea que debe realizarse antes de empezar la **captura de las encuestas.** El código asignado a los puestos de trabajo es el que sigue: **1: jefa de enfermería; 2: subjefe/supervisora; 3: enfermera especialista; 4: enfermera general; 5: enfermera general técnica; 6: auxiliar de enfermería y 7: administrativa.**

15. **Turno en que labora actualmente**. El trabajador deberá anotar en la línea el turno en que labora en el momento de llenar la encuesta. Los turnos se codificarán de acuerdo a un listado previo que el codificador elabore en función del total de turnos existentes en el centro laboral que se está estudiando. Esta es una tarea que debe realizarse antes de empezar la **captura de las encuestas. Se asigna el número 1 al turno matutino el 2 al vespertino y el 3 al nocturno.**

16. **Años de trabajo en el Hospital**. El trabajador anotará el número de años cumplidos **(si es menos de un año, pondrá 0)**. El codificador trasladará los datos en las casillas correspondientes.

17. **Años que lleva en su puesto actual.** El trabajador especificará en la línea los años que lleva en su puesto **(si es menos de un año pondrá 0)**. El codificador trasladará los datos en las casillas respectivas.

18. **Tiempo que lleva realizando su actividad en ésta y otras empresas**. El trabajador especificará en la línea el tiempo en años cumplidos **(si es menos de un año pondrá 0)**. El codificador trasladará los datos en las casillas respectivas.

Si el trabajador **no respondió alguna pregunta** (no hay datos), el capturista pondrá el número **99** para la variable en cuestión.

II. CONDICIONES Y VALORACIÓN DEL TRABAJO

Este capítulo incluye **14** preguntas. Si el trabajador **no contestó** alguna de estas preguntas se capturará como **99**.

Las variables que incluye la encuesta son:

Valoración sobre el contenido del trabajo: De las preguntas **19** a la **28** el trabajador deberá marcar con una **X** una sola opción para cada pregunta. Las **respuestas positivas** deberán capturarse con el número **1**. Las **respuestas negativas** deberán capturarse con el número **2**. Cuando no se respondió la pregunta se anotará el número **99**.

Ausentismo: Las preguntas **29 a 32** solicitan información sobre la falta de asistencia al trabajo en el último año (los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta). Si la pregunta **29** se contestó negativamente se deberá pasar al capítulo de Exigencias Laborales y Organizacionales. En caso contrario, en las preguntas 30 y 31 se recoge el número de veces (ocasiones distintas) en que el trabajador faltó al trabajo en el año y cuántas de éstas fueron por motivos de salud. Si ninguna de estas veces fue por motivos de salud se pondrá 0 (cero) en la pregunta 31. Por último, en la pregunta 32 se recoge el número de días que el trabajador faltó en el año por motivos de salud. Se deberá trasladar lo que anotó el trabajador a las casillas correspondientes.

III. EXIGENCIAS LABORALES Y ORGANIZACIONALES.

Es muy importante observar que las **exigencias** se presentan en la encuesta por **bloques** y tienen un encabezado en donde se identifica la o las condiciones para que se conteste afirmativamente la pregunta.

Por ejemplo, para que un trabajador conteste que **SÍ** está expuesto a calor, tendrá que hacerlo sólo cuando esta **exposición** sea **excesiva** o **constante** en la jornada de trabajo, ya que no se pregunta sólo por exposición a calor, sino por exposición a calor de manera excesiva o constante.

Este capítulo de exigencias se conforma en la encuesta de **24** preguntas. De las preguntas **33** a la **56** se consignan las posibles **exigencias** a los que está expuesto el trabajador. Éste deberá marcar para cada pregunta una sola casilla de respuesta con una **X**. Marcará **SÍ** sólo cuando esté **excesiva o constantemente** expuesto a alguna de las causas que se mencionan.

Las respuestas afirmativas se capturarán con el Número 1 y las respuestas negativas con el número 2. Si el trabajador **no respondió** alguna pregunta de este capitulo se codificará con el **número 99**.

IV. CARACTERÍSTICAS PERSONALES.

Las **características personales o rasgos de personalidad** se presentan en la encuesta por **bloques** y tienen un encabezado en donde se explica la o las condiciones para que se conteste afirmativamente la pregunta.

Por ejemplo, para que un trabajador conteste que **SÍ** está se considera una persona que enfrenta conflictos, tendrá que hacerlo sólo cuando esta **actitud o forma de comportarse** sea **la usual** o **constante** en lo cotidiano y durante la jornada de trabajo, ya que se trata de identificar rasgos característicos del individuo no respuestas aislada u ocasionales.

Este capítulo de características personales se conforma en la encuesta de **22** preguntas. De las preguntas **57** a la **78** se consignan los posibles **rasgos de personalidad** que se asocian al BO en el trabajador. Éste deberá marcar para cada pregunta una sola casilla de respuesta con una **X**. Marcará **SÍ** sólo cuando se trate de su comportamiento o actitud **constante o habitual dentro y fuera del ámbito laboral.**

Las respuestas afirmativas se capturarán con el Número 1 y las respuestas negativas con el número 2. Si el trabajador **no respondió** alguna pregunta de este capítulo se codificará con el **número 99**.

V. DAÑOS A LA SALUD MEDIDA DE SÍNDROME DE BO, CON ESCALA MBI:

En este apartado se reportan las respuestas del **MBI que es la escala empleada para verificar la existencia del Síndrome de BO**. Este instrumento consta de **22** reactivos que se responden conforme a una **escala de Likert de 0 a 6** puntos donde se verifica la **frecuencia con que se presenta el síntoma**:

0-nunca
1-pocas veces al año o menos
2-una vez al mes o menos
3-pocas veces al mes o menos
4-una vez a la semana
5-pocas veces a la semana
6-todos los dias

De tal manera que cada uno de los reactivos puede ser contestado del 0 al 6 según la frecuencia con que se presente el síntoma.

De la calificación del MBI se obtiene:

Un **puntaje global** que corresponde a la **sumatoria del total de reactivos** y que indicaría el nivel o presencia del síndrome de BO en general, para lo cual, se considera que **las puntuaciones son bajas entre 1 y 33; si las puntuaciones son altas en AE y DP y bajas en FRP se considera que la persona padece el síndrome de BO**.

Tres puntajes que corresponden a cada una de las **dimensiones del BO:**

Despersonalización DP (suma de lo obtenido por las respuestas de los reactivos **5, 10, 11, 15, 22**). Puntuación máxima 30.
Alteraciones emocionales AE (suma de lo obtenido por las respuestas de los reactivos **1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20**). Puntuación máxima 54.
Falta de realización personal en el trabajo FRP (suma de lo obtenido por las respuestas de los reactivos **4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21**). Puntuación máxima 48.

Estos puntajes totales se asentarán en el **cuadro de puntajes crudos en la esquina inferior derecha del cuestionario MBI:**

AE	FRP	DP	TOTAL BO

Una vez hecho lo anterior, se comparan las puntuaciones totales crudas conforme a la tabla siguiente que incluye los puntos de corte para ubicar en rangos o niveles del padecimiento en bajo, medio o alto el resultado para cada dimensión del BO:

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
DP	MENOR O IGUAL A 6	7-12	MAYOR O IGUAL A 13
FRP	MAYOR O IGUAL A 39	32-38	MENOR O IGUAL A 31
AE	MENOR O IGUAL A 16	17-26	MAYOR O IGUAL A 27

Esta información se vaciará en el formato del MBI en el cuadro de NIVEL DX que se ubica en la esquina inferior izquierda:

Conforme al siguiente código:

1-BAJO

2-MEDIO

3-ALTO

Así, la información que se capturará en la Base de Datos obtenidos del MBI son:

Para cada participante:

Se anotará el número dado que corresponda a :

- ✓ Puntaje total de BO
- ✓ Puntaje de DP
- ✓ Puntaje de AE
- ✓ Puntaje de FRP
- ✓ Dx o Rango de gravedad del BO:
- ✓ Se anotará el número (1, 2, o 3) según corresponda al nivel bajo, medio o alto, para, DP, AE , FRP.

ARTÍCULO PARA PUBLICACIÓN EN REVISTA ARBITRADA

Título Completo:

"Síndrome de Burnout en enfermeras del Instituto Nacional de Cancerología asociado a variables sociodemográficas, laborales, institucionales y exigencias laborales".

Título Corto:

"Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas"

Autores:

Lic. en Psicología Ma. Teresa Gutiérrez Alanis [Ψ]

Mtra. en Medicina Social Susana Martínez Alcántara [Ψ]

[Ψ] Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México

[Ψ] Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Resumen.

Objetivo: Detectar la presencia de Burnout en enfermeras del INCan relacionado con variables típicas.

Materiales y método: Se seleccionó una muestra representativa de 172 enfermeras, contestaron el 89%. Se aplicaron el Maslach Burnout Inventory (español) y una Encuesta Individual.

Resultados: Aproximadamente 60% presentan sintomatología moderada y alta. El síndrome se verificó en el 8%. Las variables sociodemográficas significativas fueron la edad con la Falta de Realización Personal (FRP) ($X2=16.8$ $p<0.002$) y la presencia de hijos con Agotamiento Emocional (AE) ($X2=9.50$ $p<0.008$). Las laborales fueron el puesto con AE ($X2=9.82$ $p<0.04$) y el área de trabajo con Despersonalización (DP) ($X2=18.56$ $p<0.005$); de las institucionales, instalaciones inadecuadas con DP ($X2=6.18$ $p<0.04$). Exigencias correlacionaron con AE, sobrecarga ($X2=14.26$ $p<0.0008$) y jornada extensa ($X2=7.47$ $p<0.02$) entre otras.

Conclusiones: Mostraron mayor riesgo las enfermeras generales y las de consulta externa, a considerarse como prioritarias para la intervención y prevención del trastorno.

Palabras clave: Burnout, enfermeras, oncología, determinantes, institucionales.

"Burnout Syndrome in nurses from the Instituto Nacional de Cancerología related with sociodemographic, work, and institutional variables and work exigencies"

"Burnout in mexican oncologic nurses"

Abstract:

Objective: To detect burnout syndrome (BO) in a nurses' sample from INCan, related to typical variables in the literature.

Material and methods: A 172 representative sample was calculated, selected randomly, and was recollected 89% of it. The Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to determine the presence of symptoms of BO and an Individual Questionnaire for the recollection of the other variables.

Results: Near 60% of the sample got moderate and high levels of symptoms; the syndrome was observed in only 8% of them. The sociodemographic variables significance related with either BO dimensions was age ($X2=16.8$ $p<0.002$) and having children ($X2=9.50$ $p<0.0008$). The job variables related was working position ($X2=9.82$ $p<0.04$) and working area ($X2=18.56$ $p<0.005$). About the institutional resources, to work in an inadecuate place ($X2=6.18$ $p<0.04$) was significance. Other work-related variables was overload ($X2=14.26$ $p<0.0008$) and long working day ($X2=7.47$ $p<0.02$).

Conclusions: The general nurses and the extern consult personnel seems to be risks groups, which must be considered specially when intervention and or prevention programs would taken in the institution.

Key words: Burnout, nurses, oncology, determinants and facilities factors.

Introducción.

El estudiar la salud mental de los trabajadores sanitarios, con la finalidad de instrumentar medidas correctivas y/o preventivas, representa ventajas a todos niveles. Para las instituciones se esperaría un decremento de los daños laborales y económicos derivados de la presencia de trastornos mentales en estos profesionales; para la sociedad, se reflejaría en una mejor calidad en el servicio y atención de las necesidades del paciente y su familia y, por supuesto, para los propios trabajadores representaría el contar con soluciones viables a su problemática, avaladas institucionalmente, lo que evitaría el sufrimiento silencioso de miles de personas. En una encuesta reciente del British Medical Journal, el 41% de los profesionales de la salud se declararon infelices en su trabajo y el 16%, muy infeliz. Las razones referidas con más frecuencia fueron, por orden, la sobrecarga de trabajo, el bajo salario, la falta de apoyo por parte de las instituciones, la pérdida de control sobre la propia actividad profesional y como consecuencia, el sentimiento de estar solos ante una sociedad que ha perdido la capacidad de enfrentarse al dolor, a la enfermedad y a la muerte (Chavarría, 2000). Además del sufrimiento, están las pérdidas económicas asociadas a los problemas de salud mental laboral, las cuales se estimaban ya en la década de los noventa, en 150 billones de dólares anuales en EUA y en Inglaterra el costo para los empresarios por el ausentismo laboral debido a trastornos mentales fue de tres a siete billones de libras al año (Martínez, 2000).

No es una casualidad que el trabajador sanitario esté expuesto de tal manera, puesto que las condiciones actuales del sector salud revelan carencias estructurales enormes, que se traducen en bajos presupuestos para aplicarse a la atención médica de la población. De ahí que, los bajos salarios, los recursos humanos insuficientes, los materiales de curación y equipos escasos, las sobrecargas de trabajo frecuentes, son la constante en los centros de salud. Según cifras oficiales, los requerimientos de la población en servicios de salud al 2002, incluyen a 50,354,568 de personas

no derechohabientes y 50,023,077 que son derechohabientes de servicios de salud en el país (CONAPO, 1998), mientras que el personal sanitario que labora en instituciones de salud pública para darles atención es de 310,103 (entre médicos, enfermeras, trabajadores sociales entre otros). De los cuales el personal de enfermería es de 179, 634 y la proporción de enfermeras por médico es de 1.33 en el pais y de 1.00 en el D.F.(Secretaría de Salud, s/f). Un cálculo aproximado daria una proporción de 161 pacientes por cada profesional sanitario de instituciones públicas, conforme a la demanda de atención potencial para dar la cobertura necesaria. Acerca de la infraestructura para hacerle frente, tenemos que proporcionalmente, la demanda de atención médica por cada 100,000 habitantes de población potencial es: por cama censable de 1300 pacientes, por consultorio de 1800, por médico de 857 y por enfermera de 592 personas (SSA, 2002).

El deterioro de las condiciones materiales de trabajo se ha venido agudizando en los últimos años y han sido los trabajadores sanitarios quienes principalmente han resentido esta problemática. De ello han dado cuenta diversos estudiosos de este campo (Gil-Monte, Peiró, 1997; Sandoval, 2000; Atance, 1997; Caballero, Bermejo, Nieto, *et al*, 2001; Flores, 1994; Gilardi e Iapichino, 2001; Grau, Chacón, 1998; Hernández, 2003) quienes han identificado la presencia de un síndrome asociado al estrés laboral al que son sometidos estos trabajadores. Este síndrome ha recibido el nombre Burnout (BO) o de "quemarse por el trabajo", es un padecimiento que, desde los setenta, es considerado como consecuencia o agravamiento de una situación de estrés laboral crónico. Se expresa por medio de una tríada de síntomas o dimensiones que son: la despersonalización DP, el agotamiento emocional AE y la falta de realización personal en el trabajo FRP. Impacta a la salud física y mental del trabajador y los costos alcanzan a las instituciones y a la sociedad por el incremento en los accidentes, ausentismo, maltrato al paciente o abandono de la institución, entre otros.

El BO se ha asociado con la edad, el sexo, el estado civil, los turnos de trabajo, la antigüedad profesional, la sobrecarga laboral, el salario, el reconocimiento y apoyo social, las estrategias personales de afrontamiento, la antigüedad (Atance,1997; Grau, Chacón, 1998; Guerrero, 2003). Estas variables se han agrupado en tres categorías, por el papel que juegan en la generación del mismo: determinantes, desencadenantes y facilitadores. Los principales determinantes del síndrome de burnout son cuatro: 1. el entorno social 2. el plano organizacional 3. las relaciones interpersonales y 4. el nivel del individuo (Sandoval, 2000; Franco, 1997). Entre los desencadenantes (estresores laborales), tenemos (Grau, Chacón, 1998) cuatro tipos: a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto, b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, c) Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales y d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia. Las variables facilitadoras pueden ser sociodemográficas, de personalidad (Gil-Monte, Peiró, 1997; Grau, Chacón, 1998) y estilos de afrontamiento.

También se han reportado prevalencias del BO, que oscilan entre el 17% y el 70% de sintomatología, las cuales apuntan en dos direcciones: por un lado, los estudios que reportan *sintomatología* en cualquiera de las tres dimensiones, sobre todo en agotamiento emocional AE (Caballero, Bermejo, Nieto, *et al*, 2001; Coffey, 1999; Hernández, 2003) y por otro, aquellos estudios que reportan la prevalencia del *síndrome* como tal (que se conforma con puntuaciones altas en AE y DP y bajas en FRP) que resultan ser los menos frecuentes. (Barret, Yates, 2002; Happel, Pinikahana y Martín, 2003).

En los estudios específicos con personal de enfermería, se ha detectado la presencia del BO en muestras de personal de Inglaterra (Coffey, 1999; Henderson-Nichol, Lesirge, 2002; Edwards, Burnard, Coyle, et al, 2000; Gulland, 1999; Baldwin, 1999) en enfermeras especialistas en oncología

o hematología (Barrett, Yates, 2002); de terapia intensiva (Chen, McMurray, 2001); acerca del posible manejo del estrés laboral en este personal (Harris, 2001); con enfermeras neocelandesas (Hall, 2001); griegas (Tselebis, Moulou, Ilias, 2001); personal sanitario cubano (Warman, 2001); en estudiantes de enfermería en Turquía (Cam, 2001); en España (Caballero, Bermejo, Nieto, *et al*, 2001); enfermeras que atienden pacientes de VIH y SIDA en Australia e Inglaterra (Dobson, Loewenthal, 2001; Hayter, 1999); en Estados Unidos (Udasin, 2000); comparando BO con medidas de depresión (Mausner-Dorsch, Eaton, 2000; Iacovides, Fountoulakis, Moysidou, et al, 1999); en enfermeras de Canadá (Jamal, Baba, 2000); de Australia (Bryant, Fairbrother, Fenton, 2000); de Hungría (Piko, 1999) y de Israel (Malach-Pines, 1999).

Es evidente que el Burnout del personal sanitario ha sido estudiado en diversas poblaciones de trabajadores en el mundo como una problemática característica, sin embargo, existe poca información en muestras de trabajadores mexicanos, por lo que resulta importante aportar información al respecto en nuestro país. De ahí que el propósito de este trabajo sea explorar la prevalencia del BO en una muestra de enfermeras del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) asociada a las variables que tradicionalmente se han estudiado como determinantes y desencadenantes del mismo.

Materiales y Métodos:

Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio descriptivo y analítico que captó transversalmente información sobre el Burnout.

En relación con la población en estudio y la muestra calculada, se consideró al personal de enfermería que labora en el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México, que accediera voluntariamente (y que dio su consentimiento informado de acuerdo con las normas éticas

pertinentes para la investigación con personas) a participar en el estudio. El total de la población fue de 360 enfermeras, en activo a marzo de 2004, que se distribuyeron en varias áreas o servicios; se descartaron aquellas con incapacidades médicas o al personal que cubre incidencias que no estuviera bien localizado en un servicio.

Para calcular el tamaño de la muestra se consideró una fórmula de determinación del tamaño muestral (Fernández, 1996) con la que se estimó una muestra de 172 personas (que equivale al 48% de la población total), y se contempló una varianza posible del 30% de prevalencia del trastorno en poblaciones similares (Caballero, Bermejo, Nieto, *et al*, 2001; Hernández, 2003); además se calculó un 10% adicional para prevenir las pérdidas por la no participación de los sujetos en la muestra (la no respuesta), lo cual implicó la selección de 192 personas. Las personas que conformaron la muestra se definieron mediante un procedimiento de selección sistemática de elementos muestrales con arranque aleatorio, para garantizar que cualquiera tiene la misma probabilidad de ser elegida (Elorza, 1987; Siegel, 1986).

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: sexo femenino (representan el 90% de la población); de los tres turnos de trabajo; de todos los servicios o áreas. El porcentaje de "No Respuesta" equivale al 11%, habiéndose incorporado al estudio 153 enfermeras, que representan el 89% del tamaño muestral calculado (172 participantes). Las áreas de trabajo donde se presentó más dificultad para recolectar los datos fueron las de Atención Hospitalaria y Atención Quirúrgica/Especialidades, dado el acceso restringido y las actividades delicadas que se realizan en esas áreas.

Como *Variable Dependiente* se consideró la presencia del síndrome de Burnout BO definido como "la respuesta frente al estrés laboral crónico que incluye, agotamiento emocional, despersonalización

y falta de realización personal en el trabajo (Maslach. Jackson, 1981) y verificado, operacionalmente, por los puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach MBI. Por otro lado, se consideraron los factores o exigencias que comúnmente se han asociado a la presencia del síndrome BO que funcionarán como *Variables Independientes* 1. del entorno social; 2. del plano organizacional; y 3. de las relaciones interpersonales (Sandoval, 2000).

Instrumentos y materiales.

Para medir el síndrome de burnout se utilizó la versión española del *Maslach Burnout Inventory* de Maslach y Jackson (Gil-Monte, Peiró, 1997, versión española) y se aplicó de manera autoadministrada. El instrumento consta de 22 reactivos que se valoran con una escala tipo Likert midiendo la frecuencia en que se presenta cada afirmación/reactivo. El inventario tiene tres escalas que corresponden a las tres dimensiones del trastorno según la postura de la autora del mismo, estas son: Agotamiento Emocional AE, Despersonalización DP y Falta de Realización Personal en el trabajo FRP.

Se adaptó una encuesta individual tomada de la "Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores" (Noriega, Franco, Martínez, *et al*, 2001), para explorar las condiciones laborales que pueden influir en la presencia del trastorno y se definieron las condiciones más adecuadas para recabar la información de las trabajadoras que estaban en la muestra.

La información se capturó en el Excell y se procesó en el programa estadístico de JMP versión 4.0.

Resultados.

a) Prevalencia del Síndrome de BO y sus determinantes.

La distribución de la muestra conforme a las puntuaciones totales obtenidas en cada una de las subescalas del MBI o dimensiones del síndrome de burnout (BO) arrojó que, las puntuaciones promedio de las tres dimensiones caen en un nivel de gravedad moderado. Para AE tenemos una puntuación media de 21 con una desviación estándar de 11, para FRP de 38 con 7.9 y para DP de 8 con 5.4. Para un mejor manejo de la información obtenida de la escala que mide el síndrome, se agruparon los puntajes por diagnóstico o nivel de intensidad de los síntomas: bajo, medio y alto, para conocer su distribución (Ver Tabla 1) y la relevancia que pueden adquirir.

Con los diagnósticos por cada dimensión se puede determinar la prevalencia del síndrome de BO como tal en esta muestra, según los criterios diagnósticos del mismo, se considera presente el síndrome cuando las puntuaciones de AE y DP son altas y las de FRP son bajas. De acuerdo con este criterio, se conforma el síndrome para 12 personas que representan una tasa de 8 de cada 100 trabajadores con riesgo de presentar el padecimiento en su totalidad. Sin embargo, si agrupamos el nivel moderado con el alto las cifras se elevan a más del 60% para AE y para DP, mientas que la FRP es para la mitad de los participantes. (ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra en estudio (N=153) conforme a los diagnósticos obtenidos por nivel de intensidad de sintomatología en las tres dimensiones del síndrome de BO. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Dimensiones del Burnout (BO)	Nivel Bajo %	Nivel Moderado %	Nivel Alto %	Niveles moderado y alto %
Agotamiento emocional AE	38	29	33	62
Falta de realización personal FRP	53	30	17	47
Despersonalización DP	35	42	23	65

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual y MBI a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004.

b) Análisis conforme a variables sociodemográficas

La mayoría de las encuestas fueron contestadas durante la jornada laboral (70%), las menos se aplicaron antes (8%) y el resto después de la misma. La distribución de la muestra en cuanto a las variables sociodemográficas indica que la edad de las enfermeras en la muestra fluctuó de 22 a 63 años con una edad promedio de 36 años y una desviación estándar de 8 años; el 83% de las participantes tienen una escolaridad de carrera técnica; el 72% tienen hijos y de ellas la mitad con hijos menores de cinco años, por último el 86% realiza las labores del hogar y el cuidado familiar adicional a su jornada laboral.

En cuanto a la posible interacción entre los factores sociodemográficos con la presencia de sintomatología del síndrome de BO en sus tres dimensiones se dieron algunas relaciones estadísticamente significativas entre el agotamiento emocional (AE) y la despersonalización (DP) con la presencia de hijos, con una $p<0.008$ y $p<0.01$ respectivamente. Las trabajadoras mayores de 41 años de edad mostraron falta de realización personal significativa con una $p<0.002$ (ver Tabla 2).

Tabla 2. Asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas y laborales, con el diagnóstico de las tres dimensiones del síndrome de Burnout (BO), en el total de la muestra (N=153). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables en estudio	Diagnóstico Agotamiento Emocional AE (%)					Diagnóstico Falta de realización Personal FRP (%)					Diagnóstico Despersonalización DP (%)				
	bajo	medio	alto	X 2	P	bajo	medio	Alto	X 2	P	bajo	medio	Alto	X 2	P
Sociodemográficas															
Edad				1.31	0.85				16.8	**0.002**				2.10	0.71
20-30 años	35	33	31			65	25	10			35	43	22		
31-40 años	38	31	31			51	40	9			29	45	25		
>= 41 años	40	23	36			43	23	**34**			43	36	21		
Presencia de hijos	45	25	**29**	9.50	**0.008**	55	26	19	2.98	0.22	42	40	**18**	8.80	**0.01**
Laborales															
Área de Trabajo				5.28	0 50				6.19	0.40				18.56	**0.005**
Consulta externa	29	27	43			59	25	18			25	31	**43**		
Quirúrgica/ especial	41	28	31			62	28	10			41	45	14		
Hospitalización	43	30	28			51	33	16			38	49	13		
Administrativa	42	42	17			25	42	33			50	42	8		
Puesto de Trabajo				9.82	**0.04**				4.74	0.31				9.26	**0.05**
Generales	36	27	**38**			54	24	21			36	41	23		
Especialistas	28	36	36			53	36	11			28	36	**36**		
Jefas	59	30	11			48	41	11			44	52	4		

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. En negritas las relaciones significativas y en qué grupo se concentran los puntajes altos. *diferencias estadísticamente marginales

c) Análisis conforme a variables laborales.

La antigüedad promedio en la institución fue de 13 años (DE=7.77), la antigüedad en el puesto en promedio fue de 7 años (DE=6.41) y la antigüedad en la profesión media fue de 14 años (DE=7.95). Al agrupar la antigüedad en el hospital tenemos que el 54% del personal de enfermería tiene más de 11 años trabajando en la Institución, lo que habla de una gran estabilidad laboral en esta población.

Los puestos de trabajo se agruparon para un mejor análisis de acuerdo con las coincidencias en las tareas que desempeñan entre ellos, tenemos tres categorías que son: las "enfermeras generales" (que incluyen a las enfermeras generales, técnicas y auxiliares) con el 59% del personal; las "enfermeras especialistas" (que corresponde únicamente a enfermeras especialistas) con el 24% y las "jefas" (que agrupa a enfermeras con puestos de jefas, subjefas y administrativas) con el 17%. Conforme a este acomodo se observa que las enfermeras generales representan la mayor parte del personal.

Al relacionar las variables laborales y los diagnósticos de cada una de las dimensiones del BO, se obtuvo que el área de trabajo, tal cual la define la institución, se relacionó significativamente con la despersonalización, siendo el personal del área de consulta externa quienes presentan niveles de despersonalización más altos (43%) con una $p<0.05$. El puesto de trabajo se relacionó de manera estadísticamente significativa con el agotamiento emocional ($p<0.04$) y la despersonalización, ($p< 0.05$) ya que un 38% de las enfermeras generales presentaron niveles altos de agotamiento emocional y las especialistas resultaron las más despersonalizadas con el 36% (ver Tabla 2).

e) Análisis conforme a los apoyos institucionales para el trabajo

En la literatura se refiere que la carencia de apoyos institucionales se constituye en condición que facilita la presencia del burnout en este tipo de trabajadoras. Por lo que, también se analizó la distribución de la muestra conforme a variables "institucionales" y se encontró que los aspectos más frecuentes fueron el personal insuficiente para realizar las tareas (44%) y las pocas oportunidades de progreso laboral (46%).

En un segundo momento, se analizó la relación entre éstas variables y el puesto de trabajo, se observa que el personal insuficiente para realizar el trabajo ($X2=9.555$ $p<0.008$) y las pocas oportunidades para progresar laboralmente fueron diferentes en los tres puestos y estadísticamente significativas ($X2=6.602$ $p<0.03$), siendo ambas condiciones mayores para las enfermeras generales.

Por otro lado, se analizaron las relaciones entre éste tipo de variables y los diagnósticos de las dimensiones del síndrome (ver Tabla 3) y se destaca que las instalaciones inadecuadas y las pocas oportunidades de progresar laboralmente se relacionan significativamente con la sintomatología, con excepción de la FRP.

Tabla 3. Asociaciones significativas entre las variables institucionales y las exigencias laborales con el diagnóstico de las tres dimensiones del síndrome de Burnout (BO), en el total de la muestra (N=153). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables en estudio	Diagnóstico Agotamiento Emocional AE (%)					Diagnóstico Falta de realización Personal FRP (%)					Diagnóstico Despersonalización DP (%)				
	bajo	medio	alto	X 2	P	bajo	medio	Alto	X 2	P	bajo	medio	alto	X 2	P
Institucionales															
Instalaciones inadecuadas	30	27	**43**	5.31	**0.07 ***						32	35	**33**	6.18	**0.04**
Equipo insuficiente											37	31	**32**	6.70	**0.03**
Poco progreso laboral	30	23	**47**	12.27	**0.002**										
Exigencias															
Jornada extensa	21	29	**50**	7.47	**0.02**	**61.76**	35.29	2 94	6.12	**0.04**					
Sobrecarga de trabajo	26	34	**40**	14.26	**0.0008**										
Trabajo peligroso	22	29	**49**	12.94	**0.001**						20	**44**	36	12.58	**0.001**
Ordenes confusas	23	23	**54**	5.71	**0.05**						23	36	**41**	4.98	**0.08***
Trabajo afecta salud	26	28	**46**	9.15	**0.01**										

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermeria del INCAN, abril-junio de 2004. En negritas las relaciones significativas y en qué grupo se concentran los puntajes altos. *diferencias estadisticamente marginales.

f) Análisis conforme a exigencias laborales

Se exploraron también diversas exigencias laborales y se pudo observar que el control de calidad es referido por el 65% de las participantes, la sobrecarga de trabajo y el salario insuficiente con el 59% y alrededor del 50% de ellas refieren realizar un trabajo peligroso o que puede afectar su salud. Se buscó además la asociación entre el puesto de trabajo y las exigencias laborales, y se obtuvieron varias relaciones significativas como son la jornada extensa ($X2=10.757$ $p< 0.004$), la rotación de turnos ($X2=15.445$ $p<0.0004$), el trabajo nocturno ($X2=9.536$ $p<0.008$), un trabajo peligroso ($X2=7.355$ $p<0.02$), y que puede afectar su salud ($X2=8.667$ $p<0.01$), siendo las más expuestas a estas condiciones las enfermeras generales. Ahora bien, al analizar la relación entre el área de trabajo y las exigencias laborales tenemos que el trabajo nocturno ($X2=17.319$ $p<0.006$), el espacio reducido ($X2=13.067$ $p<0.004$) y las órdenes confusas ($X2=9.977$ $p<0.01$) fueron estadísticamente significativas por área de trabajo, la más afectada fue consulta externa.

Para terminar con el análisis conforme a las exigencias laborales, se exploró la relación entre ellas y las dimensiones del BO y se presentan varias relaciones significativas sobre todo con el agotamiento emocional AE (ver Tabla 3).

Discusión.

El síndrome de Burnout o "quemarse por el trabajo" implica una relación dinámica entre los elementos personales y laborales con fines adaptativos, dada una situación laboral extrema. Es decir, puede considerarse como una "estrategia de afrontamiento perversa" para lidiar con el estrés laboral crónico; puede ser análogo al fusible de la luz que se funde, para preservar la instalación eléctrica, al recibir una sobrecarga de energía. Es pues una respuesta que "enferma" al individuo, quien por ser parte del sistema, lo afecta en su conjunto.

Alrededor del 60% de las enfermeras presentan sintomatología del síndrome de Burnout con niveles de intensidad moderados y altos y el síndrome como tal se verificó en el 8% de la muestra estudiada lo cual es similar a lo obtenido por otros estudiosos de este campo (Caballero, Bermejo, Nieto, *et al*, 2001; Happel, Pinikahana y Martín, 2003; Henderson-Nichol y Lesirge, 2002).

El área y el puesto de trabajo distinguieron a las enfermeras generales del área de consulta externa como las más afectadas por el Burnout, lo que es justificado pues presentan una sobrecarga de trabajo natural, se atienden 25 a 30 pacientes al día por consultorio-enfermera, trabajan en un espacio reducido, con poca ventilación, con iluminación deficiente y en muchas ocasiones su actividad se realiza con pocos recursos materiales y en una tensión permanente por mediar en la relación entre el médico y los pacientes.

Acerca de los posibles determinantes del síndrome, se ha delimitado significativamente un grupo de riesgo. Se trata de mujeres con más de 41 años de edad, coincidiendo con otros autores (Tselebis, Moulou, Ilias, 2001; Malach-Pines, 1999), que tienen hijos, que están adscritas al área de

consulta externa y tienen un puesto de enfermera general, donde están expuestas a sobrecargas de trabajo, jornadas extensas, salario insuficiente, estricto control de calidad, falta de comunicación con compañeros, que trabajan en espacios reducidos y deben estar fijas en su lugar de trabajo, que reciben órdenes confusas y realizan un trabajo que puede ser peligroso o dañar su salud como se ha reportado en otros estudios (Caballero, Bermejo, Nieto, *et al*, 2001; Barrett y Yates, 2002). Además, de atender una demanda excesiva de pacientes con poco personal para ello y tener poca oportunidad de progresar laboralmente como se observó en otra investigación en personal cubano (Cam, 2001). En suma, encontramos ciertas coincidencias con un estudio que exploró los aspectos epidemiológicos del BO en personal sanitario (Atance, 1997), donde se refiere el siguientes perfil de riesgo: mujer de más de 44 años de edad, sin pareja estable, con más de 11 años de antigüedad en el hospital, que deben atender más de 21 pacientes diarios y tiene una jornada laboral extensa.

Acerca del instrumento MBI, dadas sus características, se observó que no existe manera de quedar exento de padecer sintomatología del síndrome, por lo cual valdría la pena revisar las normas de calificación o clasificación diagnóstica de la escala, para que permita además de los tres niveles de intensidad una categoría de "salud" o ausencia de síntomas, en ninguno de los estudios revisados se distingue una posible categoría de "normalidad" o "salud" (Atance, 1997; Caballero, Bermejo, Nieto, *et al*, 2001; Flores, 1994; Grau y Chacón, 1998; Happel, Pinikahana, Martin, 2003; Henderson-Nichol y Lesirge, 2002).

Además, vale la pena revisar la concepción del síndrome constituido por tres dimensiones, ya que encontramos que el agotamiento emocional resulta ser el indicador más sensible o la sintomatología más consistente del cuadro, seguido de la despersonalización (como estrategia de afrontamiento) y en menor medida la falta de realización personal (FRP). Posiblemente, esta FRP se constituye en una autoevaluación del desempeño del trabajador que no está asociada necesariamente a una realidad laboral. El individuo puede o no sentirse satisfecho con su desarrollo profesional,

independientemente del estado anímico que determinadas condiciones laborales desencadenan; a diferencia de la despersonalización y el agotamiento emocional que están estrechamente relacionados con su malestar personal. Estos hallazgos nos llevan a plantear la inconveniencia de seguir considerando al síndrome conformado por tres dimensiones presentes en un mismo momento, donde los puntajes en AE y DP sean altos y en FRP bajos, pues se genera por un lado un subregistro de casos y por el otro, se vela la importancia que en sí mismos tienen cada una de las dimensiones, por ejemplo el agotamiento emocional, para perfilarse como un problema de salud pública.

Al respecto, coincidimos con lo encontrado en estudios similares donde se reportan múltiples relaciones entre las variables con el AE y pocas con las otras dos dimensiones (Prieto, Robles, Salazar, *et al*, 2002), se comenta que de las variables en estudio se da un número mayor de asociaciones con AE y se plantea que puede ser esta dimensión la que mejor valora la existencia del BO, por lo que algunos autores como Shirom y Garden (Prieto, Robles, Salazar, *et al*, 2002) la consideran como la dimensión clave del BO. En otro estudio acerca de la validez del MBI en una muestra de población mexicana, se observó que la escala más consistente fue otra vez la de AE seguida de FRP y DP (Grajales, 2000). En fin, es esta una discusión "tradicional", que merece mayor evidencia empírica y más atención en el futuro, tanto en la revisión de la escala, como en la convivencia de cada una de las dimensiones que integran el síndrome, lo que lleve en algún momento a revalorar la consistencia del mismo.

Para concluir, es necesario que en la implementación de programas de intervención, ya sea preventivos y/o correctivos, se contemplen acciones a varios niveles: institucionales, sociales e individuales, que involucren al personal desde las etapas diagnósticas, con la finalidad de lograr cambios sólidos en las prácticas promotoras de salud mental.

Referencias.

Atance M., J,C., (1997). "Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario", *Revista Española de Salud Pública.*

Baldwin, P. (1999). "Stress and the nurse". *Nursing standard.*Jan 13(16):6-12, Royal college of nursing Great Britain.

Barrett, L., Yates, P. (2002). "Oncology / haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the speciality", *Australian Health Review*: a publication of the Australian Hospital Association, 25(3):109-21. Australia.

Bryant, C., Fairbrother G., Fenton P. (2000). "The relative influence of personal and workplace descriptors on stress", *British Journal of Nursing*, 9(13):13-26, 876-80. England.

Caballero Martin M., Bermejo Fernández F., Nieto Gómez, R., *et al.* (2001). "Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud", *Atención Primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 27(5). España.

Cam, O. (2001). "The Burnout in nursing academicians in Turkey", *International Journal of Nursing Studies,* apr. 38(2). England.

Coffey, M., (1999). "Stress and Burnout in forensic community mental health nurses: an investigation of its causes and effects", *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 6(6). England.

Chavarría, M. (2000). "Incrementan problemas de salud mental laboral en UE y EU: OIT". *Comunicación e información de la mujer*, recuperado 3/10/02. www.cimac.org.mx/noticias

Chen, S.M., McMurray, A. (2001). "Burnout" in intensive care nurses", *The Journal of Nursing Research:* JNR, 9(5):152-64.

Christensen, H. B. (1990). Estadística paso a paso, Editorial Trillas. México.

Dobson, P., Loewenthal, M. (2001). "The status o HIV/AIDS nursing in Australia: a specialty in decline?", *The Journal of the association of nurses in AIDS Care:JANAC*, 12(1). United States.

Edwards, D.,Burnard, P., Coyle, D., Fothergill A., Hannigan, B. (2000). "Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1):7-14. England.

Elorza, H. (1987). Estadística para ciencias del comportamiento. Editorial Harla. México.

Fernández, P. (1996). "Determinación del tamaño muestral", Cad. *Atención Primaria*. 3:138-141.

Flores Lozano J.A. (1994). Síndrome de estar quemado. Edikete Med. Barcelona.

Franco, M.X. (1997). Manual integral de prevención: Comparación del nivel del síndrome de burnout en un grupo de médicos, enfermeras y paramédicos, (Tesis de licenciatura), Universidad Iberoamericana, México, D.F.

Gilardi J. y Iapichino J. (Coord.) (2001). "La salud de los trabajadores de la salud", *Praxis Médica* (suplemento del diario del mundo hospitalario, publicación de la asociación de médicos municipales de la Cd. de Buenos Aires. 5(18).

Gil-Monte P.,Peiró S. J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Síntesis. Madrid, España.

Grajales, T. (2000). "Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory, versión española en una población de profesionales mexicanos". Línea de Investigación: Instrumentos de Medición, enero-mayo.

Grau Abalo J.A., Chacón Roger M. (1998). "Burnout: una amenaza a los equipos de salud". Conferencia presentada en la II Jornada de Actualización en Psicologia de la Salud, Asociación Colombiana de Psicologia de la Salud –ASOCOPSIS- Seccional Valle del Cauca.

Guerrero, Barona, E. (2003). "Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario", *Anales de Psicología*, 19(1):145-158.

Gulland, A. (1999). "Work makes nurses sick". *Nursing Times*, 95(13).

Hall, L. (2001). "Burnout: Results of an empirical study of New Zealand nurses", *Contemporary Nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 1. Australia.

Happel, B., Pinikahana, J., and Martin, T. (2003). "Stress and burnout in forensic psychiatric nursing". *Stress and health*. 19:63-68.

Harris, N. (2001). "Manegement of work-related stress in Nursing", *Nursing standard*. (Royal College of Nursing Great Britain). 16(10). England.

Hayter, M. (1999). "Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the north of England". *Journal of advanced nursing*. 29(4). England.

Henderson-Nichol, K., Lesirge, R. (2002). "Is stress an inevitable part of nursing?", *Nursing Times*, 9(15), 98 (15):16. England.

Hernández, J.R. (2003). "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención". *Revista cubana salud pública*, 29(2):103-10.

Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Moysidou, C., Ierodiakonou, C. (1999). "Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout?". *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(4). United States.

Jamal, M., Baba, V. (2000). "Job stress and burnout among Canadian managers and nurses: an empirical examination", *Canadian Journal of Public Health. Revue canadienne de sante publique*, 91(6). Canadá.

Malach-Pines, A. (1999). "Phases of Burnout among Israeli nurses". *Journal of Health and Human Services Administration*, 22(1):7-15.

Martínez A. S. (2000). "Proceso del trabajo y salud mental. Área medular de la psicología del trabajo", *Salud Problema*, Nueva época, 5(8)

Maslach C, Jackson S. (1981). "The measurement of experienced Burnout". *J Occup Behavior*; 2:99-113.

Mausner-Dorsch, H. Eaton, W. (2000). "Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model". *American journal of public health*, 90(11):1765-70.

Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Villegas, J.,Alvear, G., López, J. (2001). "Evaluación y Seguimiento e la Salud de los Trabajadores", *Serie Académicos* CBS, UAM-X.

Piko, B. (1999). "Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions", *Journal of the Royal Society of Health*, 119(3). England.

Prieto A.L., Robles, A.E., Salazar, M.L., Vega, D. (2002). "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres". *Atención Primaria*, 29 (59):294-302.

Sandoval J. (2000). "El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout", *Salud Problema*, Nueva época 5(8)

Secretaría de Salud. (s /f). A través de la información proporcionada por las Instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Siegel ,S. (1986). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta, Trillas, México.

SSA (1998). Dirección general de información y evaluación del desempeño, estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. proyecciones de población de México 1996-2050, CONAPO.

SSA (2002). CGPE Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño SISPA-Subsistema de Recursos. RENIS, México.

Tselebis, A., Moulou, A., Ilias, I. (2001). "Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff" , *Nursing & Health Sciences*, 3(2). Australia.

Udasin, G. (2000). "Health care workers". *Primary care*, 27(4):1079-102.

Warman, A. (2001). "Living the Revolution: Cuban Health Workers". *Journal of clinical nursing*, 10(3).