

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
JEFATURA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGIA DEL TRABAJO**

**SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL PACHUCA.**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA DEL TRABAJO.**

Presenta:

Psic. Sandra Lorena Rosas Meneses.

Directora de Tesis:

Maestra en Psic. Blanca Yasmín Montúfar Corona.

Santiago de Querétaro, Qro., Marzo 2007

RESUMEN

El Síndrome de Desgaste Profesional o “Quemarse por el Trabajo” (Burnout) se presenta como un esquema explicativo de problemas laborales en “profesionales de la salud” (Enfermería), los cuales se encuentran en constante riesgo de experimentar el “síndrome de Burnout” un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales afectando a los individuos responsables del tratamiento paciente (usuarios). Así mismo, la realización obtenida con el trabajo involucra un deterioro, un autoconcepto negativo y una pérdida de interés por el mismo. El estudio pretende aportar una serie de caracterizaciones de las variables cognitivo-aptitudinal (baja realización en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización) las cuales permitirán una aproximación al perfil de riesgo de esta profesión. Se estudia una muestra de 124 “profesionales de salud” (Enfermería) a los que se les aplicó el instrumento de medida del “Síndrome de Burnout” (Maslach Burnout Inventory) de forma autoadministrada. Se hizo estadística descriptiva con asociación cruzada entre variables sociodemográficas con SPSS v. 11. Se obtuvo el 84.93% de respuestas frente al 15.06% de pérdidas. Esta muestra permite una confianza del 90% y un error del 10%. Se derivaron del estudio diferencias significativas en función del turno, edad, estado civil, medio de transporte que utilizan para llegar a su centro de trabajo, el tiempo en que tardan en llegar, duración del programa de estudios de Enfermería, la función que desempeñan en el Hospital General de Pachuca, año de ingreso a la institución, servicio en que se encuentran desempeñando su trabajo y la existencia de un segundo empleo. La media de presencia del “Síndrome de Burnout” fue de 28.8 ± 11.6 , siendo las mayores proporciones las consignadas a autorrealización personal y cansancio emocional respectivamente. Así mismo se analizaron las consecuencias de este “Síndrome”, así como las principales determinantes para su aparición, como respuesta al Estrés Laboral, que determinan problemas de salud en los “profesionales de Enfermería”.

(Palabras clave: Síndrome de Burnout, Estrés Laboral, Trabajo, Profesionales de salud, Enfermería.)

SUMMARY

The Burnout Syndrome appears like an explanatory scheme of labor problems in health professionals (Infirmaries) which are in constant risk of experiencing "The Burnout Syndrome" a process that exhausts or tires the physical and emotional resources affecting the individuals responsible for the treatment patient (users). Also the accomplishment obtained with the work involves deterioration, a negative auto concept and a lost one of interest by the work. The investigation tries to contribute a series of characterizations of the cognitive-aptitudinal variables (low accomplishment in the work), emotional variables (emotional exhaustion), and attitudinal variables (depersonalization) which will allow an approach to the profile of risk of this profession. We study a sample of 124 "Health professionals" (Infirmaries) an instrument was applied to them to measure "The Burnout syndrome" (Maslach Burnout Inventory) we did a descriptive statistic with association crossed between sociodemographic variables with SPSS v. 11. We obtain the 84, 93% of answers as opposed to the 15, 06% of losses. This sample allows a confidence of 90% and an error of 10%. Significant differences based on the turn, age, the civil state, the type of transportation that they use to arrive at their work, the time they take in arriving, the duration of the program of its studies, the function that they carries out at the General Hospital of Pachuca, the year they enter to the institute, the service in which they are carrying out his work and the presence of a second work, were derived from the study. The average of presence of the "Burnout Syndrome" was of 28.8+11.6, being the greater proportions briefed to personal auto accomplishment and the emotional fatigue respectively. Also the consequences of this "Syndrome", as well as the main determinants for their appearance were analyzed, like answer to Labor Stress, which determines problems of health in the "health professionals" (Infirmaries).

(Key words: Burnout Syndrome, Labor Stress, Work, Health Professionals, Infirmary.)

DEDICATORIA

Especial reconocimiento a los Autores clásicos y contemporáneos que con sus ideas y aportaciones científicas contribuyeron al surgimiento de esta investigación.

A mis Maestros de la Universidad Autónoma del Estado de Querétaro, guías incansables e inextinguibles antorchas del saber.

Al Dr. Leopoldo Norberto Oliver Vega y a la Dra. Enf. Rosalba Mendoza Gamiño quienes proporcionaron valiosa ayuda al revisar todo el manuscrito y ofrecer correcciones de estilo.

A la institución de salud Hospital General Pachuca, bajo la dirección del Dr. Francisco Javier Chong Barreiro, en el que se ha sembrado una simpatía, cariño y un disfrute de la función, por el cual permitió conocer el enorme y majestuoso panorama de la labor de los profesionales de la salud (Enfermería).

A los profesionales de la salud (Enfermería) que con la información proporcionada se integraron los resultados de esta investigación. La gran responsabilidad de estos profesionales tienen como misión dar alivio y consuelo conciliar la ciencia con el sentido humanitario y que además desprenden grandes enseñanzas, una de ellas es la de amar a su profesión, al paso que se ama al paciente, cuyo primer anuncio de salud es la mirada, el signo de alegría en los ojos, el anuncio de un éxito feliz, en las primeras palabras que cruzan con el paciente (Usuario), que la primera impresión del enfermo al ver la figura de la enfermera refuerce en su ánimo la dicha de vivir. Que con su fructuosa colaboración y aportación permitieron el desarrollo de la parte más importante de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

Al altísimo e innumerable quien me ha enseñado que la misión del hombre es conocer y practicar el amor.

A mis cuatro Pepes, mis hombres de siempre y los recientes, quienes me han dado la fuerza, la fe, la esperanza y enseñado de que existe una manera distinta de estar en este mundo.

A mis colegas de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo que me proporcionaron ayuda profesional de diferentes maneras, especialmente a la Dra. Gilda Becerra Díaz.

A mis hermanos de los que recibí apoyo moral.

A Yolanda mi santa madre, mi agradecimiento por haber estado siempre presente.

Al comité de Ética e Investigación del Hospital que tuvieron el gesto de leer y dar réplica a mis razonamientos.

A la Dra. Graciela Nava Chapa por su desinteresada labor en pro de la investigación.

A mis amigas por su constante apoyo y sus prudentes consejos.

A mi maestro del alma por guiarme con firmeza y sabiduría.

A Yoli, Víctor, e Izcareth por convertir mis garabatos ilegibles en páginas pulcramente mecanografiadas.

Debo agradecer especialmente a Liliana que colaboró en la investigación sobre el vínculo estadístico y sus ideas acertadas y comentarios creativos.

A la familia por conservarme a pesar de todo, en Familia.

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	viii
Índice de tablas	ix
Índice de gráficos	x
Introducción	1
Descripción del problema	3
Antecedentes	4
Justificación	6
Formulación del problema	7
Objetivos	8
 CAPITULO 1	 9
“SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL” (BURNOUT)	
1.1 Antecedentes Históricos	9
1.2 Conceptualización del Síndrome de Quemarse por el Trabajo “Burnout”.	13
1.3 Principales modelos explicativos del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).	17
1.3.1 Teoría Sociocognitiva del Yo	18
1.3.1.1 Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)	19
1.3.1.2 Modelo de Cherniss (1993)	22
1.3.1.3 Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)	24
1.3.2 “Teoría del intercambio Social”	27
1.3.2.1 Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)	28
1.3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)	30
1.3.3 “Modelos elaborados desde la Teoría Organizacional”	32
1.3.3.1 Modelo de Golembieswski, Munzenrider y Carter (1983)	32
1.3.3.2 Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)	34

1.3.3.3 Modelos de Winnubst (1993)	36
1.4. Modelo Estructural sobre la Etiología y el Proceso del “Síndrome” considerando antecedentes de Nivel Personal, Interpersonal y Organizacional	38
1.5. La Medida y el diagnóstico del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout)	40
1.5.1. Desencadenantes y Facilitadores del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).	46
1.6 Consecuencias del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout)	53
1.6.1. Estrategias de Intervención para la Prevención y el Afrontamiento del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).	57
CAPITULO II	
ESTRÉS LABORAL CRÓNICO	60
2.1 Del Estrés al Estrés Laboral Crónico	60
2.2 Causas de Estrés Laboral relativas al Trabajo	67
2.3. Una perspectiva Psicosocial en el Trabajo (enajenación)	72
2.4. Mecanismos del Estrés	77
2.5. Manifestaciones del Estrés	81
2.6. El Estrés Laboral en los “Profesionales de la Salud” (Enfermería)	83
CAPITULO III	
ENFERMERIA: POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE	93
3.1. Antecedentes	95
3.2. Enfermería como profesión	97
3.3. Ética y Valores en Enfermería	100
3.4. Estrés en la Mujer Trabajadora (Enfermería)	104
CAPITULO IV	
METODOLOGIA	109
4.1. Contexto	109
4.2. Población	110

4.3 Tipos de investigación	112
4.3.1. Tipos de estudio	112
4.3.2. Variables	112
4.3.3. Operalización de las Variables	113
4.3.4 Hipótesis	117
4.4. Piloteo	117
4.5. Instrumento “Maslach Inventory Burnout”	118
4.6. Programa Estadístico	121
4.7. Procedimiento y Recopilación de Datos	121
4.8. Tratamiento de la Información y Análisis Estadístico	123
CAPITULO V	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	132
5.1. Parámetros del “Síndrome de Burnout”	132
5.1.1 Resultados de la Sub-escala de Cansancio Emocional (CE)	133
5.1.2. Resultados de la Sub-escala de Despersonalización (DP)	134
5.1.3. Resultados de la Sub-escala de falta de Realización Personal (RP)	135
5.2. Discusión	137
5.3. Conclusiones	140
5.4. Limitaciones del Estudio	143
5.5. Bibliografía	144

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO		Página
1.1.	Modelo para integrar el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” dentro del proceso de Estrés Laboral.	16
1.2.	Taxonomía de modelos sobre el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”	18
1.3.	Modelo de Competencia social de Harrison (1983)	20
1.4.	Modelo explicativo de Cherniss(1983)	23
1.5.	Modelo de autocontrol de Thompson y col. (1993)	26
1.6.	Modelo de comparación social del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” de Buunk y Schaufeli (1993)	29
1.7.	Adaptación del modelo transaccional de Cox y col. (1993)	35
1.8.	Modelo de Winnubst (1993) sobre el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”.	37
1.9.	Modelo estructural sobre antecedentes y consecuencias del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” elaborado por Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)	40
2.1.	Síntomas y consecuencias del Estrés Laboral, adaptado por Cooper (1988)	71
2.2.	Síntomas frecuentes debidos al Estrés	82
3.1.	Relación de persona a persona.	103

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	Página
4.1. Criterios de Diagnóstico Operativos	119
4.2. Experiencia laboral de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	128
4.3. Relación por turno con respecto a la plantilla y la muestra	129
4.4. Servicio en el que se desempeña el sujeto.	131
4.5. Síndrome de Burnout por turno.	132
4.6. Porcentaje del nivel de Síndrome	133
4.7. Cansancio Emocional.	134
4.8. Despersonalización.	135
4.9. Falta de Realización Personal	136
4.10. Factores del Síndrome de Burnout	136
4.11. Descripción de variables Sociodemográficas	136

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	Página
4.1. Distribución por los grupos de edad de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	125
4.2. Distribución por estado civil de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	126
4.3. Distribución del medio de transporte que utilizan los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	126
4.4. Distribución del tiempo en que tardan en llegar a su casa los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	127
4.5. Distribución de la duración del plan de estudios de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	127
4.6. Distribución de los años de experiencia de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	129
4.7. Distribución del turno de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	130
4.8. Distribución de los servicios en que se desempeñan los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	131
4.9. Distribución de un segundo empleo de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca.	132

INTRODUCCIÓN

En el ámbito científico-sanitario actual, existe una gran preocupación por los efectos negativos que el clima laboral tiene en los “profesionales de salud” en específico en Enfermería del Hospital General Pachuca.

En la literatura sobre el tema existe bibliografía especializada de los últimos años y se exponen resultados de investigaciones y evaluaciones en el campo sanitario y en particular en enfermería. (Hingley 1986, Steptoe-Vogele 1986. Spoth Konemko 1987). En España en 1985 se inicia una investigación empírica sobre la problemática que padecen los profesionales de Enfermería y los resultados de dicho trabajo se han ido mostrando. En este momento y dándole seguimiento a las propuestas de los estudios anteriores se efectuará la investigación; Síndrome de Desgaste Profesional Burnout en el personal de Enfermería del Hospital General Pachuca. En este estudio se llevará a cabo un análisis descriptivo, ya que la intención es dar a conocer el trabajo teórico que existe sobre el tema y su ubicación dentro de las teorizaciones sobre el trabajo y la alteración o daño mental. Además resultará muy interesante discutir como los especialistas e investigadores han abordado esta problemática en México.

Actualmente, predomina un enfoque transaccional del Estrés tanto en el ámbito general como en el laboral. En este contexto y en el que se encuentran laborando el “personal de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca se hace necesario identificar las causas del Estrés, su afrontamiento y las consecuencias que están determinados tanto por rasgos personales como la estructura cognitiva individual, o la capacidad de resistencia por circunstancias ambientales.

La importancia de esta investigación es con la finalidad de descubrir y evaluar los Estresores que afectan al personal de enfermería y cuales son los

derivados por su rol, si existe conflicto y ambigüedad del mismo, si existen estresores laborales específicos del desarrollo cotidiano de la profesión, y que esta exposición crónica lleva a los profesionales de la salud a sufrir un Síndrome de Desgaste “Burnout”, caracterizado por agotamiento emocional (Referido al vaciado de recursos personales junto con la sensación de que uno ya no tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás); despersonalización (Como desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas con quienes se trabaja), que en este caso serían los pacientes - usuarios y los compañeros de trabajo, y disminución del sentido de realización personal o percepción de que los logros profesionales quedan debajo de las expectativas personales, y supone una autocalificación negativa.

Esta investigación se ha integrado en 5 capítulos, mismos que pretenden acercar al lector a ejes teóricos-metodológicos que aborden un aspecto teórico central.

El capítulo uno “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) suele constituir un modo de aproximación al fenómeno del Burnout y al desarrollo del conocimiento acumulado de experiencias desarrolladas por otros autores que evitan la improvisación y permite aprender, conceptualizar y comprender nuevas realidades y facilita la acción.

El capítulo dos “Estrés Crónico Laboral” dentro de éste se presentan las conceptualizaciones del Estrés y como éste se desarrolla en un contexto laboral, así como sus causas, manifestaciones y su impacto en poblaciones laborales activas como los “profesionales de salud” en especial el personal de Enfermería.

El capítulo tres “Enfermería: una población vulnerable” dedicado a describir a la Enfermera en sus distintas facetas, tanto la profesional como la personal y cómo el Estrés afecta su desempeño en estos dos escenarios de desarrollo.

El capítulo cuatro se conforma por todo el aspecto metodológico de la Investigación.

El capítulo cinco describe los resultados de la investigación y la discusión

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) es un problema de tipo social y de salud pública. Se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial.

Los profesionales dedicados al área de la salud se encuentran en constante riesgo de experimentar el Síndrome de “Burnout”, un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales, afectando a los individuos responsables del tratamiento y/o bienestar del usuario. Involucran un deterioro en la ejecución del tratamiento, creando en los profesionales un autoconcepto negativo, actitudes hacia el trabajo y pérdida de interés por los pacientes; es un Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y disminución en la ejecución personal.

ANTECEDENTES

El Síndrome de Burnout se ha descrito en varias profesiones en la que predomina el contacto interpersonal; desde sus orígenes en Norteamérica ha captado la atención a nivel internacional, los principales trabajos fueron traducidos a muchos idiomas y ha estimulado nuevas investigaciones en otros países, así como la comparación cruzada de datos.

En las jornadas sobre el “Burnout” y su prevención (año 1998) en el Hospital Público de Andalucía (España), sobre una población de 25 profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, odontólogos y bioquímicos), que atienden pacientes con VIH/SIDA, los valores globales referidos a estar emocionalmente exhaustos fueron: Alto el 52% Mod.: el 28%, Bajo el 20% despersonalización: Alto: 20%, Mod.: 24%, Bajo 56%; sentimiento de incompetencia: Alto 36%, Mod.: 44%, Bajo 20%. El 50% de los psicólogos tenía un alto nivel de desgaste emocional. El 40% un nivel médico y solo un 10% un nivel bajo. El 75% de los médicos tenía un nivel alto y el 25% un nivel bajo. Entre los kinesiólogos el 50% tenía un nivel alto de desgaste, el 33% un nivel medio y el 17% un nivel bajo. Estos resultados estaban vinculados con la angustia frente a la muerte de la población atendida, la falta de medicamentos y recursos, la ausencia de grupos de apoyo para los profesionales, la dificultad de compartir con otros colegas por el nivel de competencia y como consecuencia, el aislamiento en el trabajo. Es llamativo como entre los psicólogos, solo un 10% tenía un bajo nivel de desgaste emocional y los médicos un 25%, lo que indicaría también una mayor exposición en los profesionales del área de psicología.

Otras investigaciones se han realizado estudiando el “Síndrome de Burnout” y su relación con la depresión, la salud física y el consumo de alcohol, encontrando:

Que el Hospital Público de León (España 1998) en una muestra de 292 profesionales aproximadamente la mitad de los trabajadores presentan puntuaciones medias y altas en el MBI. El 19% (hombre) y el 11% (mujeres) presenta puntuaciones anormales en el cuestionario de Salud General y en la Escala de Depresión de Hamilton. El 1.6% de las mujeres y el 21.1% de los hombres consumen alcohol de forma patológica, según la escala de CAGE. El personal de plantilla especialmente los hombres, tienen mayores niveles de agotamiento emocional que los trabajadores contratados/interinos. El contacto con el público eleva la puntuación de Despersonalización, pero reduce la sensación de inadecuación profesional. La antigüedad en el puesto actual constituye un seguro contra la sensación de inadecuación profesional.

En un estudio se investigó el nivel de "Burnout" en relación con los tres factores anteriores, en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias, a los cuales se les aplicó el Maslach Burnout Inventory. Asimismo, se investigó si existen diferencias significativas en cuanto al sexo, la edad, el estado civil, el tener o no hijos, e tipo de profesión y la especialidad médica.

Como se plantea, existen bastantes y variados estudios de investigación sobre el Síndrome de "Burnout", en México empieza a circular el término "Burnout" entre los profesionales de la salud en el norte del país, en la literatura disponible, se ha encontrado diversas investigaciones realizadas sobre el tema.

JUSTIFICACIÓN

Las personas al ingresar a una Institución de servicios traen consigo una serie de características propias, tanto fisiológicas como de temperamento influenciadas por determinantes de carácter social e histórico y cuyo desarrollo se manifiesta finalmente en los ámbitos en donde se desenvuelve; así, las personas conjuntan las características de su medio y las propias, para lograr un desempeño laboral adecuado o con cierto estrés laboral crónico.

El problema es originado cuando las relaciones interpersonales en el trabajo no son las adecuadas, identificando cuatro indicadores siguientes: La insatisfacción con su rol, experimentar altos niveles de estrés en el trabajo, sentimiento de apatía y claudicación, recibir apoyo inadecuado; según el estudio de YASKO (1983) quien identificó estos predictores del Desgaste o Burnout en un análisis de regresión, y que explicaban el 51.3% de la varianza del nivel de desgaste de las enfermeras (en servicios de oncología), ya que este hace perder sentimientos positivos hacia si mismos y hacia sus pacientes a quienes pueden dirigirse con una actitud cínica y deshumanizada.

Se ha descrito mucho acerca de los enfermos, sobre todo de los terminales, pero poco se ha dicho de los efectos psicológicos sobre el equipo de salud por su trabajo altamente demandante. Es importante comprender qué sucede al médico o a la enfermera, porqué presenta cierta actitud o comportamiento, cómo experimentan el Estrés, las expectativas y las exigencias tan altas de sus pacientes. Tanto los médicos como las Enfermeras son personas que se encuentran en riesgo de experimentar el Síndrome de "Burnout" o agotamiento, debido a que su labor de prestar ayuda se lleva a cabo en un medio estresante, demandante y que involucra situaciones difíciles, como son la enfermedad, el sufrimiento e incluso la muerte. Sin embargo, pocas veces se les brinda el apoyo y la atención necesaria a estos profesionales de salud.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La exposición crónica a los estresores laborales puede llevar a los profesionales de Enfermería a sufrir un “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout), término inicialmente acuñado por Freudenberger en 1974 y posteriormente conceptualizado y definido como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional (referido al vaciado de recursos personales junto con la sensación de que uno ya no tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás), despersonalización (como desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas con quien se trabaja, que en este caso serían los pacientes y los compañeros) y disminución del sentido de realización personal o percepción de que los logros profesionales queden por debajo de las expectativas personales, y supone una auto calificación.

Las principales causas del desgaste profesional o “Burnout”, pueden ser tanto laborales como extralaborales. Y se han encontrado relaciones importantes entre Burnout, profesionales y rol del paciente (Maslach1978), así mismo con la depresión profesional, sexo y cultura entre otras en enfermería.

Del mismo modo que cuando se estudia el estrés, el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) presenta relaciones diferenciales y específicas en función de los servicios en el que las enfermeras desarrollan su trabajo. Por ejemplo, con pacientes cardiacos o en unidades especiales como urgencias entre otras.

La pregunta de investigación que se plantea es la siguiente:

¿Cuál es el nivel de prevalencia e incidencia del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) en los Profesionales de Salud (Enfermería) Hospital General Pachuca que se manifiesta por agotamiento, despersonalización y disminución del sentido de realización personal?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la prevalencia, del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) en profesionales de Enfermería del Hospital General Pachuca a través del análisis del agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentimiento de realización personal e identificar causas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar la prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería.
- Identificar los porcentajes y nivel del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) caracterizado por el agotamiento emocional.
- Identificar los porcentajes y nivel del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) caracterizado por despersonalización.
- Identificar los porcentajes y nivel del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) caracterizado por la disminución del sentido de realización personal.

CAPITULO I.

“SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL” (BURNOUT).

1.1. Antecedentes Históricos.

El “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout), también conocido por “Síndrome del Profesional Quemado”, fue acuñado originalmente por Freudenberger (1974)¹, un psicólogo clínico familiarizado con las respuestas al Estrés de los miembros de una institución de cuidados alternativos de salud, y lo define como *“Un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de realización que no produce el esperado refuerzo”*²; aunque su categorización y difusión se debe principalmente a Cristina Maslach, una investigadora de psicología social, a partir de la segunda mitad de los setenta, cuando estudiaba las formas de afrontamiento emocional en el Trabajo.

En el año 1976, la Psicóloga Cristina Maslach, estudió las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de tipo asistencial. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos³.

La definición más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986: *“Es un Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja*

¹ Freudenberger, H.; Staff Burnout. Journal of Social Sigues 1974; 30: 159-165

² Op. Cit

³ Maslach, C., Jackson SE Maslach Burnout inventory. Manual Research Edition. University, of California. Palo Alto C.A: Consulting Psychologist Press, 1986.

realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajen con personas”⁴. Las tres dimensiones básicas descritas en la definición son: **Agotamiento emocional**. Se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. **Despersonalización o deshumanización** consiste en el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Por último, la **Falta de realización personal** es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. Para Maslach este “Síndrome” se puede dar exclusivamente en profesiones de tipo asistencial, como Enfermería, Médicos y Educadores.

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de tipo asistencial, y consideran que “*Es el Estado de Agotamiento Mental, Físico y Emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes*”. El Agotamiento Físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicósomáticas. El Agotamiento Mental incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y alienación con el trabajo. Por último, Agotamiento Emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y hacia la vida misma. Para Pines, las excesivas demandas Psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales, como en el comercio, en la política o en puestos directivos. Para esta autora, el factor mediador más importante depende de las condiciones laborales objetivas: que faciliten la consecución de los objetivos propuestos, con realización de las expectativas personales, o que el medio laboral sea vivido como frustrante, con predominio de características negativas. Pines destaca la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, de la supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuado y de desarrollo de la carrera profesional. El desarrollo

⁴ Op. Cit

de “Burnout” puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión, a evitar el trato directo con los usuarios a través de la realización de trabajos administrativos o de investigación, o bien el Estrés Laboral puede ser vivido como un reto positivo, que promueve el desarrollo personal. Pines distingue un afrontamiento autorregulador eficaz directo e indirecto (por la búsqueda de soporte social), de un afrontamiento pasivo e ineficiente, de escape, que lleva al “*Burnout*”⁵.

Freudenberger describe que las personas con riesgo a desarrollar “Burnout” son idealistas, optimistas e ingenuas, se entregan en exceso al trabajo para conseguir una buena opinión de si mismos. Este tipo de motivaciones inconscientes pueden producir tan alta motivación y compromiso profesional, como también la pérdida ulterior de sus elevados y costosos ideales, al mal rendimiento laboral, la baja autoestima y el aislamiento relacional. El fracaso en la búsqueda de sentido existencial personal a través del trabajo es la causa básica de la inicial implicación laboral excesiva, como la de la deserción personal ulterior. Para Maslach son las inadecuadas demandas emocionales auto y heteroimpuestas, imposibles de satisfacer las que producen la vivencia de fracaso personal tras desarrollar un excesivo investimento emocional del trabajo⁶.

Para Brill (1984) el “Burnout” *“Es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, es una persona que padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal y que ya no puede conseguirlo de nuevo, no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas”*⁷. En consecuencia, el malestar relacionado con un salario insuficiente, las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente, no se puede interpretar como “Burnout”, porque no

⁵ Pines A. M., Aronson, E.; *Carrer Burnout : Causes and Cures*. Nueva York : Free Press ; 1988

⁶ Freudenberger, H.; *Staff Burnout*. *Journal of Social Sigues* 1974; 30: 159-165

⁷ Brill, P.L; *The need for an operacional definition of burnout*. *Family and Community Health*, 1984. 6:12-24

están mediados por las expectativas y creencias iniciales. Las personas que tienen un menor rendimiento laboral transitorio, y que son capaces de superarse por su propio esfuerzo no se pueden considerar Burned-out. Sin embargo, para Brill el desarrollo de “Burnout” puede tener lugar en cualquier trabajo, y no solo en los que existe un trato directo con el usuario receptor de los servicios laborales⁸.

Para Freudenberger se trata de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas del trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas o exigencias laborales, que determinan un esfuerzo crónico, así como insuficientes refuerzos. Maslach destacó el cambio cualitativo entre la gran motivación e involucración personal inicial, y la pérdida ulterior del interés por las personas con las que se trabaja, con extrañamiento de éstas, de los colaboradores y de la institución.

Tras su introducción, el término “Burnout” ha llegado a ser más popular, con la intención de dar cuenta de una realidad sociolaboral, tanto en las publicaciones profesionales de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías y directivos, como en los medios de comunicación. En las primeras publicaciones se destacaba más la importancia de las diferencias individuales, como de personalidad previa (perfeccionismo, idealismo, excesiva implicación en el trabajo), que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo, incrementándose los seminarios de prevención y de intervención dirigidos a su adecuado afrontamiento.

No podemos sustraernos a la importancia que en los últimos años ha cobrado el tema de la calidad de vida, sobre todo a la hora de plantearse cualquier estudio en el ámbito socio-sanitario. En este contexto, es indudable que uno de los mayores retos que tiene planteado este nuevo milenio, al menos en las

⁸ Op. Cit

sociedades avanzadas, es atender, mejorar y mantener la calidad de vida en los contextos sociolaborales, de ahí se desprende la importancia en la Investigación sobre el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) en personal de Enfermería del Hospital General Pachuca.

1.2. Conceptualización del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).

Es necesario revisar los elementos constitutivos del “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) personal de Enfermería, para identificar y analizar la variable y entenderla como respuesta al Estrés Emocional Crónico. Por lo que se daría inicio a la delimitación conceptual del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).

La expresión estar “Quemado” es empleado coloquialmente para manifestar que se ha perdido la ilusión por el trabajo y que cualquier esfuerzo que se haga para hacer las cosas bien, es poco menos que inútil. El estar “Quemado” es estar agotado emocionalmente y mostrar una fuerte actitud negativa hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol.

El “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) tiene indicadores precisos los cuales son de interés para muchas disciplinas en todos los ámbitos y para la Psicología Organizacional, dado que la salud integral del trabajador es de vital importancia para el desempeño laboral y que sino es tomada en cuenta puede afectar el desempeño laboral y por ende la satisfacción de los empleados. El bienestar y la salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una organización son aspectos imprescindibles pues la calidad de vida laboral y el estado físico y mental que conlleva tienen repercusiones sobre la organización.

Los principales colaboradores con los estudios de “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) proponen que debe tomarse en cuenta la salud del trabajador y por ello es preciso tomar acciones para prevenir que el “Síndrome” se

presente y que es manifestado principalmente en profesionales de servicios, como es el caso del “profesional de salud” (Enfermería) que laboran en el Hospital General Pachuca, esto se debe a que se tiene un contacto directo y diario con otras personas (usuarios), lo cual puede resultar desgastante emocional y físicamente; además se debe tener en cuenta que la frustración que puede generar el mismo trabajo, es otro de los factores que influyen en la presencia del “Síndrome”.

El “Síndrome de Quemarse” es una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y la organización. Dentro de la delimitación conceptual se consideran dos perspectivas:

La primera de ellas que es la ***Clínica***, hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan el contacto directo con personas. Pines y Arosón (1988) lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensación de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo, la vida en general y baja autoestima. También puede ser entendido como un trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos.

La segunda perspectiva es la ***Psicosocial***, Maslach y Jackson (1981) que lo señalan como un “Síndrome” de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. Apunta hacia la consideración como un proceso que se desarrolla por la interacción de características personales. El “Síndrome de Quemarse” como proceso asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez, diferenciada. Desde esta perspectiva el síndrome no debe identificarse como Estrés psicológico, sino que debe ser

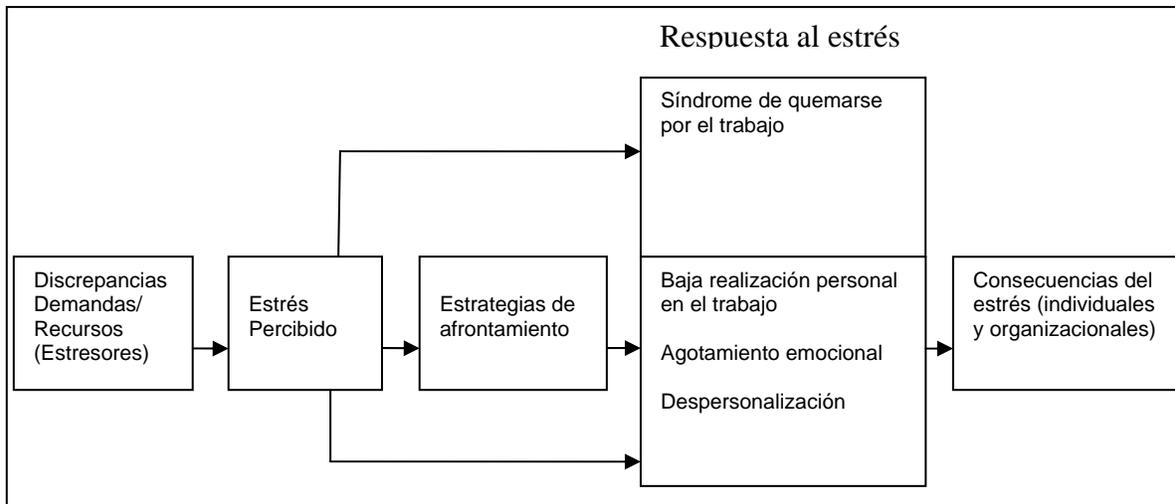
entendido como una respuesta a fuentes de Estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismos. Es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al Estrés generado en la relación profesional-usuario, y en la relación profesional-organización.

Estas dos perspectivas se complementan ya que la perspectiva clínica la ve desde el punto de vista del Estrés y como un resultado del mismo, pero por otro lado se encuentra la perspectiva psicosocial tomando en cuenta el entorno laboral y las variables personales.

Cuando los “profesionales de la salud” (Enfermería), manifiestan el “Síndrome” son incapaces de reconocerlo por ellos mismos, son las personas a quienes atienden las que pueden darse cuenta fácilmente de este tipo de actitudes. La interacción con otras personas (compañeros) también puede influir en la presencia del “Síndrome” y la presencia de nuevas tecnologías genera una mayor exigencia para los profesionales.

Los determinantes del “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) representan un conjunto que no puede separarse ya que puede influir un solo factor o varios factores, pero los factores que más se manifiestan son los referentes al entorno social, los determinantes a nivel organizacional, las relaciones interpersonales y el nivel individual, el “Síndrome” puede generar alteraciones psicosomáticas a nivel individual y también para la organización⁹. Peiró y Salvador (1993), elaboraron el modelo que se presenta en el cuadro 1.1, en la que incluyen el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) como respuesta al Estrés:

⁹ Gil-Monte, P., & Peiró Silla, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.



Cuadro 1.1. Modelo para Integrar el "Síndrome de Quemarse por el Trabajo" dentro del proceso de Estrés laboral

Para poder elaborar la delimitación conceptual del "Síndrome de Desgaste Profesional" (Burnout) los autores hacen una diferenciación del "Síndrome" con otros conceptos, esto genera que la concepción del "Síndrome" se presente de una forma más precisa o clara además de que se evita una ambigüedad en el uso de conceptos por ejemplo: tedio, depresión, alienación, ansiedad, fatiga, etc.

En síntesis, el "Síndrome de Desgaste Profesional" (Burnout) incluye cinco factores característicos comunes a los autores citados:

1. Predominio de síntomas disfóricos y, sobretodo, el agotamiento emocional.
2. Destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente).
3. Suelen presentar síntomas físicos de Estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que, a su vez, median el deterioro de la calidad de vida.
4. Es un "Síndrome" clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se presente en individuos considerados presuntamente normales.

5. Se manifiesta por un menor rendimiento laboral, desmotivación y retirada organizacional.

1.3. Principales Modelos explicativos del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).

La necesidad de explicar el episodio del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) (relaciones antecedentes-consecuentes de sus dimensiones) junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitiesen explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diferentes modelos teóricos “...la característica fundamental de los modelos es que han sido elaborados para explicar la etiología del síndrome de quemarse por el trabajo, entendido como una respuesta al estrés laboral crónico, desde marcos teóricos más amplios o diferentes a la propia teoría del síndrome.”¹⁰ Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del “Síndrome” y discuten a través de qué procesos los “profesionales de la salud” (Enfermería) llegan a sentirse Quemados. Las teorías consideradas provienen principalmente de la Psicología Social (Teoría Sociocognitiva del yo) y de la Psicología de las Organizaciones (Teoría sobre Estrés Laboral) y de la Psicología Clínica (Teoría Psicoanalítica) esta última no ha tenido una continuidad posterior y ha perdido su vigencia. En general, los modelos explicativos han considerado un conjunto importante de variables en su relación con las dimensiones del “Síndrome”. Ello ha permitido arrojar cierta luz sobre sus diferentes aspectos y el posterior desarrollo de hipótesis. Un grupo de modelos han desarrollado en el marco de la teoría Sociocognitiva del yo, las Teorías del Intercambio social y las Teorías Organizacionales, las cuales se consideran como antecedentes del “Síndrome” a las disfunciones del yo, a la falta de salud organizacional, a las variables como la estructura, la cultura y el clima.

¹⁰ Op. Cit.

Para explicar el desarrollo del “Síndrome”, existen distintos modelos que conciben en forma distinta el proceso que sigue el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) así como también las variables que intervienen las principales teorías que se distinguen son:

MARCOS TEORICOS DESDE LOS QUE SE HAN ELABORADO LOS MODELOS	MODELOS SOBRE EL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO
A) Teoría sociocognitiva del yo	+ Modelo de competencia Social de Harrison (1983)
B) Teorías del 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) ¹¹

Cuadro 1.2. Taxonomía de Modelos sobre el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”

1.3.1. “Teoría Sociocognitiva del Yo”

La teoría de Albert Bandura analiza los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano. “...en esta teoría existe una serie de procesos de asociación mediante los que las representaciones simbólicas se traducen en acciones adecuadas...”¹². Los modelos elaborados para explicar la etiología del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” según A. Bandura son las siguientes:

¹¹ Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1995). El síndrome de burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral.

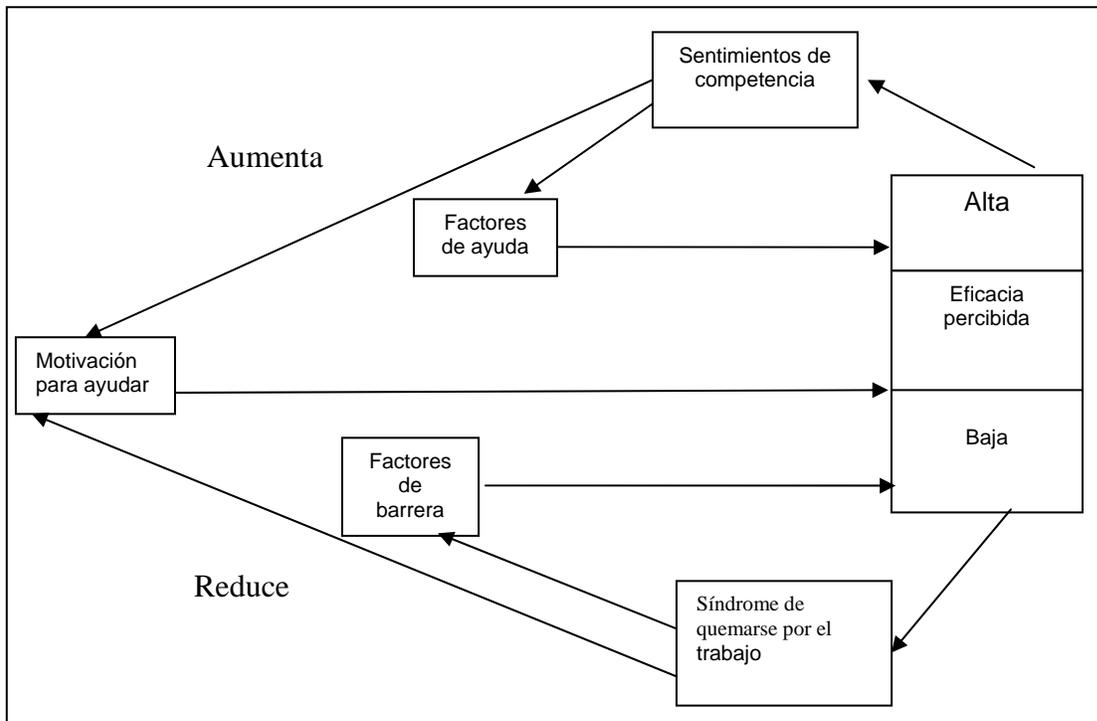
¹² Op. Cit

- a. Las cogniciones de los “profesionales de la salud” (Enfermería) influyen en lo que estos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás.

- b. La creencia o grado de seguridad de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad para conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales como la depresión o Estrés, que acompañan a la acción.

1.3.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)

Harrison (1983) señala que algunos de los principales factores asociados en la literatura al “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) son la competencia y la eficacia percibida. A partir de este planteamiento, asume que el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” es fundamentalmente una función de la competencia percibida. Ver cuadro 1.3.



Cuadro 1.3. Modelo de Competencia social de Harrison (1983)

Para este autor la mayoría de los sujetos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Sin embargo, en su entorno laboral se encuentran con una serie de circunstancias que Harrison califica como Factores de ayuda, cuando facilitan la actividad del sujeto, o Factores barrera, cuando la dificultan. Entre estos factores están la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la Institución, la capacitación profesional (conocimientos y preparación), la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobre carga laboral, etc.

Según este modelo en un principio la motivación para ayudar va a predeterminar la eficacia del sujeto en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación del sujeto mayor eficacia laboral. Además, si en el entorno existen factores de ayuda, esta efectividad crecerá y redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del sujeto.

Dado que estos sentimientos son altamente reforzantes para estos profesionales, pueden ser considerados como un gran factor de ayuda, de manera que aumentarán y mantendrán los sentimientos de eficacia e influirán en forma positiva en la motivación para ayudar.

Por el contrario, cuando los sujetos se encuentran en el entorno laboral son factores barrera los sentimientos de eficacia, disminuyen, porque el sujeto no acaba de conseguir sus objetivos y esto afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout), que por retroalimentación facilita el desarrollo de los factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar.

Harrison (1983) señala que el modelo de competencia social es especialmente aplicable a los sujetos que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre la consecución de los 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.

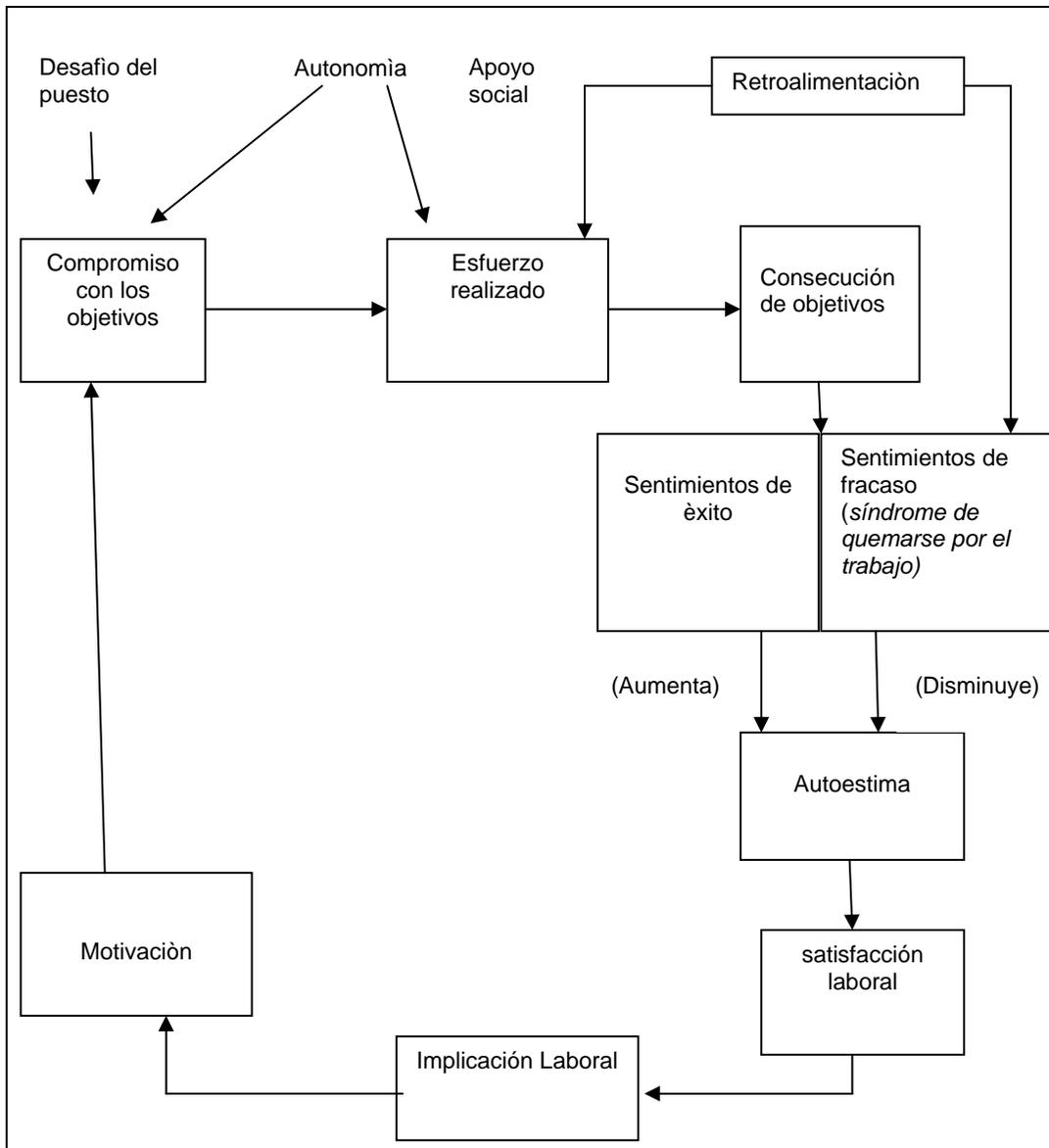
Pines (1983) ha desarrollado un modelo similar al de Harrison con la excepción de que Pines incorpora la idea de que sólo los sujetos que intentan darle un sentido de existencia a su trabajo llegarán a “Quemarse”, por sentido existencial el autor entiende aquellos casos en los que los profesionales justifican su existencia por la labor de carácter humanitario y de ayuda que desarrollan en su trabajo. Esta justificación hace que la vida tenga sentido para el sujeto, pues las cosas que hace son útiles e importantes.

1.3.1.2. Modelo de Cherniss (1993)

Este modelo explica las relaciones entre el desempeño de tarea, 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 de las ideas de Bandura (1989) sobre autoeficacia para explicar la etiología “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).

La motivación y la satisfacción laboral aumentan cuando una persona experimenta sentimientos subjetivos de éxito en la relación de una tarea, aunque objetivamente esa tarea no este bien realizada. Los sentimientos subjetivos de éxito llevan a que el sujeto se implique más en el trabajo, alcance objetivos más retadores y sienta más autoestima. Por el contrario, cuando un sujeto no experimenta éxito tiende a desconectarse y a huir. En estas situaciones, en las que el sujeto experimenta sentimientos de fracaso se retira emocionalmente de la situación, disminuye su ejecución, aumenta su apatía y desinterés, se vuelve más materialista y desprecia el valor de las recompensas intrínsecas del puesto, defiende su autoconcepto a través de mecanismos de defensa, se enfrenta a la organización y al final termina abandonándola.

Cherniss señala que el concepto de sentimientos de fracaso, describe adecuadamente los síntomas que posteriormente se han identificado como “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en el Trabajo). Ver cuadro 1.4.



Cuadro 1.4 Modelo Explicativo de Cherniss (1983)

Además, las características 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 nivel elevado de desafío, autonomía y control, retroalimentación de los resultados, y apoyo social del supervisor y de los compañeros de trabajo.

Según Cherniss (1993) es posible establecer una relación causal desde la

incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”. Para ello el autor incorpora la noción de “autoeficacia percibida” de Bandura (1989), “...entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afecten...”¹³ el papel central de la autoeficacia en la etiología del “Síndrome” permite explicar por qué ciertas características del entorno laboral, tales como la baja autonomía, conducen especialmente al “Síndrome”. El éxito y el logro de los objetivos personales por uno mismo aumenta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en alcanzar estos objetivos conlleva sentimientos de fracaso, baja autoeficacia y puede dar lugar al desarrollo del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).

Para Cherniss, se puede afirmar que existe una unión entre sentimientos de autoeficacia, compromiso, motivación y Estrés. Los sujetos con dinámicos sentimientos de autoeficacia percibida experimenta 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 Quemarse por el Trabajo” es una respuesta al Estrés, la relación entre autoeficacia y Estrés sugiere además una relación con el “Síndrome de Quemarse”.

1.3.1.3. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Han elaborado un modelo explicativo del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” basado en el modelo de autocontrol desarrollado por Caver y Scheier (1988) para explicar el proceso de Estrés. Partiendo de este modelo, Thompson y col. (1993) circunscriben la etiología del “Síndrome” a cuatro variables:

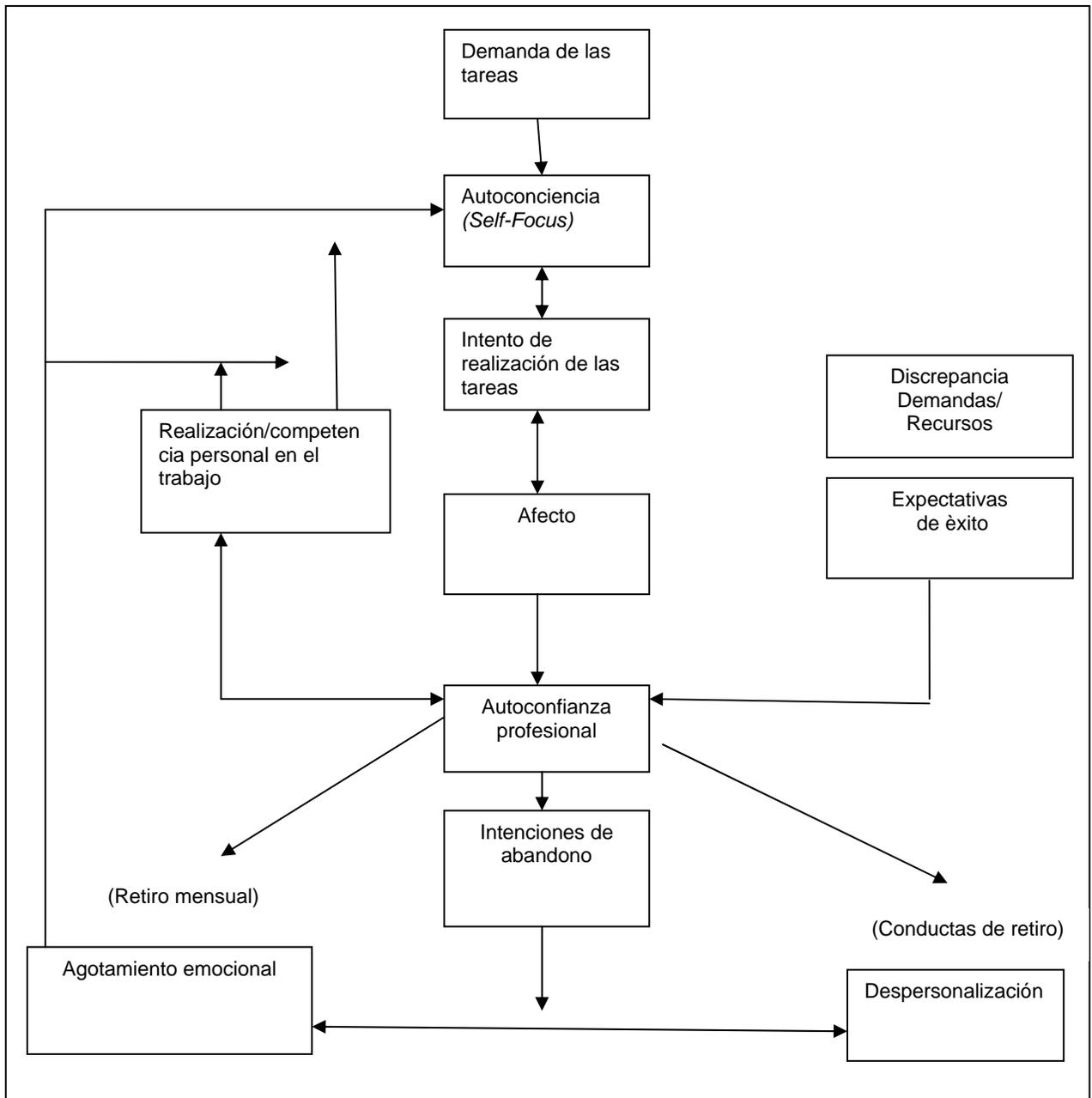
¹³ Op. Cit.

- a. las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto,
- b. el alto nivel de autoconciencia (“self-focus”) del sujeto,
- c. las expectativas de éxito, y
- d. los sentimientos de autoconfianza.

En este modelo “...la autoconciencia desempeña un papel fundamental en la etiología del síndrome...”¹⁴ es considerada un rasgo de personalidad, y se conceptualiza como la capacidad del sujeto de autorregular sus niveles de Estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo. Los sujetos con alta autoconciencia se caracterizan por una tendencia exagerada a autoperibirse y concentrarse en su experiencia de Estrés, por lo que perciben mayores niveles de Estrés que los sujetos con baja autoconciencia.

El modelo de Thompson y col. (1993) 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 el estado anímico (afecto) que consecuentemente, redundará en una falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias, y en bajos sentimientos de realización personal del trabajo. Ver cuadro 1.5.

¹⁴ Op. Cit.



Cuadro 1.5 Modelo de autocontrol de Thompson y col (1993)

Cuando la consecución de los objetivos aparece continuamente frustrada, los sujetos que puntúan alto en el rasgo de autoconciencia y pesimismo tienden a resolver las dificultades retirándose de manera mental o conductual de la situación problemática. El retiro conductual de los “profesionales de salud” (Enfermería) denota una tendencia a abandonar progresivamente los intentos de reducir las

discrepancias percibidas en el logro de los objetivos profesionales. Las conductas de despersonalización son consideradas en este modelo como un patrón de retiro conductual. Pero además, cuando los profesionales no pueden desarrollar estas conductas de abandono experimentan sentimientos de desamparo profesional que pueden dar lugar a un retiro psicológico. Dentro de este tipo de retiro encuadran los sentimientos de agotamiento emocional.

La existencia de rasgos intensos de autoconciencia y pesimismo en los “profesionales de salud” (Enfermería) que permanecen en sus profesiones, potencia el retiro del esfuerzo que deberían invertir para resolver las discrepancias, lo que supone una forma de distanciamiento frente a la experiencia o al riesgo de experimentar emociones negativas. Thompson y col. (1993) “...señalan que altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida...”¹⁵

1.3.2. “Teoría del Intercambio Social”

Las teorías de intercambio social parten de los principios teóricos de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993) o de la teoría de la conservación de recursos (modelo de Hobfoll y Fredy, 1993), y proponen que el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) tiene su etiología, esencialmente, 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 salud” (Enfermería) establecen relaciones de intercambio con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la institución, y en estas relaciones, las expectativas de equidad o ganancia sobre estos intercambios juegan un papel importante. Cuando

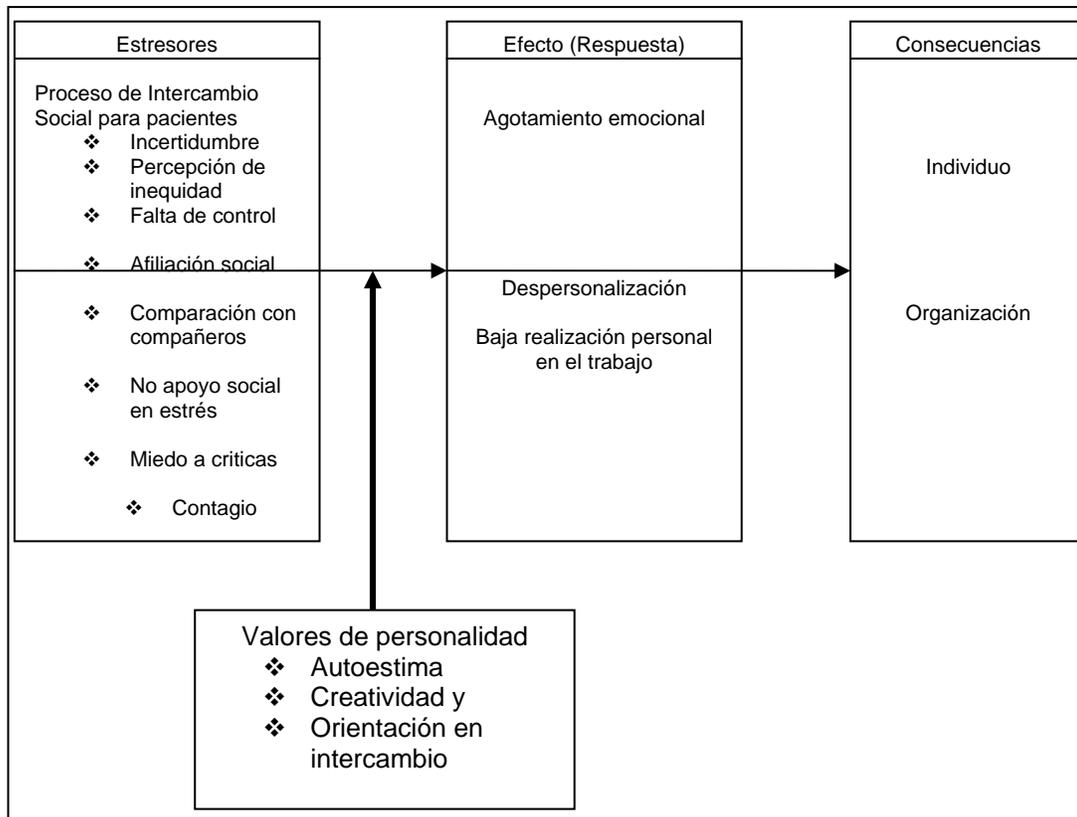
¹⁵ Op. Cit.

de manera prolongada los sujetos 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”.

1.3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993).

Dentro de las teorías del intercambio social es necesario considerar el Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli el cual se aplica a la población de Enfermería de Hospital General; explica la etiología del “Síndrome” en profesionales de Enfermería señalando que el síndrome tiene una doble etiología:

1. Los procesos de intercambio social con los pacientes.
2. Los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros. Ver cuadro 1.6.



Cuadro 1.6. Modelo de comparación social del Síndrome de Quemarse por el Trabajo de Buunk y Schaufeli (1993)

En relación a los procesos de intercambio social con los pacientes, en el contexto laboral de los profesionales de Enfermería, los autores identifican tres variables relevantes para el desarrollo del “Síndrome”: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control.¹⁶

Para Buunk y Schaufeli el rol de Enfermería genera bastante incertidumbre, pues los profesionales experimentan dudas con relativa frecuencia sobre hasta qué punto se deben implicar con los pacientes, sobre cómo tratar con sus pacientes, o inseguridad sobre si están haciendo las cosas de manera adecuada. Además las expectativas de recompensa y equidad de los profesionales aparecen

¹⁶ La incertidumbre, se refiere a la falta de claridad sobre lo que uno piensa y siente sobre como debe actuar.

frustrados frecuentemente, pues los pacientes suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta recompensantes.

De este modo, el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) puede ser conceptualizado como una respuesta al Estrés laboral percibido, que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por “los profesionales de la salud” (Enfermería) no son eficaces para reducir el Estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el Estrés percibido y sus consecuencias.

Estos supuestos se presentan en los “Profesionales de la salud” de (Enfermería) que laboran en el Hospital General Pachuca, ya que se ven forzados a implicarse durante muchas horas en los problemas y preocupaciones de las personas con las que se relacionan profesionalmente, esta relación se presenta cargada con muy diversos sentimientos, tales como la preocupación, el miedo, el rechazo, el odio, la desesperación, etcétera. Esta interacción se presenta ambigua y frustrante, en consecuencia el profesional de la salud va acumulando un Estrés Crónico que puede cansarle emocionalmente y finalmente llevarle a una situación de sentirse agotado o quemado “Síndrome del Estrés Laboral Asistencial” (Burnout).

1.3.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)

La base de estos autores es la teoría de la conservación de recursos elaborada por Hobfoll (1989) para explicar el desarrollo del Estrés. “Esta teoría afirma que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado...”¹⁷ de tal modo que los motivadores constituyen los recursos, entendiendo por tal la posesión de objetos o condiciones

¹⁷ Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1995). El síndrome de burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral.

de valor, características de personalidad, o energía para el desempeño de las actividades cotidianas. Los Estresores Laborales por tanto amenazan los recursos de los sujetos al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional.

Estos autores resaltan la importancia de las relaciones con los demás (supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y sus consecuencias como fuente de Estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia.

Según Hobfoll y Fredy (1993), los sujetos se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos dado que es más importante tener unos niveles mínimos que conseguir recursos extras. "...la pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del síndrome de quemarse..."¹⁸no obstante, la ganancia de recursos es también importante dado que disminuye la posibilidad de pérdidas. El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los sujetos también influirá sobre el "Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (Burnout), dado que el modelo está basado en una teoría de corte motivacional, los autores señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo disminuirá los sentimientos de "Quemarse" pues conllevan una ganancia de recursos.

Hobfoll y Fredy (1993) señalan que para prevenir el "Síndrome de Quemarse por el Trabajo" hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan un desempeño eficaz del trabajo y, en menor medida, cambiar las percepciones y cogniciones de los sujetos. Si los sujetos consiguen evitar la pérdida de recursos o aumentar los ya poseídos, cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera positiva y, consecuentemente, disminuirán los niveles de Estrés percibido y del "Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (Burnout).

¹⁸ Op. Cit.

1.3.3. Modelos elaborados desde la Teoría Organizacional.

Una de las características comunes de los modelos elaborados desde el marco de la teoría organizacional es su énfasis en la importancia de los Estresores del contexto de la institución y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de “Quemarse”. Todos ellos incluyen el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” como una respuesta al Estrés Laboral.

VARIABLES como la estructura organizacional, el clima organizacional, las disfunciones de rol o el apoyo social percibido, juegan un papel relevante en la etiología del “Síndrome”. Junto a estas variables, el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces para manejar los Estresores y la respuesta negativa determinarán la aparición y el desarrollo del “Síndrome” en el sujeto.

1.3.3.1. Modelo de Golembieswski, Munzenrider y Carter (1983)

Para Golembieswski y col. (1983), el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” es una respuesta al Estrés Laboral que tiene tres dimensiones:

- a. Despersonalización,
- b. Baja realización personal en el trabajo y
- c. Agotamiento emocional.

Entienden estos autores que el “Síndrome” es un proceso en el que los “profesionales de la salud” (Enfermería) pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo con una forma de respuesta al Estrés Laboral y a la tensión que les genera. El Estrés Laboral, en relación al “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout), está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral “...cuando existe demasiada estimulación y reto en el puesto...”¹⁹ y por pobreza

¹⁹ Op. Cit.

de rol, es decir, cuando las posiciones en las que existe muy poca estimulación y reto.

En ambos casos los sujetos sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de Estrés Laboral el “profesional de la salud” (Enfermería) desarrolla estrategias de afrontamiento. Para Golembieswsky y col. (1983) estas estrategias pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante. Ahora bien, este distanciamiento puede tener un carácter constructivo cuando el “profesional de la salud” (Enfermería) no se implica en el problema del usuario aunque le entiende sin eliminar la empatía, o por el contrario un carácter contraproducente que se refiere cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona.

En este caso se habla de “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout), pues el distanciamiento contraproducente se corresponde con la variable conceptualizada como actitudes de despersonalización. Se considera desde este modelo que el “profesional de la salud” (Enfermería) inicialmente trata de resolver las situaciones de forma constructiva, la persistencia de las condiciones de sobrecarga o pobreza de rol le llevan a tratar a los demás objetos. El resultado pues, es el desarrollo de actitudes de despersonalización que corresponden a la primera fase del episodio del “Síndrome”. Posteriormente el sujeto desarrollará una experiencia de baja realización personal en el trabajo y más largo plazo agotamiento emocional. Cuando el sujeto se encuentra en las fases avanzadas del “Síndrome”, y como consecuencia de éste, disminuye su satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral, con la consiguiente pérdida de la productividad “...el sujeto experimenta más tensión psicológica y problemas psicosomáticos...”²⁰.

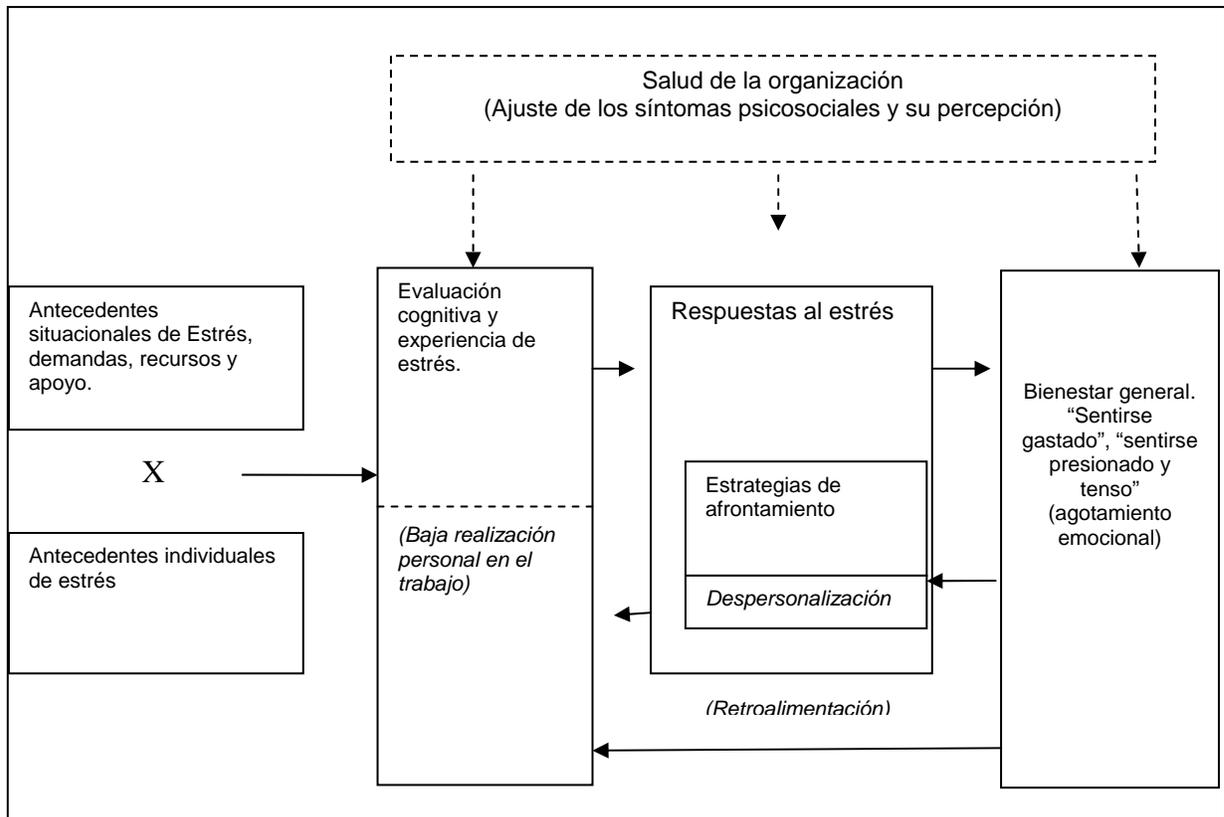
²⁰ (Golembieswsky, Hilles y Daly, 1987)

Golembieswski y col. (1983) señala, a diferencia de otros autores como Maslach y Jackson, entre otros, que el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, no exclusivamente en aquellos que trabajan en contacto directo con los receptores de su trabajo. De hecho, en una gran parte de sus trabajos emplean como sujetos muestras de directivos, vendedores o profesionales que no trabajan en servicios.

1.3.3.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)

El modelo de Cox y col. (1993) aborda el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) desde la perspectiva transaccional del Estrés Laboral. Los autores parten del modelo transaccional de Estrés Laboral de Cox y col., para explicar cómo surge el “Síndrome” y consideran que éste es un episodio particular dentro del proceso de Estrés Laboral que se da específicamente entre profesionales de los servicios humanos.

Leiter y col. (1988), el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” es entendido como una respuesta al Estrés Laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el “profesional de la salud” (Enfermería) resultan eficaces para manejar el Estrés Laboral y sus efectos. En este modelo se ven influidas como variables “sentirse gastado” que se refiere a sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional y “sentirse presionado y tenso” que tiene que ver con sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad. Estas variables, indicadores de bienestar, son una parte de la respuesta al Estrés Laboral, y están en relación directa con los procesos de evaluación de los Estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el “profesional de salud” (Enfermería) con las respuestas de afrontamiento, y con sus efectos sobre la situación y el “profesional de salud”. Ver cuadro 1.7.



Cuadro 1.7. Adaptación del modelo Transaccional de Cox y col. (1993)

La despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento que surge frente a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son un resultado de la evaluación cognitiva del sujeto sobre su experiencia de Estrés, y tienen que ver con el significado del trabajo o con las expectativas profesionales frustradas.

Cox y col. (1993) hipotetizan que “la salud de la organización” puede ser una variable moduladora de la relación Estrés Laboral-“Síndrome de Quemarse por el Trabajo”. Esta variable viene determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos, son percibidos coherentemente por sus miembros. Este constructo ha sido identificado como antecedente de los niveles de Estrés. Asimismo Cox y col. (1993) apuntan que la realización personal

en el trabajo podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional ejercen sobre las actitudes de despersonalización. No obstante, no se ha tenido evidencia empírica sobre esa hipotética relación.

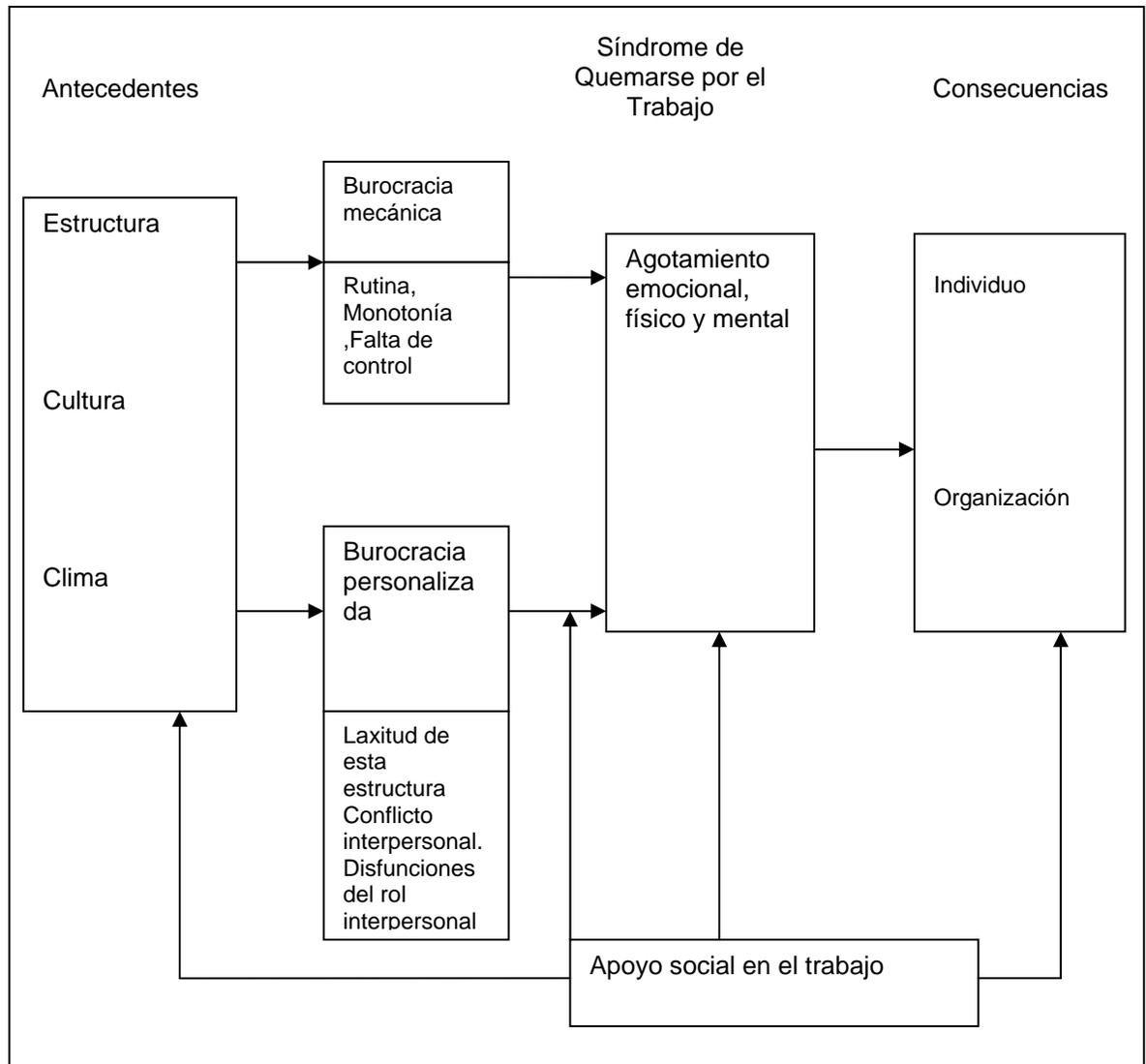
1.3.3.3. Modelo de Winnubst (1993)

Winnubst, adopta la conceptualización que Pines y Aronson (1988) elaboran sobre el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, y señala que es un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental resultado de la tensión emocional crónica derivada del Estrés Laboral.

Por tanto, desestima la conceptualización tridimensional del “Síndrome” elaborada por Maslach y Jackson (1981). No obstante, Winnubst “...apunta también que no sigue la diferenciación establecida por Pines y col. (1981), según la cual el síndrome de quemarse es específico de los profesionales de la salud mientras que el tedio se aplica a otros profesionales...”²¹ además este autor toma como referencia los trabajos de Golembieswski y colaboradores y considera que el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de las organizaciones de servicios de ayuda.

Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura y clima organizacional, y apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, este autor señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Ver cuadro 1.8.

²¹ Op. Cit.



Cuadro 1.8. Modelo de Winnubst (1993) sobre el "Síndrome de Quemarse por el Trabajo".

Los antecedentes del "Síndrome" varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional, el apoyo social en el trabajo afecta de manera importante en la percepción del sujeto acerca de la estructura organizacional.

Winnubst elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

1. Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a este tipo de estructura.
2. Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
3. Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
4. Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”.

A través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central a cara a la intervención sobre el “Síndrome”.

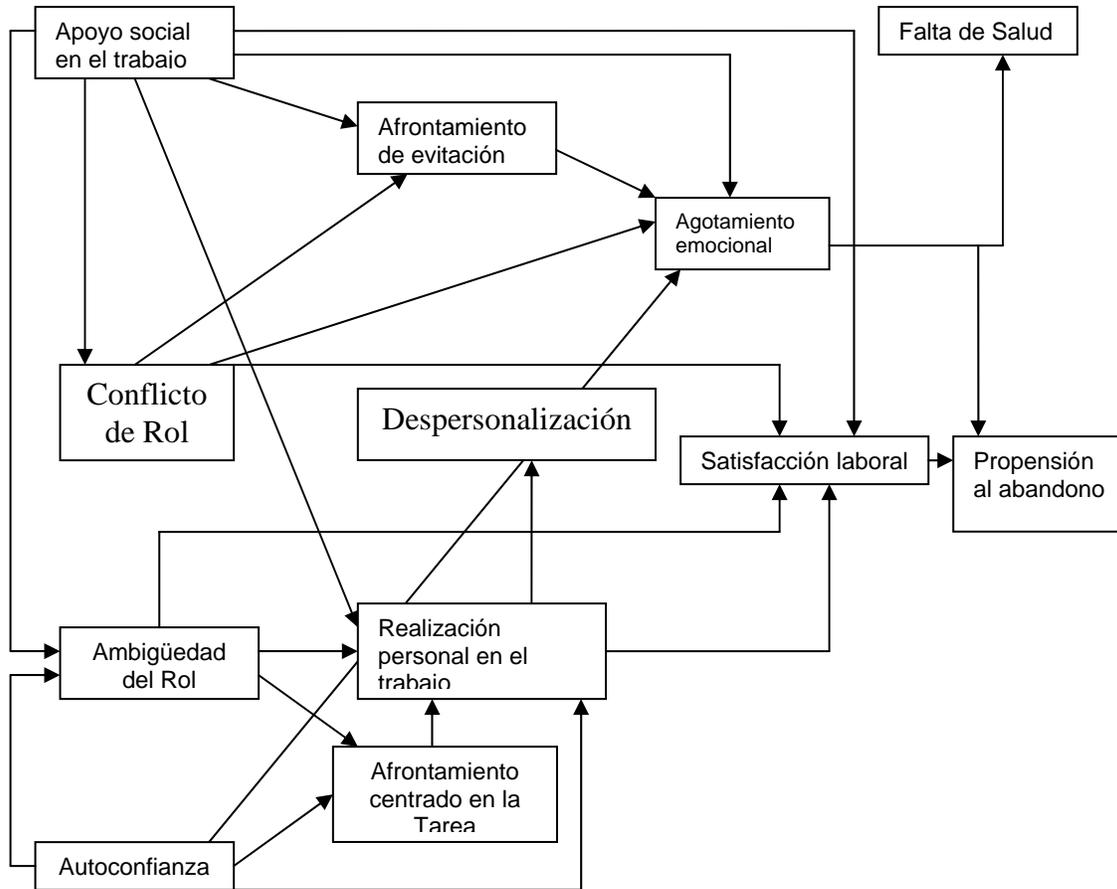
1.4. Modelo Estructural sobre la Etiología y el Proceso del “Síndrome” considerando antecedentes de Nivel Personal, Interpersonal y Organizacional

En la descripción de los modelos explicativos sobre el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” se han analizado tres líneas de investigación. La primera de ellas resalta la importancia de las variables personales en la etiología del “Síndrome”. Desde esta perspectiva se enfatizan las variables como los sentimientos de competencia (Harrison, 1983), el sentido existencial que se alcanza a través de la realización del trabajo (Pines, 1993), la autoeficacia (Cherniss, 1993), y los niveles de autoconciencia del sujeto (Thompson y col. 1993). La segunda línea de investigación hace hincapié en los procesos de

interacción social y sus consecuencias para los profesionales. En ella se resalta la importancia que tienen la percepción de relaciones equitativas por parte del sujeto (Buunk y Schaufeli, 1993), y que estas no supongan ningún tipo de amenaza o pérdida (Hobfoll y Freedy, 1993). La tercera línea destaca la importancia de las variables del entorno laboral en la etiología del “Síndrome”, en especial las disfunciones de rol (Golembiewski y col. 1983), los problemas derivados del tipo de estructura organizacional (Winnubst, 1993), y el clima organizacional (Winnubst, 1993). En algunos casos, también se destaca la importancia de las estrategias de afrontamiento (Golembiewski y col. 1983; Cox y col. 1993).

Después de la revisión de cada uno de los modelos que explican la etiología del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) se considera que parece no haber una explicación única que complete y satisfaga una perspectiva sobre la etiología del “Síndrome”. Por el contrario, esta explicación pasa por integrar variables recogidas en las tres perspectivas.

De estas consideraciones, Gil-Monte y col. (1995) han elaborado un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) ya que a falta de estudios longitudinales que confirmen el modelo, los resultados obtenidos a través de ecuaciones estructurales presentan que las variables consideradas y su secuencia pueden dar una explicación adecuada de la etiología y del proceso del “Síndrome”. De este modo, el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” puede ser conceptualizado como una respuesta al Estrés Laboral percibido que surgen tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los “profesionales de la salud” (Enfermería) no son eficaces para reducir ese Estrés Laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el Estrés Laboral percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización,...). Ver cuadro 1.9.



Cuadro 1.9. Modelo estructural sobre antecedentes y consecuencias del "Síndrome de Quemarse por el Trabajo" elaborado por Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)

1.5. La Medida y el diagnóstico del "Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (Burnout)

Desde que el concepto de "Quemarse por el Trabajo" que apareció en la literatura de corte psicológico, hace más de dos décadas, se ha propuesto diferentes instrumentos para estimarlo. En un principio se evaluó el "Síndrome" a través de la observación clínica, posteriormente fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación. Sin embargo la mayoría de estos métodos sólo han sido utilizados en forma ocasional. Las escalas de estimación son el único instrumento que ha sido

utilizado por los investigadores de forma más o menos exitosa, como un criterio de medida para evaluar los cuestionarios y en consecuencia el instrumento más utilizado para evaluar el “Síndrome” actualmente es el cuestionario.

Los principales colaboradores de las investigaciones sobre el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) en personal de la salud (Enfermería) mencionan que el principal problema para poder conseguir las medidas más fiables y validas para la medición del “Síndrome” es la vaguedad que existe en cuanto a la definición y conceptualización del “Síndrome”, es por ello que se mencionan distintos instrumentos que evalúan el “Síndrome”, cada uno de ellos se concibe desde una perspectiva distinta pero también es importante señalar que todos ellos poseen la validez y la confiabilidad requerida para un instrumento de evaluación.

Existen diversas técnicas que nos permiten la medida y el diagnóstico del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, se han utilizado diversos cuestionarios auto administrables para que la persona pueda evaluar la forma en que se encuentra inmerso pero cada uno de ellos ha sido aplicado en poblaciones específicas y con objetivos específicos, es por ello que actualmente el instrumento más utilizado es el MBI.

Algunos cuestionarios populares de autoevaluación han aparecido en los últimos años, sin estudios empíricos ni psicométricos. Un segundo tipo de cuestionarios son aquellos que han sido empleados con poca frecuencia, casi siempre en determinadas profesiones de ayuda, aunque sus ítems e indicadores han sido probados con cierto rigor. Entre ellos están 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 Burnout usados más frecuentemente son: el Staff Burnout Scale for Health Professionals: SBS-HP, el Tedium Measure: TM, o BM, y el Maslach Burnout Inventory: MBI.

El SBS-HP fue desarrollado por Jones (1980, 1982) para evaluar el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) en “profesionales de la salud” (Enfermería), en base a su conceptualización esencial como “Síndrome” de agotamiento físico y emocional. Tiene 30 ítems en escalas de 6 grados, en las que el sujeto indica una medida de acuerdo con cada proposición: 20 ítems son para evaluar el “Burnout” y 10 son de una escala de sinceridad, se han hallado 4 factores: insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad y tensión y falta de relaciones profesionales con los pacientes (Jones, 1982). Tiene propiedades psicométricas aceptables, demostradas en varias muestras de “profesionales de la salud” (Enfermería), con modificación de sus ítems se ha utilizado en otras profesiones de ayuda: supervisores, trabajadores sociales y funcionarios (Brookings y cols, 1985). Posee una visión más amplia del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) que otros cuestionarios elaborados posteriormente, como el BM y MBI, incluye entre las dimensiones variables que en realidad constituyen antecedentes y consecuentes del “Burnout”.

El TM fue elaborado por Pines y cols (1981) sobre la base de su conceptualización del “Burnout” como un estado de fatiga emocional, cercana al tedio. Estos autores distinguían inicialmente el tedio, como el resultado de tensiones que aparece en profesiones que no son de ayuda, del “Burnout”, como resultado de presiones emocionales crónicas e implicación en profesiones de ayuda, por lo que el TM evaluaría indistintamente uno u otro concepto, dependiendo del tipo de profesionales a los que se aplicara. Posteriormente, abandonaron esta diferenciación entre tedio y “Burnout” y ampliaron su concepción de este último, que ahora incluye al tedio. Como consecuencia, el TM pasó a ser denominado "Burnout Measure" (BM).

El BM está integrado por 21 ítems, en 3 subescalas: agotamiento físico, emocional y mental, de 7 ítems cada una, valorados en una escala de 7 grados. La puntuación de las 3 dimensiones se combina en una puntuación única. Ha mostrado buena consistencia interna, alta fiabilidad test-retest y validez convergente con el MBI (Pines, Aaronson, 1988; Schaufeli, Dierendonck, 1993; McCranie y cols, 1987). Gil-Monte y Peiró (1997) señalan dos críticas fundamentales al BM: 1) sólo evalúa sentimientos de AE, descuidando las variables actitudinales del “Síndrome”, y 2) a pesar de su base conceptual, el BM es un instrumento unidireccional, que no operacionaliza adecuadamente la definición de los autores.

El instrumento usado con mayor frecuencia para evaluar Burnout es el MBI, elaborado por Maslach y Jackson (1981-1986). Con su aparición casi se normaliza el concepto tridimensional de BO. Tiene 22 ítems tipo Lickert. Inicialmente tenía una escala de frecuencia (7 grados) y otra de intensidad (8 grados), al obtener correlación intensa entre ambas y al solapar, se decidió retener sólo la de frecuencia. Los 3 factores ortogonales obtenidos corresponden a las dimensiones del “Burnout”. 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 consistencia interna del MBI en grandes muestras. Brookings y cols (1985), entre otros han obtenido 2 factores en vez de 3, en otros estudios aparece un cuarto factor (Firth y cols, 1985; Green, Walkey, 1988). Además, algunos ítems parece que son factorialmente ambiguos (Golembiewski y cols, 1983; Green, Walkey, 1988). Oliver (1993) obtuvo 3 factores que explicaban 53.13 % de la varianza. Sin embargo, García y cols. (1994) con trabajadores hospitalarios, obtuvieron 7 factores que explican el 61 % de la varianza total. Resultados similares (7 factores) obtuvo Olmedo (1993) con profesionales de la salud. Moreno y cols (1992) han reproducido la estructura trifactorial del MBI, en una versión que mantiene los 9 ítems de AE y los 8 ítems de la FRP, pero a diferencia de la escala original, la subescala de DP quedó reducida a 3 ítems, más adelante estos autores mejoraron la subescala de DP. Sobre la validez concurrente, Maslach y Jackson (1986) obtuvieron correlaciones significativas con estimaciones de la esposa o compañeros de trabajo en escalas conductuales. Parece ser que la puntuación global del MBI mide parcialmente el mismo constructo que el TM, el SBS-HP y el MBA, siendo el 25 % la varianza que estos instrumentos explican en el MBI (Schaufeli y cols, 1993). 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 Burnout en diferentes profesiones y países: Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Jordania, Zimbabwe, etc. (Gil-Monte, Peiró, 1997). Se le han objetado problemas en la traducción, lo que puede explicar diferentes valores psicométricos encontrados y disparidad en los estudios. Se imponen, realmente, estudios transculturales, obviando esta dificultad.

Aunque el MBI fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud, se han realizado luego otras adaptaciones: el Educators Survey (ES) o MBI forma Ed. de Schwab, para maestros y profesores (sustituye la palabra "paciente" por "alumno"), que ha obtenido buenos valores psicométricos en varios estudios (Iwanicki, Schwab, 1986) y el College Student Survey (CSS), de Gold y cols. Golembiewski y cols (1988) adaptaron también el MBI para directivos y profesionales que no son de servicios de ayuda, en 23 ítems. Por otra parte, han utilizado la versión de 22 ítems, reemplazando el término "paciente" por "compañero", obteniendo aceptables valores psicométricos para las subescalas. La versión hispana más empleada en Cuba ha sido el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), elaborada por Moreno y cols (1992), compuesto por 21 ítems 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.

El Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP), con 75 ítems, 2 preguntas abiertas, 11 descriptores de salud física y 9 referencias sociodemográficas y profesionales, ha obtenido valores aceptables de consistencia interna, validez concurrente, discriminante y factorial en profesores de enseñanza media (Oliver, 1993)²².

Como puede inferirse, existe una gran variedad de instrumentos, ya que no hay unidad de criterio sobre qué es el síndrome, qué variables agrupa, en qué tipo de profesionales ocurre y cómo se desarrolla. Su conceptualización como constructo tridimensional, permite clasificar como sujetos quemados a quienes pueden tener características diferentes por puntuaciones disímiles en las dimensiones (en dependencia de cuál sea la dimensión considerada clave); por otra parte, se toman como conceptos sinónimos constructos dispares entre sí, que no covarían necesariamente. A su vez, evaluarlo como constructo unidimensional,

²² Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (30 ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

supone perder la perspectiva de “Síndrome”. Es necesaria una mayor elaboración conceptual para unificar criterios sobre su medición.

Con profesionales de Enfermería, según los estudios de Gil- Monte y Peiró (1997) las puntuaciones más altas aparecen en la escala de despersonalización esto se debe a las exigencias de su labor y en base a las expectativas que ponen sobre las mismas además de que se ponen en marcha distintas variables que intervienen en el “Síndrome” y que entran en juego para su desarrollo.

1.5.1. Desencadenantes y Facilitadores del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).

En lo referente a los desencadenantes y facilitadores del “Síndrome” pueden considerarse diversos aspectos que se combinan mediante el entorno social, el entorno laboral y el propio sujeto, cada uno de estos factores pueden contribuir al desarrollo del “Síndrome” y para la percepción del mismo, por ello es necesario conocerlos para determinar el grado en que afecta cada uno para el “Síndrome” y en específico para cada uno de los indicadores para que se puedan desarrollar acciones preventivas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida laboral de los trabajadores y principalmente de los “profesionales de los servicios de salud” (Enfermería), ya que lo que se busca es el desarrollo óptimo tanto del ser humano como la prestación del servicio para los usuarios destinatarios y para que este trato no pierda su esencia y su objetivo que es el de dar ayuda a otras personas con características similares.

El “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) puede ser entendido como una experiencia resultante de la combinación de estresores originados por el entorno social, el entorno individual y el entorno laboral. Variables de carácter

demográfico, el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos en el trabajo, disfunciones en el desempeño del rol, clima laboral, contenido del puesto y características de personalidad, entre otras, han sido estudiados como antecedentes o facilitadores del “Síndrome”.

Uno de los principales factores que se pueden ver inmiscuidos para el desarrollo del “Síndrome” es la antigüedad en el trabajo que puede estar estrechamente relacionado con la jornada y el turno de trabajo. Otro tipo de factores de primordial importancia son los de tipo demográfico dentro de los cuales se encuentra: el sexo, la edad, el estado civil, etc.

Este factor puede verse grandemente influenciado en la investigación mediante el reconocimiento de estas características ya que al final pueden resultar como un indicador para el desarrollo del “Síndrome”.

Sin embargo identificar los facilitadores y desencadenantes del “Síndrome” no es una tarea dado que todas las personas son distintas y presentan variabilidad más sin embargo puede elaborarse un conjunto de predictores del síndrome además de la identificación de los ámbitos en los que es más fácil que se desarrolle el “Síndrome” o agrupar áreas en donde se produce estrés y por lo tanto se lleva a la experiencia de quemarse en los profesionales. También se pueden identificar determinadas características personales que hacen más vulnerables a las personas en estos elementos.

Para Gil-Monte y Peiró (1997) es necesario tomar en cuenta la situación de las personas en cuanto a la percepción que tenga el sujeto de los Estresores ambientales y de sus capacidades, junto a las estrategias de afrontamiento que emplee para combatir el estrés y así determinar el grado subsiguiente de sentirse “Quemado por el Trabajo”.

Por desencadenantes del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) se entiende aquellos Estresores percibidos de carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral. Para poder establecer categorías para identificar los facilitadores e indicadores no ha resultado simple para diversos autores, es por ello que se retoma la propuesta de Peiró quién establece cuatro categorías para el análisis de los Estresores laborales, los cuales son:

1. ***Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral.***

Dentro de esta clasificación interviene los Estresores como el nivel de ruido, las vibraciones y la iluminación, así como también la temperatura y las condiciones climatológicas en las que hay que trabajar, las condiciones higiénicas del lugar, y la disponibilidad del espacio físico.

2. ***Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.***

Dentro de estos factores podemos considerar aquellos que se relacionan con el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo, puede estar producido por la ausencia de información que impide un desarrollo adecuado del rol por parte del sujeto, el conflicto de rol puede suceder cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias. En los profesionales de enfermería la relación entre ambigüedad de rol y bajos sentimientos de realización personal en el trabajo es más intensa. Las relaciones interpersonales de carácter formal, por necesidades de las tareas, aumentan los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que las relaciones de carácter informal aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo.

3. ***Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.***

Estos pueden funcionar como fuente de estrés ya que el desarrollo de nuevas tecnologías exige en los profesionales el desarrollo de nuevas habilidades para poder desempeñar el trabajo, este cambio puede afectar los sistemas cognitivo y emocional de la persona, todo ello puede generar aumento en el sentimiento de agotamiento emocional en el sujeto. En este aspecto también pueden influir la toma de decisiones que recae sobre determinado profesional y que puede afectar a otros en este caso a los usuarios, la autonomía en cuanto a la toma de decisiones y la presión que se ejerce sobre ellos.

4. ***Fuentes extraorganizacionales de Estrés Laboral:***

Relaciones trabajo-familia. En esta categoría pueden considerarse aquellas variables que no se encuentran presentes en el ámbito laboral pero que no por ello dejan de influir en el desarrollo del síndrome de quemarse, como lo es los factores estresantes que se desarrollan dentro del ámbito familiar y que afectan el ámbito laboral.

Es necesario explicar cada una de las categorías para que exista una mayor comprensión aunque es esta categorización la que se detallará debe hacerse mención que no es la única pero que si es la más completa es por ello que se ha decidió revisar y explicar esta categorización. Pero a pesar de ello se puede mencionar que no son los únicos factores que pueden influir para el desarrollo del síndrome y que además muchos de los factores que se mencionan anteriormente pueden o no ser percibidos como factores estresantes para una determinada persona, así que debemos tomar en cuenta que dado que las personas son distintas la percepción de cada uno de los factores les afectará de una forma distinta y exclusiva para cada uno.

Algunos de los factores antes mencionados son susceptibles de ser modificados por ejemplo el ruido y la iluminación, sin embargo existen otros factores que no podemos modificar lo que si se puede hacer es trabajar sobre las estrategias de afrontamiento que utiliza el sujeto siempre con miras a establecer y generar una mayor calidad en el servicio que se presta y por ende un mayor satisfacción tanto personal como profesional, además de establecer relaciones duraderas y cordiales con las personas que reciben el servicio.

Por otro lado resulta un tanto complicado establecer prioridad en cada una de las categorías la cual es la que tiene una mayor preponderancia, por ello se debe concebir como un conjunto de Estresores que afectan a la persona y que hacen que desarrolle un sentimiento de “Quemarse por el Trabajo”, sin olvidar las variables internas y externas que pueden verse inmiscuidas en gran manera para el desarrollo del “Síndrome” y el grado en que este puede afectar a la persona.

En los recientes estudios de profesionales de enfermería de Gil- Monte y Peiró, se han obtenido relaciones significativas entre sobrecarga laboral percibida y bajos sentimientos de realización personal en el trabajo. Las características de esta profesión pueden dar una explicación a esos resultados, pues dentro del rol de Enfermería la sobrecarga laboral supone no poder atender adecuadamente a los pacientes, incurrir en errores al administrar medicamentos, recibir quejas de los familiares del paciente, del propio paciente por falta de atención y cuidados, de los propios compañeros que tienen que asumir tareas que no les corresponden, e incluso asistir a la muerte de pacientes en situaciones de urgencia. Todas estas situaciones establecidas con carácter crónico, pueden generar en estos profesionales sentimientos de falta de aptitud profesional, baja autoconfianza profesional y consecuentemente baja realización personal en el trabajo.

El determinar el grado en que influyen los desencadenantes en las distintas profesiones de servicios debe concebirse en forma distinta ya que para

algunos profesionales puede ser una fuente de Estrés estar en contacto frecuente con la muerte, situación que no es vivida por profesionales como maestros y policías y para ellos son otras situaciones de riesgo las que pueden generarles Estrés que puede culminar en sentimientos de “Quemarse por el Trabajo”.

Dentro de los facilitadores del “Síndrome” se consideran aquellas características de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los Estresores ejercen sobre el sujeto. Entre las principales variables que se encuentran son la edad que genera datos curiosos ya que a mayor edad es menos probable que se experimenten sentimientos de “Quemarse por el Trabajo”, en cuanto al sexo se señala que los varones puntúan más alto en despersonalización que las mujeres, estos son datos que se han obtenido luego de la realización de diversas investigaciones que han permitido desarrollar estas conclusiones. En cuanto al estado civil puede señalarse que los sujetos casados experimentan índices menores del “Síndrome” que los no casados esto se debe a que la pareja sirve de gran soporte para afrontar el Estrés dentro del trabajo.

Asimismo, los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos y con menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes por lo que el riesgo de “Quemarse” es mayor.

Existen también variables de personalidad entre las cuales cabe mencionar que las personas con más posibilidades de desarrollar el “Síndrome” son personas empáticas, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás, es por ello que al tener un contacto frecuente con otras personas o al tener una sobrecarga de trabajo experimentan sentimientos de que no pueden cumplir con todo este conjunto de expectativas lo cual va generando que se desarrollen los sentimientos de agotamiento emocional.

Estos sentimientos se ven afectados cuando las personas creen que no pueden controlar las acciones que ocurren a su alrededor ya que como se menciono anteriormente las causas del factor organizacional también pueden influir en el desarrollo del “Síndrome de Quemarse por el trabajo” (Burnout). Entre otros aspectos sobresalientes referentes al desarrollo del “Síndrome” relacionado con las características personales se encuentra la personalidad resistente quien modula o reduce la posibilidad de experimentar el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” ante la presencia de Estresores, estas características funcionan como una fuente de resistencia para el propio sujeto.

En algunos estudios efectuados por Gil-Monte y Peiró en profesionales de Enfermería se obtuvo que los sujetos que atribuían las causas de su Estrés a sus características personales experimentarían más realización personal en el trabajo.

No se puede definir en forma precisa cuales con los desencadenantes y cuales los facilitadores, sin embargo, queda claro que existen estimulantes Estresores en el trabajo y características personales que favorecen el desarrollo del “Síndrome”. El desarrollo del “Síndrome de Desgaste Profesional” puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores ambientales son elementos desencadenantes de importancia fundamental, mientras que las variables del individuo cumplen una función facilitadora o inhibidora. Por lo tanto, la percepción que el sujeto tenga de los Estresores ambientales y de sus capacidades y estrategias de afrontamiento ante el Estrés, determinarán al grado subsiguiente de sentirse “Quemado en el Trabajo”.

1.6. Consecuencias del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout)

En 1974 apareció el primer reporte sobre el “Síndrome de Desgaste Profesional”, realizado por Freudenberguer²³, en donde se reporta haber identificado alteraciones somáticas, emocionales y conductuales entre los sujetos afectados. Mientras que Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986)²⁴ descubrieron consecuencias en el plano organizacional. A partir de estos y otros reportes similares, se establecen dos tipos de consecuencias: consecuencias para el profesional y consecuencias para la organización.

Para realizar una mayor explicación del “Síndrome” se explican las consecuencias por separado pero tal y como se mencionó anteriormente estas consecuencias se encuentran íntimamente relacionadas.

Se inicia con las consecuencias individuales dentro de ellas se consideran las manifestaciones psicósomáticas entre las cuales destacan los dolores de cabeza, el sentimiento de sentirse desgastado, sentirse tenso o nerviosos, sentirse fatigado, y tener problemas para levantarse, todos ellos se pueden traducir en el absentismo, la rotación, la solicitud de permisos, entre otras.

Estas características aunque son consideradas dentro de esta categoría están muy relacionadas con las consecuencias de tipo individual.

La relación de Estrés Laboral con la falta de salud, se da fundamentalmente a través de la repercusión de ese estrés sobre las emociones del sujeto más que a través de los sentimientos negativos del sujeto sobre su competencia o ineptitud.

²³ Freudenberguer, H.; Staff Burnout. *Journal of Social Sigues* 1974; 30: 159-165

²⁴ Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986): Burnout and professional depresión: Related Concepts. *Journal Advanced Nursing*, 11(6), 633-641

Dentro de las consecuencias interpersonales extralaborales se considera que se asocian a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por el sujeto. Este patrón conductual y actitudinal induce un deterioro de las relaciones y un aumento de los conflictos interpersonales, además de que todos estos factores pueden afectar a las relaciones con la familia y entonces crean o generan problemas familiares.

Las consecuencias del “Síndrome” afectan a su vida privada pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos. El sujeto se muestra en casa irritable e impaciente, un problema que la familia debe aprender a manejar ya que puede funcionar como un apoyo extra. Los conflictos constantes pueden derivar en enfrentamientos matrimoniales y en la separación de la pareja. Llevados por su actitud de aislamiento y de falta de verbalizaciones, evitan hablar de las preocupaciones laborales y rehúsan discutir los problemas familiares, todo ello desemboca en barreras para una convivencia abierta y sincera. En ocasiones puede ocurrir que el sujeto amplíe su rol profesional a la vida privada comportándose en todo momento como un profesional, a este tipo de actitudes se le conoce como endurecimiento ya que se desplaza las relaciones familiares a un segundo plano.

También el “Síndrome” crea consecuencias para la organización dentro de las cuales cabe destacar las siguientes: la satisfacción laboral disminuida, el abastecimiento laboral elevado, la propensión al abandono del puesto y de la organización, la baja implicación laboral, el bajo interés por las actividades laborales, el deterioro en la calidad de servicio, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros, y usuarios de la organización, el aumento de la rotación laboral no deseada, y el aumento de accidentes laborales.

La satisfacción laboral baja está negativamente relacionada con los sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización y positivamente con

la realización personal en el trabajo. La satisfacción laboral era consecuencia de los índices del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) y no viceversa y tiene un efecto directo negativo sobre los sentimientos de agotamiento emocional y positivo sobre la realización personal en el trabajo.

Dentro de las consecuencias de tipo organizacional también puede mencionarse las de tipo económico como pérdida de eficacia y eficiencia de la organización para conseguir sus objetivos alteraciones de la red de comunicación, implantación inadecuada de políticas organizacionales.

Los niveles de absentismo laboral constituyen una de las consecuencias del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout). Al igual que en el caso de la propensión al abandono, la inclinación al absentismo, o actitud de los sujetos hacia la ausencia de asistencia al trabajo, es un indicador de conductas de no-asistencia. Desde una perspectiva correlacional algunos estudios han obtenido que los sentimientos de agotamiento emocional se asocian significativamente de manera positiva con el número de faltas en el trabajo en profesionales de Enfermería.

Los “profesionales de la salud” (Enfermería) pueden llegar a tratar a la gente como si fueran objetos y no como seres humanos. Debido a que su trabajo pasa por la resolución de problemas, tienden a tratar a las personas a las que atienden como si fueran el problema. Etiquetar a la gente por sus problemas se debe a dos razones; el problema es la base de ayuda de la relación iniciada y cuando los sujetos deben comportarse de forma cruel hacia los demás para evitar los sentimientos de culpa y autocondena, utilizan estrategias de despersonalización.

Los profesionales de Enfermería con el “Síndrome de Desgaste Profesional” se desentienden del Trabajo. Suelen evitar ciertas tareas bajo la

excusa de que no son los únicos para realizarlas y emplean menos tiempo con los usuarios. Psíquicamente actúan como si no lo estuviera, evitan el contacto visual y físico (tal como dar la mano o abrazar) las preguntas son respondidas con gruñidos, y se entretienen en tareas que excluyen al receptor de sus atenciones o que suponen una participación directa.

Asimismo, pueden intentar constantemente abandonar el lugar de trabajo, por ejemplo, alargando el tiempo del desayuno, el descanso del café o adelantando la hora de salida. Los profesionales en Enfermería muestran también un mayor número de errores en el trabajo, asesoramiento más deshumanizado o los usuarios con conductas más deshumanizadas y un mayor número de recriminaciones desde los superiores.

Los profesionales de Enfermería resultan más negligentes respecto a las normas de la organización y comenten más errores laborales, administran medicamentos equivocados, olvidan sesiones con usuarios, etc., el compromiso con la organización también se ve disminuido y ha sido utilizado como indicador de calidad de servicio. Es conveniente entender de manera particular esta problemática, no solo de manera descriptiva, sino que su análisis conlleve la intención de implementar acciones de prevención y tratamiento. También es importante considerar que las características particulares de la situación, implica desenredar la madeja formada por los actores involucrados en la problemática, lo cual es la intención de esta investigación, pero para ello necesitamos profundizar en la importancia, el impacto y las características que implica la enfermería como profesión, y todo ello se abordará en el siguiente tema.

1.6.1 Estrategias de Intervención para la Prevención y el Afrontamiento del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout).

“Puedes rehacer tu pensamiento de manera que no tengas que pensar en lo negativo nunca. Lo único que has de hacer es elegir tus pensamientos”.

Wayne W. Dier.

Dentro de las principales estrategias para poder prevenir el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout), es el darse cuenta de los factores como funciona como Estresores para trabajar sobre como cambiar la percepción sobre ellos y prevenir el “Síndrome” con el objetivo de mejorar la calidad en los servicios y buscar la salud integral del trabajador.

Dentro de las primeras medidas que se mencionan para evitar el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” es conocer sus manifestaciones, y creando estrategias para la intervención que deben contemplar tres niveles: los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivos-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de Estrés, evitar la experiencia de Estrés o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia, potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales, eliminar o disminuir los Estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del “Síndrome”.

Todos estos aspectos competen al Psicólogo Organizacional tomando en cuenta que se traduce en un trabajo arduo y se requiere de la disposición de los profesionales para realizar cambio o pequeñas modificaciones en las actividades que desempeñan dentro de sus labores diarias y cotidianas.

Dentro del concepto de afrontamiento se entienden aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como

excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

El proceso de afrontamiento se desarrolla a través de una serie de fases de carácter secuencial y cíclico denominadas evaluación primaria y evaluación secundaria y reevaluación. Dentro de la evaluación se considera aquel proceso de apreciación cognitiva que media entre el evento o situación y la respuesta del sujeto.

Dentro del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional aquella serie de procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que genera una situación Estresante. Los sujetos los usan cuando perciben que los Estresores no pueden ser modificados y tiene que intercalar con ellos, en este tipo de afrontamiento se incluyen estrategias como la evitación la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comprensiones positivas, y la extracción de valores positivos a los conocimientos negativos.

Por otro lado el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema aquellas estrategias que intentan modificar el Estresor se trata de estrategias que proceden a analizar y definir la situación, buscan alternativas para su solución considerando los costos y beneficios. Incluyen también estrategias que afectan tanto al entorno como al propio sujeto.

Podemos identificar dos tipos de estrategias de afrontar el “Síndrome” y que nos ayudan para identificar aquellas acciones que mejor se puedan adaptar en una organización o tal vez se deban tomar en cuenta las características individuales y las estrategias que suele utilizar cada uno de ellos.

Las estrategias de afrontamiento de control previenen el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” por que aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo mientras que las de escape facilitan la aparición del “Síndrome”.

Las Enfermeras con bajos sentimientos de “Quemarse” emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo dirigidas al problema. Entre estas estrategias se encuentra la elaboración y ejecución de un plan de acción, acentuar los aspectos positivos de la situación problemática, buscar apoyo social y autocontrolarse, inhibir la expresión de sentimiento; las Enfermeras que experimentan altos niveles del “Síndrome” utilizaban con más frecuencias estrategias de afrontamiento de escape evitación, autocontrol y confrontación, discusión activa de la situación, comportamiento airado y colérico, etc.

Los programas de Afrontamiento tienen como objetivo la adquisición de destrezas para la resolución de problemas y programas dirigidos a las estrategias de carácter paliativo, cuando su objetivo es la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones, resolución de problemas, asertividad, el manejo del tiempo, la comunicación, las relaciones sociales, los cambios en el estilo de vida y otras habilidades. Estas son estrategias de Afrontamiento de control y previenen el Síndrome de Quemarse por el Trabajo en las organizaciones.

CAPITULO II.

ESTRÉS LABORAL CRÓNICO

"El estrés laboral crónico no está relacionado con el nivel de carga laboral, sino con la respuesta individual a ese nivel de carga que tiene una persona"

Explicó López Rosetti, Médico Cardiólogo de la Universidad de Buenos Aires.

2.1. Del Estrés al Estrés Laboral Crónico.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) se refiere al Estrés Laboral en los siguientes términos: “Esta enfermedad es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo. Resiente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores”. Según Kalimo, “múltiples estudios epidemiológicos han demostrado que la salud está relacionada con los factores psicosociales presentes en el trabajo y que la función de esos factores, tanto con respecto al estado de salud como a las causas de la enfermedad, es de alcance relativamente general. Los factores psicosociales pueden contribuir a desencadenar y agravar una enfermedad e influir en los resultados de las medidas de curación y rehabilitación” (Ascanio y Coronado, 2002)

Contra lo que dice la sabiduría popular, un extenso y detallado estudio realizado por científicos británicos del University College London Medical School muestra que no siempre el trabajo es salud: sus conclusiones indican que el estrés laboral crónico y sostenido eleva a más del doble el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes²⁵.

²⁵ British Medical Journal

http://bmj.bmjournals.com/cgi/search?loct=ehom&andorexactfulltext=and&resourcetype=1&disp_ty pe=&sortspec=relevance&author1=&fulltext=stress&volume=&firstpage=

La conducta que desarrollamos a través de la vida, tiene un tono necesario y conveniente para el intercambio de estímulos y respuestas entre el medio interno y el externo, el tono existencial o tensión vital es lo que conocemos como Estrés. El Estrés es la capacidad de respuesta a la vida, como se nos presenta²⁶. Pero cuando por alguna razón no se puede responder a la vida, resulta una pérdida del tono que se expresa como una alteración o diestrés.

Los excesos de tensión o bien de relajamiento extremo, son la expresión de una distensión o tono anormal que se traduce a una enfermedad física, psicológica o social. La pérdida del tono existencial es el dolor del mismo humano. Este dolor del alma es otro componente de lo humano que ha rebasado el límite de lo biológico y en consecuencia cuesta más²⁷.

Hoy en día, el mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en nuestro contexto sociocultural. Las nuevas exigencias del trabajo han originado la aparición de nuevos riesgos denominados psicosociales, relacionados en gran medida con el Estrés Laboral Crónico²⁸.

El hombre moderno está constantemente sometido a tensiones que entrañan un desequilibrio biológico contra el cual su organismo reacciona. En biología se llama *Estrés* a la "*Reacción del organismo a cualquier modificación o cambio, ya sea placentero o desagradable, que el organismo intenta inhibir*"²⁹. La reacción de Estrés tiende a restablecer el equilibrio del sujeto en relación con su entorno.

²⁶ Atendiendo a todos los ordenes que nos representan, biológico, psicológico y social

²⁷ Rebolledo, Mota, Jaime Federico. "El médico y el dolor, el dolor del Médico (Síndrome de aniquilamiento)" primera edición.

²⁸ Gil, Monte, Pedro, "El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la Sociedad del Bienestar

²⁹ San Martín, H. (2000); Tratado General de la Salud en las sociedades humanas. Salud y enfermedad; Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana. México

El Estrés es un término general que se aplica a las presiones que la gente sufre en su vida. Asimismo, el Estrés Laboral es casi inevitable en muchos trabajos. Actualmente entendemos que el Estrés es un problema tanto de tiempos de paz como de guerra, que se manifiesta en el puesto de trabajo, en el hogar, la escuela, en cualquier lugar donde el hombre se relacione con otros. El Estrés se ha convertido en tópicos de las ciencias sociales y biológicas.

Fue Hans Selye quien acuñó el término Estrés para la medicina y su definición fue “La respuesta inespecífica del organismo a toda demanda que se le haga”. Lo anterior significa que frente a una demanda física o psicológica, positiva o negativa, el organismo presenta una respuesta física y emocional estereotipada; a esta respuesta también se le conoce como “Síndrome General de Adaptación”³⁰.

El Estrés ha sido catalogado como una de las maneras en que se puede perjudicar la salud. Dentro de un contexto organizacional el Estrés Laboral es considerado un agente psicológico; en cambio, los accidentes, las sustancias químicas nocivas y la contaminación interna son factores físicos.

Debido a que el Estrés Laboral es considerado un agente psicológico, los psicólogos industriales y organizacionales se han dedicado a su estudio y prevención a partir de la década de los 70s comenzaron a concentrarse en la importancia del Estrés Laboral.

El Estrés Laboral es un trastorno que causa graves daños físicos y que está muy generalizado en la vida del hombre moderno, es de origen y de naturaleza primordialmente psicológicas, de ahí que la psicología, en especial la psicología médica se interese por el estudio y tratamiento del Estrés y de las enfermedades psicosomáticas, “...en 1976, la fuerza especial de trabajo de la investigación médica de la American Psychological Association recomendó a todos los afiliados,

³⁰Ramiro-H, Manuel, Saita Kamino, Oscar. “Estrés y manifestaciones Clínicas” Asociación de Medicina interna de México, Editorial Mc. Grawn Hill Interamericana, Volumen V, Numero 3.

entre ellos a los psicólogos industriales y organizacionales, participar en esa tarea...”³¹ debido a que la mayoría de la gente pasa la tercera parte de su vida en el trabajo; en consecuencia, es difícil de evitar la conclusión de que el Estrés Laboral contribuye mucho al problema médico que el psicólogo industrial debe de enfrentar hoy.

Es de índole práctica la segunda causa de este reconocimiento creciente del Estrés Laboral; sus efectos son costosos y redundan en una menor productividad. Se ha demostrado que “... aminora notablemente la motivación y capacidad física del empleado...”³² ello puede llevar a una disminución de la productividad y al incremento de errores y accidentes.

Además, el Estrés Laboral y sus consecuencias provocan retardos, ausentismo, decisiones deficientes, cesantías y costos más elevados de atención médica “El estrés representa a veces un gasto mayor para las empresas que los accidentes...”³³

Anteriormente se pensaba que los trastornos provocados por el Estrés Laboral eran problemas médicos, de origen físico y que el psicólogo poco podía hacer para curarlos. Pero en la actualidad, se les considera trastornos psíquicos provenientes de las condiciones físicas, sociales y psicológicas del trabajo. Se hallan dentro de esta esfera de trabajo de los psicólogos que laboran en la industria y en el mundo de los negocios, y al ocuparse del Estrés Laboral ayudan al personal a mejorar la calidad del trabajo y de la vida del personal.

En momentos de Estrés se producen en el organismo notables alteraciones fisiológicas: la adrenalina liberada por las glándulas suprarrenales, acelera todas las funciones del cuerpo. La presión arterial se eleva, aumenta la frecuencia

³¹ APA, Task Force on Health Research. “Contributions of psychology to health research: Palterns, problems and potentials. American Psychologist. 31 (1976). 263-274

³² Schultz D. P. Psicología Industrial. Tercera edición, Mc-Graw Hill.

³³ Op. Cit

cardiaca y llega más cantidad de azúcar a la corriente sanguínea. El aumento de la circulación proporciona más energía al cerebro y a los músculos; ello nos hace más alertas y más fuertes para que afrontemos la situación de emergencia, que puede consistir en evadir al automóvil que se nos vienen encima o al atacante, por ejemplo.

Si en el ambiente laboral se presentan a menudo causas de tensión, la circulación sanguínea y la frecuencia cardiaca del empleado mantendrán altos niveles; además una cantidad adicional de adrenalina fluirá a través de la corriente sanguínea, y con el tiempo el organismo mostrará inevitablemente un daño fisiológico y el individuo enfermará; conviene señalar que el Estrés Laboral no afecta de la misma manera a todos los empleados. Los datos precedentes significan que, si examinamos detenidamente las causas del Estrés Laboral, habremos de incluir en él ciertos factores individuales que aumentan la vulnerabilidad y la salud de un trabajador.

Existen dos factores que atenúan los efectos del Estrés Laboral:

1. Insatisfacción con el trabajo y
2. Alto grado de autonomía y poder.

En el primer factor, se considera como el predictor más confiable de longevidad, es decir, si alguien está descontento con su trabajo, el Estrés Laboral le producirá una enfermedad con el tiempo, en cambio, otro que realice el mismo trabajo con gusto, quizá no manifiesta ningún de los efectos de la tensión.

Otro factor que repercute en la vulnerabilidad al Estrés Laboral lo constituyen el apoyo social, o sea, "...la red de vínculos familiares y comunitarios..."³⁴ el apoyo social proviene de dos fuentes: el empleo y la familia.

³⁴ Op. Cit.

Hay varios aspectos del trabajo, los denominados “Estresores”, capaces de originar Estrés, por mencionar alguno mencionaremos el exceso de trabajo, los psicólogos utilizan los términos de sobrecarga desde dos perspectivas, la sobrecarga cuantitativa y la sobrecarga cualitativa.

La sobrecarga cuantitativa es aquella en que hay mucho trabajo y se dispone de poco tiempo para realizarlo, se trata pues de una causa evidente de Estrés Laboral.

La sobrecarga cualitativa no consiste en demasiado trabajo, sino en la dificultad excesiva del mismo, incluso esto se da cuando el sujeto no posee la habilidad suficiente para ejecutar sus labores, incluso los que están muy bien dotados se encuentran a veces en una situación donde no pueden afrontar las exigencias que les impone su trabajo.

El aburrimiento y la monotonía son dos extremos igualmente nocivos para la salud, así pues resulta paradójico que la ausencia absoluta de tensión no sea saludable. Un poco de tensión produce un efecto estimulante, vigoriza y es conveniente, el problema en realidad consiste en encontrar el nivel ideal en que uno da su mejor rendimiento y conserva una salud adecuada, evitando así los extremos de exceso y falta de trabajo.

Otro “Estresor” en el lugar de trabajo es el cambio; en términos generales, la mayoría de la gente se resiste al cambio, pues prefiere las situaciones familiares que le permiten obrar con espontaneidad, este cambio en el ambiente laboral le produce incertidumbre y Estrés Laboral.

Además de que existen otros tantos “Estresores” entre los cuales podemos mencionar:

- La evaluación del rendimiento que a su vez representa una fuente alta de Estrés Laboral para el personal.
- El puesto en el seno de la organización a veces ocasiona Estrés Laboral, dentro de él se reconoce la ambigüedad y el conflicto que forman parte de Estresores.
- El contacto con un portador de Estrés Laboral es causa de tensión, es decir, incluso aquel que se siente relajado en su trabajo puede contagiarse si tiene trato constante con alguien bajo una carga de Estrés, la tensión, ansiedad, irritabilidad y otras consecuencias del Estrés Laboral manifestadas pueden contagiar fácilmente a los demás.

Las consecuencias que a la larga el Estrés Laboral ejerce sobre el estado físico, es decir, las enfermedades psicosomáticas provenientes de una prolongada exposición a este tipo de índole psíquica: hipertensión, depresión, irritabilidad, depresión, ansiedad, poca autoestima, resentimiento, fatiga psicológica y neuroticismo general.

Un efecto del Estrés Laboral resultante de la sobrecarga de trabajo recibe el nombre de fatiga laboral "... sus síntomas corresponden perfectamente a la designación. El empleado se torna menos productivo, menos dinámico y muestra menos interés en su trabajo. Se le ve fatigado mentalmente, apático, deprimido, irritable, aburrido; todo le parece mal en su trabajo incluidos sus compañeros; reacciona en forma negativa si le hacen alguna recomendación..."³⁵ situación que se identifica con el "profesional de salud" (Enfermería).

³⁵ H. J. Freudenberger, "Burn-out: The organizational menace", Training and Development Journal. 1997, 26-27.

2.2. Causas de Estrés Laboral relativas al Trabajo.

Todos los trabajos son potencialmente Estresantes, aunque las tensiones varían de manera considerable, en otros se maneja una cantidad excesiva de estímulos que son físicamente demandantes, lo cual conduce al agotamiento.

Algunas causas que general cargas de Estrés Laboral y que éstas son referentes al trabajo se consideran las siguientes:

1. Exigencias ocupacionales intrínsecas al trabajo, sencillamente se refiere que algunos empleos, para efectos del presente “profesionales de salud” (Enfermería) son más estresantes que otros, en distintas investigaciones se ha demostrado que algunas características asociadas con un trabajo en particular son Estresantes, por mencionar algunas: a) tomar decisiones, b) vigilancia constante de máquinas o bien el ventilador, uno de los aparatos que la profesión (Enfermería) esta a cargo de vigilar, c) intercambio permanente de información con otros, d) condiciones físicas desagradables y e) realizar actividades no estructuradas o no definidas.
2. Conflicto de funciones: Estrés Laboral resultado de exigencias en conflicto, que para muchos ejecutivos es importante hacer malabarismos de funciones, es decir, cambiar rápidamente de una función a otro tipo de actividad, de jefe, a profesor, compañero, etc. es una situación común en los “Profesionales de salud” (Enfermería), los defectos adversos del conflicto de funciones son menos evidentes en los ambientes de trabajo caracterizados por la camaradería y el apoyo social.
3. Ambigüedad de funciones: Estrés Laboral por la incertidumbre, que se suscita cuando los directivos, supervisores, no están seguros de algunos asuntos relacionados con sus puestos, como el alcance de sus responsabilidades, lo que se espera de ellos, la forma en que dividen su

tiempo entre sus distintas funciones. En ocasiones, la ambigüedad resulta de la falta de descripción clara del puesto, objetivos o responsabilidades específicas, pero muchas veces se debe a los cambios que se presentan en la organización. Por tanto, se trata de una situación común.

4. Estrés Laboral debido a cargas excesivas o insuficientes por tener mucho o poco que hacer, esto se refiere especialmente a las cargas de trabajo que pueden ser cuantitativas o cualitativas. El Estrés Laboral provocado por trabajo cuantitativo se presenta cuando los administradores se les pide que hagan más trabajo, en poco tiempo, del que pueden hacer. Las cargas cualitativas de trabajo ocurren cuando los gerentes creen que carecen de las habilidades, las destrezas o los recursos necesarios para realizar determinado trabajo. Asimismo, también se puede observar el Estrés Laboral de estos tipos de carga insuficiente. En el caso contrario de la carga insuficiente cuantitativa resulta en el aburrimiento que se observa cuando los empleados tienen poco trabajo que hacer, mientras que el Estrés Laboral provocado por carga insuficiente de trabajo cualitativa ocurre cuando los trabajos tediosos, rutinarios y repetitivos se asocian con falta de estimulación mental.

5. Responsabilidad por los demás: Estrés Laboral resultado de responsabilidades excesivas, en la mayoría de los directivos son o deberían ser responsables de sus subordinados: tienen que motivarlos, recompensarlos y reprenderlos, comunicarse con ellos, escucharlos, etc. Por lo general se ven sometidos a altos niveles de Estrés cuando se encargan de los costos humanos de las políticas organizacionales: escuchar las quejas interminables, mediar en disputas, fomentar la cooperación y actuar como líderes.

6. Falta de apoyo social: Estrés Laboral provocado por el aislamiento o el desprecio social, esto implica que el tener amigos y partidarios en momentos de crisis ayuda a los directores, supervisores o jefes de servicio a ver las situaciones Estresantes como hechos menos amenazadores y más controlables que si tuvieran poco o ningún apoyo. En determinado momento, pueden dar apoyo emocional, financiero e informativo. Muchas veces, amigos y partidarios también sugieren estrategias prácticas para afrontar las causas del Estrés. Además, ayudan a disminuir los sentimientos negativos que suelen acompañar a la exposición a situaciones Estresantes. Evidentemente, el apoyo social también es cuantitativo y cualitativo. Por lo general es mejor sacrificar cantidad que calidad, aunque idealmente habrá que tener los dos tipos en gran medida para evitar el Estrés.

7. Falta de participación en las decisiones: Estrés Laboral provocado por impotencia y alienación, para muchos supervisores o jefes de servicio de nivel medio son o se sienten víctimas de las decisiones tomadas en niveles superiores, sobre las que no tienen control. La causa principal es que ni se les permite presenciar ni contribuir en la toma de decisiones organizacionales o institucionales relevantes que afectan su trabajo.

Los puntos que se mencionaron conciernen al trabajo, que pueden implicar problemas con los superiores, compañeros y subordinados, además de pacientes - usuarios.

8. Evaluación de desempeño deficiente: Estrés Laboral provocado por retroalimentación insuficiente, nula o perjudicado, son entonces dos tipos de Estrés derivados de problemas con la evaluación del desempeño. El primero es no obtener ninguna evaluación y, por lo tanto, desconocer cómo se está realizando (o debería de realizarse) el trabajo (por encima, por abajo o en el promedio). En el segundo lugar, recibir retroalimentación

negativa, sin indicadores respecto a la forma de mejorar el desempeño es demasiado estresante. Si la organización no cuenta con un sistema de evaluación del desempeño adecuado y bien diseñado, los empleados pueden verse sometidos a fuertes niveles de Estrés.

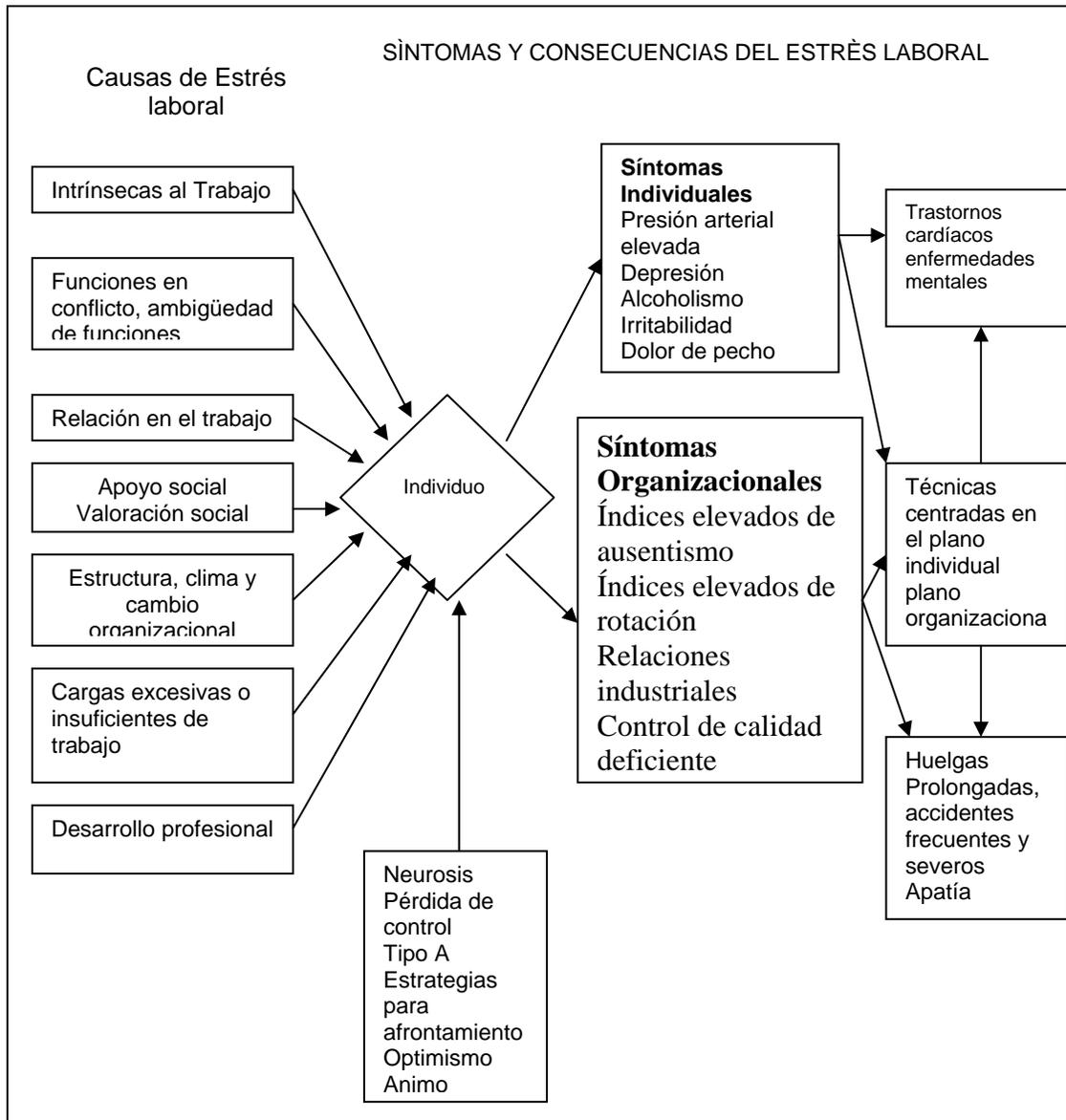
9. Condiciones de trabajo: Estrés debido a malas condiciones de trabajo, inevitablemente algunos empleos se deben desempeñar en condiciones difíciles y desagradables, como temperaturas extremas (calor y frío), elevados niveles de ruido, hacinamiento, poca luz o máquina antigua o ineficiente. Estas características desagradables, como el ruido, son más estresantes cuando resultan impredecibles, incontrolables y excesivas.

10. Cambios organizacionales: Estrés Laboral debido a los procesos de adaptación, los cambios en las políticas organizacionales, reorganizacionales, fusiones, adquisiciones y eliminación de niveles provocan incertidumbre y Estrés. Además, es posible que la estructura y el clima de una organización sea en sí una causa mayor de Estrés.

11. Desarrollo profesional: Estrés Laboral provocado por la permanencia en el mismo nivel o debajo del “domo de cristal”, en la mayoría de las instituciones por lo menos sostienen la zanahoria de desarrollo profesional con base en una combinación de desempeño y antigüedad. Por tanto, los profesionales de la salud (Enfermería) se crean expectativas sobre su desarrollo profesional, y el ver frustradas tales expectativas realistas (o poco realistas) es causa de Estrés.

12. Interfaz de la casa y el trabajo: Estrés Laboral provocado por tener dos trabajos, aunque suele ser común entre mujeres que hombres, lo que se comprueba en este estudio, por lo general se sufre de Estrés por conflictos sobre tiempo y atención a las múltiples exigencias que plantean el hogar y

el trabajo. Como los profesionales de la salud (Enfermería) experimentan severos conflictos entre las exigencias de su casa y su empleo, y no son tolerantes ni apoyan al otro, el resultado evidente es el Estrés.



Cuadro 2.1 Síntomas y consecuencias del Estrés Laboral, adoptado por Cooper (1988).

2.3. Una perspectiva Psicosocial en el Trabajo.

Los factores psicosociales en el trabajo representan el conjunto de perspectivas y experiencias del trabajador o los llamados “profesionales de salud” (Enfermería), algunos son de carácter individual, otros se refieren a las expectativas económicas o de desarrollo personal y otros más a las relaciones humanas y sus aspectos emocionales.

El enfoque más común para abordar las relaciones entre el medio ambiente psicológico laboral y la salud de los “profesionales de salud” (Enfermería) ha sido a través del concepto de Estrés Laboral. Tanto en los países en desarrollo como en los estados industrializados el medio ambiente de trabajo en conjunto con el estilo de vida provocan la acción de factores psicológicos y sociales negativos. Por ello la importancia de su estudio desde el punto de vista profesional ha ido aumentando día con día, estos estudios deben incluir tanto los aspectos fisiológicos y psicológicos, como también los efectos de los modos de producción y las relaciones laborales.

Las actuales tendencias en la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo incluyen no solamente los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, sino también los múltiples y diversos factores psicosociales inherentes a la empresa y la manera como influyen en el bienestar físico y mental del trabajador “profesional de salud” (Enfermería).

Estos factores consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente laboral, la satisfacción laboral y las condiciones de la organización por un lado y por otra parte las características personales del trabajador, sus necesidades, su cultura, sus expectativas y su percepción del mundo.

Los principales factores psicosociales generadores de Estrés Laboral presentes en el medio ambiente de trabajo involucran aspectos de organización, administración y sistemas de trabajo y desde luego la calidad de las relaciones humanas.

Por ello, el clima organizacional de una institución de salud se vincula no solamente a su estructura y a las condiciones de vida de la colectividad del trabajo, sino también a su contexto histórico con su conjunto de problemas demográficos, económicos y sociales. Así, el crecimiento económico de la institución, el progreso técnico, el aumento de la productividad y la estabilidad de la organización dependen además de los medios de producción, de las condiciones de trabajo, de los estilos de vida, así como del nivel de salud y bienestar de sus trabajadores.

En la actualidad se producen acelerados cambios tecnológicos en las formas de producción que afectan consecuentemente a los trabajadores en sus rutinas de trabajo, modificando su entorno laboral y aumentando la aparición o el desarrollo de enfermedades crónicas por Estrés Laboral.

Otros factores externos al lugar de trabajo pero que guardan estrecha relación con las preocupaciones del trabajador se derivan de sus circunstancias familiares o de su vida privada, de sus elementos culturales, su nutrición, sus facilidades de transporte, la vivienda, la salud y la seguridad en el empleo.

Dentro de algunos de los principales factores psicosociales que con notable frecuencia condicionan la presencia de Estrés Laboral se señalan a continuación:

A) Desempeño Profesional:

- Trabajos de alto grado de dificultad.
- Trabajo con gran demanda de atención.
- Actividades de gran responsabilidad.

- Funciones contradictorias.
- Creatividad e iniciativa restringidas.
- Exigencia de decisiones complejas.
- Cambios tecnológicos intempestivos.
- Ausencia de plan de vida laboral.
- Amenaza de demandas laborales.

B) Dirección:

- Liderazgo inadecuado.
- Mala utilización de las habilidades del trabajador.
- Mala delegación de responsabilidades.
- Relaciones laborales ambivalentes.
- Manipulación y coacción del trabajador.
- Motivación deficiente.
- Falta de capacitación y desarrollo del personal.
- Carencia de reconocimiento.
- Ausencia de incentivos.
- Remuneración no equitativa.
- Promociones laborales aleatorias.

C) Organización y Función:

- Prácticas administrativas inapropiadas.
- Atribuciones ambiguas.
- Desinformación y rumores.
- Conflicto de autoridad.
- Trabajo burocrático.
- Planeación deficiente.
- Supervisión punitiva.

D) Tareas y Actividades:

- Cargas de trabajo excesivas.

- Autonomía laboral deficiente.
- Ritmo de trabajo apresurado.
- Exigencias excesivas de desempeño.
- Actividades laborales múltiples.
- Rutinas de trabajo obsesivo.
- Competencia excesiva, desleal o destructiva.
- Trabajo monótono o rutinario.
- Poca satisfacción laboral.

E) Medio Ambiente de Trabajo:

- Condiciones físicas laborales inadecuadas.
- Espacio físico restringido.
- Exposición a riesgo físico constante.
- Ambiente laboral conflictivo.
- Trabajo no solitario.
- Menosprecio o desprecio al trabajador.

F) Jornada Laboral:

- Rotación de turnos.
- Jornadas de trabajos excesivas.
- Duración indefinida de la jornada.
- Actividad física corporal excesiva.

G) Institución y Entorno Social:

- Políticas inestables.
- Ausencia de corporativismo.
- Falta de soporte jurídico.
- Intervención y acción sindical.
- Salario insuficiente.
- Carencia de seguridad en el empleo.
- Subempleo o desempleo en la comunidad.
- Opciones de empleo y mercado laboral.

Definitivamente la evaluación de la presencia, el grado de participación de estos factores y sus efectos, sobre la población trabajadora, dependerá de la capacidad del profesional de Salud en el Trabajo, de sus habilidades y de los recursos con que se cuente para el monitoreo de las situaciones de Estrés Laboral en determinado centro de trabajo.

Existen diferentes técnicas para medir el Estrés Laboral, tales como: "...la medición de las variaciones de la frecuencia cardiaca, monitoreo de la presión sanguínea o de la frecuencia respiratoria, evaluación del gasto energético, medición de la productividad, registro estadístico de la fatiga. Electroencefalograma y medición de los niveles sanguíneos de catecolaminas, así como a través de la cuantificación de otros neurotransmisores por espectrofotometría, fluimetría, cromatometría, radioisótopos o procedimientos enzimáticos..."³⁶

Sin embargo, sería casi imposible además de muy costoso, tratar de medir el Estrés Laboral en los "profesionales de salud" (Enfermería) utilizando determinaciones químicas cuantitativas de laboratorio o de evaluaciones clínicas del daño orgánico productivo por el Estrés Laboral, por ello se emplean otro tipo de herramientas más viables y cuya validez y confiabilidad han sido debidamente comprobadas.

Al Estrés Laboral, del origen que sea (individual, familiar, social, laboral, etc.) es posible adaptarse, y entonces no implica problemas, por el contrario las dificultades surgen cuando el "profesional de salud" (Enfermería) no es capaz de adaptarse al Estrés Laboral, ya sea por su desproporcionada carga de intensidad, ya sea porque éste deba desempeñar un papel que no puede afrontar a causa de su configuración psicosomática. "La sensación de impotencia (y el relativo conflicto) frente a un obstáculo, a una situación desfavorable o a una condición de injusticia es uno de los elementos productores de stress más difundidos en el

³⁶ O.I.T. 1986. Factores Psicosociales en el Trabajo. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. p.p. 1-81

hombre moderno...”³⁷ la agresividad es una actitud de comportamiento determinado por la inseguridad psicológica y el miedo: miedo a no triunfar, miedo a ser superado por los competidores, miedo de tomar decisiones equivocadas y de no ser capaz de sostener situaciones productoras de Estrés Laboral; la agresividad se traduce en numerosas manifestaciones del comportamiento que siempre son respuestas exageradas a estímulos normales. Aquella es muy evidente en individuos empeñados en una continua lucha por obtener el máximo de los beneficios del ambiente en donde viven, en el tiempo más breve posible y contra los obstáculos inducidos por las circunstancias de cosas o personas que actúan en el mismo contexto social.

El “profesional de salud” (Enfermería) es considerado como un individuo agresivo, tiene una inmensa confianza en su capacidad, está lleno de sí y aplasta al que no lo sigue el paso. Probablemente sea el producto auténtico de cierto tipo de cultura que incentiva al hombre a buscar éxito y prestigio social a cualquier costo. Y por esto nadie, cualquiera que sea su ocupación o calificación, es teóricamente inmune a ciertos apremios por evidentes u ocultos que sea.

2.4. Mecanismo del Estrés.

Desde el punto de vista biológico al estrés también se le denomina Síndrome General de Adaptación, el cual se define como “*Conjunto de fenómenos que se producen en el organismo respondiendo a estímulos físicos y psíquicos nocivos en forma de estrés*”³⁸. En este síndrome se describen tres fases sucesivas:

1.- *Fase de reacción de alarma*: Ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la

³⁷ Timio, M. Clases sociales y enfermedad: introducción a una epidemiología diferencial. Editorial Nueva Imagen. México, 1980. pág. 79.

³⁸ Nuevo Diccionario Médico Teide (1984). España

acción, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante. Se genera una activación del sistema nervioso con las típicas manifestaciones de sequedad de boca, pupilas dilatadas, sudoración, tensión muscular, taquicardia, aumento de frecuencia respiratoria, aumento de la tensión arterial, aumento de la síntesis de glucosa y de la secreción de adrenalina y noradrenalina. Se genera también una activación psicológica, aumentando la capacidad de atención y concentración. Es una fase de corta duración y no es perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.

2.- *Fase de resistencia:* Aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación.

3.- *Fase de agotamiento:* Como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continúa o adquiere más intensidad pueden llegar a superarse las capacidades de resistencia, y el organismo entra en una fase de agotamiento, con aparición de alteraciones psicósomáticas.



Síndrome General de Adaptación (Hans Selye, 1936)

En el individuo el Estrés se manifiesta en tres planos: el físico, el psicológico y el conductual. Esto es que quien lo vive puede tener consecuencias tanto positivas como negativas. Puede, hasta cierto punto ser estimulante, originando el desarrollo de habilidades para la resolución de problemas, por lo que es importante que cada persona descubra su nivel óptimo de Estrés ya que lo que puede ser estimulante para una es negativo para otra, considerando las

características particulares de cada individuo. Kasl (1983)³⁹, sugiere cuatro aspectos a tomar en cuenta del Estrés:

- Lo presente en el medio ambiente.
- La forma de evaluar ese ambiente.
- La respuesta a las condiciones ambientales.
- El modo de interacción entre las exigencias ambientales y la capacidad que tiene el individuo de adaptarse a ellas.

Lazarus y Folkman (1984)⁴⁰, consideran que el estudio de investigación del Estrés a partir de un modelo transaccional, es abordado como un sistema fluido que incluye una multitud de procesos y variables que influyen unos con otros en el tiempo y a través de contextos cambiantes. Es decir, integrar en las investigaciones y la teoría sobre el estrés, el afrontamiento y la adaptación, la interdisciplinariedad y que se deben por necesidad abordar a distintos niveles, entre los que se encuentra la interpretación psicológica, la social y la fisiológica.

El término de transacción implica que el estrés no está ni en la persona ni en el ambiente, sino que refleja la conjunción de una persona con sus particulares motivaciones y creencias, y un ambiente cuyas características incluyen daño, amenaza o desafío; también implica proceso. La relación de estrés, lejos de permanecer estática, es constantemente cambiante como resultado de las continuas interacciones entre la persona y el ambiente.

En este sentido cabe considerar que en investigaciones sobre el fenómeno del estrés vale la pena tomar en cuenta cinco aspectos que particularicen la interacción entre la persona y su entorno, como son:

1. Valoración cognitiva individual.
2. Exigencia particular.

³⁹ Travers, Ch. Y Cooper, C. El estrés de los profesores. Ed. Paidós. España 1997

⁴⁰ Buendía, J. (Ed). Estrés Laboral y Salud. Ed. Biblioteca Nueva, S.L., Madrid 1998.

3. Exigencia real y percibida, así como la capacidad real y percibida.
4. Influencia interpersonal.
5. Un estado de desequilibrio entre las habilidades y características conductuales negativas.

Las causas del Estrés son múltiples, conscientes o inconscientes, de naturaleza física, psicológica o emocional, desconocidas, subestimadas, conocidas pero no aceptadas.

Algunos factores causales son sucesos cotidianos como: el tráfico, el conducir un automóvil, usar el transporte público, las aglomeraciones, las filas, etc. Sucesos que se multiplican en las grandes urbes de final del siglo XX.

El Estrés es uno de los estados más comunes del hombre moderno que consiste en la puesta en marcha de una serie de mecanismos biológicos y psicológicos con el fin de defendernos de las agresiones provenientes del exterior. Se le ha definido como una respuesta del organismo a un *estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de sus fuerzas*⁴¹

Las condiciones que tienden a causar este problema se llaman agentes de Estrés, los cuales ya hemos descrito anteriormente, e incluyen todas aquellas situaciones capaces de desencadenar el proceso de adaptación a la demanda o exigencias ambientales. Aunque un solo agente puede causarla en demasía, por lo general se combinan varios de ellos en las presiones de un integrante de un equipo hasta desarrollar Estrés.

El Estrés tiene lugar en el punto en el que la magnitud de los estímulos estresantes supera la capacidad que tiene el individuo de resistirlo. Para poder

⁴¹ Lazarus, Richard. Estrés y emoción. Ed. Descleé De Brouwer. España 2000

controlar la experiencia de Estrés, una persona puede intentar alterar su entorno o aprender las formas de modificar su forma de reaccionar frente a una situación concreta.⁴²

2.5. Manifestaciones del Estrés.

“La mente es su propio lugar, por si mismo puede hacer de un infierno el cielo, del cielo un infierno”.

“Paraíso perdido”

John Milton

En el siglo XVI, el celebre Aureolus Filippus Teofrsto Bombasto de Honenheim mejor conocido como Paracelso, escribió *De Causis morborum invisibilium* o “Tratado de las enfermedades invisibles”⁴³, en el que se refería a los trastornos que son inaccesibles a los sentidos convencionales. Señalaba que la mitad del hombre (Y de la naturaleza) es invisible y que la fe puede producir o curar enfermedades.

En la época actual es muy difícil ubicar en la nosología a un grupo de enfermedades porque carecen de elementos visibles o de una expresión medible. Por eso se calificaron como “enfermedades invisibles”, y algunos las consideran “inexistentes”. Representan la misma paradoja que el personaje de Italo Calvino que ocasionaba muchos problemas, aun sin existir.⁴⁴

En el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) ocurre algo similar; se encuentran anomalías en el funcionamiento de sistema inmunitario, pero aún no se aclara si son componentes del síndrome, consecuencias de alguna

⁴² Op. Cit

⁴³ Paracelso. Obras completas. México: Cinar Editores 1994:387-428

⁴⁴ Calvino I. El caballero inexistente. Madrid: Ed. Bruguera 1989.

enfermedad previa (a menudo hay una enfermedad infecciosa previa al desgaste), consecuencias de la ansiedad y depresión que acompañan al síndrome (secundarias a mecanismos psiconeuroinminológicos) o un epifenómeno relativamente inocua⁴⁵.

El Estrés es uno de esos fantasmas contemporáneos más controversiales y si bien, no existe un descripción exacta de cómo son sus manifestaciones, lo cierto es que podemos citar las que se han observado en los estudios que se han realizado en torno a este padecimiento.

En el cuadro 2.2. podemos visualizar las manifestaciones que a nivel medico-clínico se han presentado y se encuentran también algunas manifestaciones de tipo psicológico-social- emocional.

SÌNTOMAS FRECUENTES DEBIDO AL ESTRÈS
1. GENERALES. Astenia, adinamia, anorexia, aumento del apetito, ronchas, prurito. Transpiración.
2. CARDIOPULMONARES. Disnea de reposo, palpitaciones, dolor torácico, sensación de ahogamiento.
3. DOLOR. En extremidades, espalda, regiones cervical y lumbar, articulaciones durante la micción cefaleas (casi siempre en parche), otros.
4. DIGESTIVOS. Nausea, vomito, dolor abdominal, sensación de distensión abdominal, estreñimiento, diarrea, intolerancia a varios alimentos.
5. NEUROLOGICOS Amnesia, dificultades para la deglución, perdida de la voz, sordera, visión doble o borrosa, sensación de que los objetos se alejan, ceguera, pérdida del estado de alerta, mareos, seudo convulsiones, debilidad, parálisis, dificultades para la micción.
6. REPRODUCCIÓN FEMENINA Dismenorrea, irregularidades menstruales, suspensión de la menstruación, vómitos durante el embarazo.
7. SEXUALES Sensación de ardor, parestesias sexuales, impotencia.

CUADRO 2.2. Síntomas frecuentes debidos al Estrés.

⁴⁵ Ramiro-H, Manuel, Saita Kamino, Oscar. "Estrés y manifestaciones Clínicas" Asociación de Medicina interna de México, Editorial Mc. Grawn Hill Interamericana, Volumen V, Numero 3.

2.6. El Estrés Laboral en los “Profesionales de la Salud” (Enfermería)

Los profesionales de la salud sufren problemas serios sobre su salud física y mental como consecuencia del ejercicio de su trabajo y un caso especial es el de quienes se desempeñan en emergencias. Estos se enferman a causa de la tarea y del medio laboral, no sólo por virus, bacterias o huellas genéticas, sino también por el entorno que los rodea.

Por otro lado, si bien la oportunidad de trabajar con personas es una característica intrínseca positiva del trabajo, los profesionales que tratan con personas, como médicos, enfermeras y docentes, encabezan la lista de ocupaciones profesionales de mayor estrés laboral. Por ello, pretendemos demostrar que mantener una relación clínica directa con los pacientes es un factor ocupacional significativo que provoca consecuencias.

A partir de investigaciones se determinó la asociación entre las características del trabajo del equipo de salud (especialidad, gravedad de los pacientes, antigüedad en el puesto de trabajo, estatuto jerárquico laboral, número de guardias y grado de participación en la docencia) y su relación con hábitos y las variables dependientes (satisfacción, estrés laboral y calidad de vida); a todo esto se sumó la disminución de la eficacia del profesional.

La psiquiatría tiene un papel importante no sólo en la asistencia de los casos clínicos individuales sino también en la investigación y prevención del Estrés ocupacional crónico del personal de Enfermería, fenómeno que en EE.UU. se denominó Burn-out o “Síndrome de Desgaste Psicológico” en los profesionales que prestan "servicios humanos", que no tienen gratificación ni reconocimiento. Se asocia a mayores tasas de divorcio, suicidio, cambio de trabajo, abuso de alcohol y drogas, así como a menores expectativas de vida, y tiene importantes repercusiones a nivel institucional y descenso de la eficacia asistencial (peor calidad de los servicios prestados, baja satisfacción de los pacientes y no cumplimiento por los mismos de las prescripciones médicas).

Es importante destacar el hecho de que la mayor exposición al sufrimiento humano, por trabajar con personas enfermas, produce estrés interpersonal que disminuye los niveles de satisfacción laboral, al mismo tiempo que para otros las experiencias de satisfacción laboral pueden neutralizar el estrés en el trabajo. La calidad de las relaciones interpersonales entre los miembros de los equipos asistenciales (soporte social en el trabajo) va a mediar en las experiencias de satisfacción laboral y estrés ocupacional, así como en la calidad de vida del profesional de la salud (Enfermería).

Tanto variables situacionales (características del trabajo) como diferencias individuales de tipo demográfico y de personalidad, se asocian con diferentes niveles de satisfacción, estrés ocupacional y nivel de vida de la Enfermera dentro de un modelo multifactorial.

Se han estudiado las características del trabajo de las Enfermeras y su relación con los hábitos de consumo de tóxicos, analizando los procesos cognitivos que estimulan estas conductas de Enfermedad, lo que permite poner en marcha programas preventivos de intervención.

Las consecuencias específicas del Estrés en los equipos de emergencias son desmoralización de sus integrantes en función del tipo y complejidad de la tarea a realizar, descenso del rendimiento, agotamiento emocional, pesimismo y automedicación. Parece ser que los acontecimientos traumáticos que provocan las emergencias hacen que los “profesionales de la salud” (Enfermería) generen mecanismos como la evitación de la tarea o estado de tensión y alerta desde el momento mismo de ingreso al hospital.

De acuerdo a una serie de estudios las causas específicas que provocan Estrés sobre los equipos de salud (incluyendo obviamente a los de emergencias) son la sobrecarga horaria de trabajo, la falta de gratificación económica

(dependiendo del tipo de institución a la que pertenecen), la hiperexigencia, y la "patología mental frustrante" que generan las muertes de pacientes y las responsabilidades asumidas.

Dentro de este contexto de Salud en el "profesional de salud" (Enfermería) se considera de gran importancia mencionar la legislación laboral en la que los "profesionales de salud" no ejerce de forma libre su profesión, sino que ingresa al proceso productivo vendiendo su fuerza especializada de trabajo a un patrón que puede ser el Estado, un organismo descentralizado como es el caso del Hospital General Pachuca en el que se dedique a prestar servicios de salud, de ahí la importancia de que los "profesionales de salud" (Enfermería) se familiarizaran con los conceptos de relación de trabajo, salario, jornada laboral, derechos y obligaciones y otros de mayor importancia como los riesgos profesionales, autoridades de trabajo, etc.

De aquí se desprende la importancia de dar a conocer los temas que otros autores abordan en relación al punto de vista histórico, la concepción del trabajo según Gorz⁴⁶ y de Marx con la conceptualización de alienación.

Parecería que la gente trabaja no porque este hecha de esa manera, sino porque la sociedad ha hecho que muchas cosas dependan del trabajo, desde los alimentos básicos, vivienda, hasta la aprobación social. Por consiguiente, podemos dar por supuesto que para la mayoría de la gente el trabajo es un medio mas que un fin en si mismo.

La cuestión es que para llegar a comprender por qué trabaja la gente, o más correctamente, porque un particular individuo trabaja, tenemos que procurar

⁴⁶ "El trabajo es una invención de la modernidad. La forma en que lo conocemos, practicamos y situamos en el centro de la vida individual y social fue inventada y luego generalizada con el industrialismo."

desenredar una maraña extremadamente compleja de finalidades y motivos humanos.

Si sospechamos que alguien está trabajando por dinero, por posición, o por un sentimiento de logro, nos inclinamos a explicar su comportamiento apelando al motivo de dinero, al motivo de status o al motivo de logro, sin embargo, lo único que hemos hecho es volver a enunciar nuestra sospecha en términos de estados internos (motivos).

Acabamos quedándonos con tantos motivos como hay objetos potenciales de comportamiento (dinero, status, logro, alimento, bebida, vivienda, variedad de experiencias, y así hasta el infinito).

Asistimos en la actualidad a un momento de desarrollo de economías eficientes, a un intensivo uso de modernas tecnologías de información y comunicación, a un alto nivel de cambio en el entorno de las organizaciones, que llevan en definitiva a la necesidad de reconocer la importancia del saber como fuente de crecimiento y competitividad, el Hospital General de Pachuca lleva 28 años de servir al pueblo hidalguense y con el paso del tiempo la incorporación de tecnología e innovación en los servicios de salud ha impulsado a los “profesionales de salud” (Enfermería) ha actualizarse y formar parte de ese mundo globalizado de la competitividad que enmarca al mundo actual.

En resumen, en la actualidad existe una revalorización del trabajo humano, que se puede caracterizar en:

- La importancia concebida al saber y la inteligencia que el trabajador aplica y moviliza.
- Importancia de saber relacionarse con las personas en el lugar de trabajo.
- Múltiples interacciones entre personas y equipos que facilitan el quehacer.

- Importancia de la capacitación y todo tipo de acciones educativas.
- Diseño de mecanismos de reconocimiento y valoración de las capacidades demostradas en el trabajo.

Concebir el trabajo, como un equilibrio psico-físico, se situaría en el extremo opuesto al trabajo como medio de vida.

La realización obtenida con el trabajo no es únicamente social, sino personal, psicológica y física. De este modo, la realización de la persona, el placer y el trabajo se identifican. El equilibrio personal obtenido mediante el trabajo y las condiciones laborales que éste supone producen un placer que la persona trabajadora llega a identificarlo con el mismo trabajo.

El trabajo además es fuente de auto-respeto, reconocimiento y respeto por parte de terceros.

Al concebir nuestro trabajo como fuente de equilibrio psico-físico la dimensión más relacional, las redes sociales que ahí se tejen y el ambiente de trabajo cobran importancia. Si las relaciones entre compañeros y con los jefes son buenas, se enriquece la vida de las personas al aumentar las posibilidades afectivas y emocionales externas al núcleo familiar. El trabajo está integrado junto al resto de ámbitos vitales y es aceptado de forma positiva, forma parte coherente de la vida. Incluso se socializa con compañeros que pasan a formar parte del ocio y del círculo de contactos y amistades.

Marx aporta la verdadera significación del trabajo como realización de la personalidad y la potencialidad humanas, que ni Hegel, ni Feuerbach, ni Proudhon habían logrado entrever. Como señala Marcuse, “liberadas de las limitaciones de una ciencia especializada, las categorías económicas se manifiestan como factores determinantes de la existencia humana (...) Lejos de ser una simple

actividad económica, el trabajo es la actividad “existencial” del hombre, su “actividad libre, consciente”, de ninguna manera sólo un medio para mantener su vida, sino para desarrollar su naturaleza universal (...) la esclavitud del trabajo y su liberación son condiciones que van más allá del marco de la economía política y afectan los fundamentos mismos de la existencia humana”⁴⁷. Dice Marx que la realización del trabajo aparece como desrealización del trabajador. El trabajo produce objetos, se objetiva. Desde el punto de vista del trabajador, esos objetos le son extraños (no le pertenecen) y hostiles, en cuanto lo dominan y lo esclavizan.

No sólo el objeto de su trabajo, sino el trabajo mismo, la propia actividad, le resulta ajena al trabajador. Porque en vez de ser un acto de afirmación de su carácter humano, de libre desarrollo de las potencias físicas y espirituales, el trabajo deviene una carga, una tortura, un simple medio para satisfacer necesidades materiales, una actividad forzada bajo la coacción del hambre. De este modo, la actividad que mejor se corresponde con la esencia humana queda rebajada a un auto sacrificio inevitable. Y, por otro lado, las funciones más puramente animales (alimentarse, engendrar) son casi las únicas en las que el trabajador encuentra satisfacción y se halla a gusto.

La enajenación alienación no resulta un fenómeno novedoso ni mucho menos exclusivo de la modernidad capitalista, ya que los gérmenes que le dieron origen tienen su base en las sociedades más antiguas, Marx limita el análisis de este fenómeno a la etapa capitalista, pero extiende la existencia del mismo a toda la historia conocida, los 7000 años de explotación. A partir de la división social del trabajo que creó las condiciones para el desarrollo de las clases sociales y el consiguiente proceso de enriquecimiento de unas con respecto a otras lo que creó las bases de la propiedad privada sobre los medios de producción dando origen a la alienación del trabajo.

⁴⁷ 2. H. Marcuse, Marx y el trabajo alienado, Buenos Aires, Cepe, 1972, pp. 10 y 12.

Expresado en su forma mas técnica el concepto de alienación "...describe el fenómeno de la inversión de la relación sujeto – objeto..."⁴⁸

Por lo que se admite además que existen diversas formas de alienación generada en las diversas esferas de la vida política y familiar, el derecho y la moral, en el arte y la literatura, la filosofía, etc.

Resulta por tanto evidente que cualquiera de las formas en que se manifiesta la enajenación disminuye el papel humano frente a aquellos objetos de su creación los cuales deberían tener como finalidad el enriquecimiento espiritual y engrandecimiento del hombre y que por el contrario lo limitan y obstaculizan.

En los grupos sociales ocurren muchos procesos destacándose los de socialización, creación de normas, presión hacia la obediencia y la conformidad, presión a cierto nivel básico de homogeneidad, el establecimiento de mecanismos de solidaridad, cooperación o competencia así como el establecimiento de categorías y clases sociales, entre muchos otros. La Psicología Social surge precisamente para estudiar y conceptualizar esa relación individuo-sociedad en todos sus aspectos.

Vivir en sociedad, sin embargo, es indispensable e inevitable. La inserción del individuo al grupo es fundamental (Cooley, 1979). Es así como cada grupo establece sus mecanismos, procesos y controles sociales hacia el individuo que inician en la socialización primaria. El concepto de enajenación surge precisamente en esa primera socialización primaria, una enajenación ante el propio yo, que entendemos por el modelo ideal de la personalidad humana, originado históricamente y socialmente internalizado. Toda sociedad posee no solamente un sistema propio de valores y normas de comportamiento, sino también su patrón de personalidad, es decir, tales modelos ideales. "... luego

⁴⁸ Riu, F. Usos y abusos del concepto Alienación. Editores Monte Avila S. A. Venezuela. 1981. 127

comparamos, precisamente, el “yo” con el patrón de personalidad social y con el individual o con determinados modelos de este “yo”⁴⁹

Es evidente considerar que posiblemente estos modelos no lleguen a coincidir, sin embargo nos permite vislumbrar un juicio respecto a cuál será el grado en que el sujeto en cuestión estará enajenado, conforme a una idea social.

El grado de alienación está determinado por la medida en la cual la realidad se aparta del modelo aceptado, y confirmando que no tiene porque la apreciación social estar de acuerdo con el sentimiento individual.

Pero este fenómeno de corte social, puede ser visto en varios campos en el quehacer del sujeto, desde demostrar una alienación frente a la propia vida (vacío existencial) y una alienación de la propia actividad, esta última que nos remite a la actividad del ser humano, el trabajo.

El llamado vacío existencial, se refiere a “... sentimientos del vacío interior y de la falta de sentido de sus vidas refugiándose en el alcohol o en las drogas, en las fijaciones sexuales, en el gamberrismo y en el crimen”⁵⁰ se describe considerando que el modelo de valores que se crea y se confronta socialmente no le es compatible con su concepción ante su propia vida, al contrario este sujeto considera que su vida es incompatible con su sistema de valores. Cuando esto sucede, hay una pérdida del sentido de la vida, de la meta, etc., es un fenómeno que existe realmente a escala social y que no se detiene ante ningún sistema determinado.

La frustración por una vida que no corresponde al modelo que había hecho el sujeto, una vida que no coincide con el sistema de valores aceptado por él, que conduce por último a la sensación de una vida no realizada, subyace a la pérdida del sentido de la vida. Víktor Frankl plantea “... este problema no solamente a escala individual psicológica, sino también a escala social... Frankl

⁴⁹ Schaff, A. La alienación como fenómeno social. Grijalbo, España, 1979. pp- 238-271.

⁵⁰ Ibidem, 252

hace un llamado a devolverle al hombre el sentido de su vida, es decir, las metas socialmente internalizadas de su actividad...”⁵¹

Y si bien consideramos que para quien pierde el sentido de su vida, perderá el sentido entonces ante su propia actividad, al hablar de alienación y alienación de sí mismo del ser humano, Marx parte igualmente de la actividad, que adopta la forma del trabajo.

Para vivir el sujeto tiene que ocuparse de alguna manera, y en este sentido se puede hablar de la vida como de una actividad. Pero si dejamos de lado las funciones orgánicas, que son independientes de la voluntad del hombre, su actividad consiente puede tomar ya sea la forma de la actividad creadora o la del trabajo.

Cuando la actividad humana se convierte en mercancía y está sometida a las leyes de mercado. En este caso, incluso la actividad creadora pierde su carácter espontáneo, deja de servir a la satisfacción de las necesidades estéticas del hombre; sometidas a las leyes de la economía mercantil, se convierte en algo ajeno al hombre, una carga que en ningún caso satisface sus necesidades y ambiciones sino despierta en él el sentimiento de una vida no realizada y toda clase de frustraciones.

Un efecto semejante es la que sucede en el caso de la actividad creadora del humano, la que para el autor la llama el trabajo; se da la llamada alienación de la actividad humana.

“... esta descansa naturalmente sobre la superación de aquellas condiciones específicas que transforman la actividad humana (también llamada creadora) en una mercancía, enajenándola con ello, es decir, haciendo de ella

⁵¹ Ibidem, 255

algo ajeno al hombre, algo con lo cuál éste, en circunstancias normales (si no tuviese totalmente embrutecido bajo el influjo de la realidad en la cual vive) ...”⁵²

Ante esta situación el trabajo puede volverse generador de estados estresantes y cuestionantes del sentido de vida y del trabajo para el individuo; “El trabajo no siempre tiene en nuestra situación social contemporánea condiciones humanizantes, sino profundamente opresoras, alienantes, altamente mecanizadas y anónimas, por lo tanto injustas, y está en el ser humano el construir la dimensión del trabajo en el contexto de los valores realmente creativos y no en una ética de poder o de éxito”⁵³

⁵² Ibidem, 262

⁵³ Pareja, G.; (1999); “La voluntad en busca de sentido”, en Viktor E. Frankl. Comunicación y resistencia. Ed. La Red de Jonás. Premia Editora. México. Pág. 187-188

CAPITULO III

ENFERMERÍA: POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE.

La importancia de enfocarnos al quehacer de la Enfermería es porque su labor es de vital importancia, tanto en instituciones de servicios de salud públicos como privados, por la naturaleza de su actividad lleva consigo un sin número de riesgos y amenazas a su bienestar tanto físico como mental, han sido y con esta investigación siguen siendo blanco de estudio e incluso podría denominarse un foco de alarma y atención, sin menospreciar las otras tantas actividades laborales en las que también se corren riesgos, sin embargo este tipo de valoraciones documentales como lo es una investigación más allá de sumar datos, en lo particular, se pretende sumar esfuerzos y evidencias de que hay que atacar una problemática y llegar a formalizar una nueva cultura de prevención.

El Estrés Laboral en esta profesión está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Es una profesión en la que inciden especialmente Estresores como la escasez de personal, que supone, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Todos estos Estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout). Identificar las variables antecedentes del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” supone considerar variables del entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas de estas profesiones. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

“Dentro de los riesgos a los que están sometidos los profesionales de Enfermería, es innegable que los riesgos biológicos ocupan un lugar destacado;

en parte debido por la realización de un altísimo porcentaje del número total de técnicas invasivas que se realizan en un hospital... ”

“La Enfermería es una profesión especialmente vocacional de ayuda y cuidados; posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, lo que hacen ser a este colectivo más vulnerable al Estrés Laboral...Circunstancias propias del trabajo desarrollado: muchas horas unidas al sufrimiento del paciente; ser el intermediario entre el paciente, el médico y la familia; soportar críticas y exigencias de ambos lados; la devaluada imagen de la profesión; el poco reconocimiento social de esta profesión y las dificultades organizativas, son el marco adecuado para que pueda instaurarse el Estrés Laboral con todas sus manifestaciones psicofísica y/o el Síndrome Burnout... ”

Pero resulta indispensable poder situar al lector en lo que significa la profesión de la Enfermería, y para ello presentar un marco conceptual-referencial es imprescindible.

“La enfermería es un arte y una ciencia que incluye muchas actividades, conceptos y habilidades relacionadas con ciencias sociales básicas, ciencias físicas, ética, cuestiones contemporáneas y otras áreas... las enfermeras asumen muchos papeles simultáneamente: prestadoras de cuidados, tomadora de decisiones clínicas, investigadora de la defensa del cliente y la familia, y educadora.”

Para describir a la profesión de la Enfermería habría que indagar un poco sobre una perspectiva que nos situé en los orígenes, se supone que la finalidad de esta práctica no ha cambiado a lo largo de la humanidad, sin embargo los avances a la ciencia han influido en la práctica enfermería y las necesidades cambiantes de la sociedad.

3.1. Antecedentes

“La Enfermería empezó como un deseo de mantener a las personas sanas y de ofrecer comodidad y confianza al enfermo”

Históricamente tanto hombre como mujeres han adoptado la profesión de la Enfermería, aunque la prevalencia de la mujer sigue hasta la actualidad aun mas alta, desde la época prehistórica las mujeres eran las encargadas de recolectar las hierbas para curar a los enfermos, así a lo largo de la evolución humana en todo el mundo y en las grandes civilizaciones comenzó esta práctica a ser valorada y reconocida, en Egipto durante el siglo XVI a. C. ya algunas mujeres se dedicaban a cuidar enfermos y ancianos y asistir partos a los aristócratas.

Formalmente se considera que aproximadamente en el año 300 D. C. la mujer entra a la profesión de la Enfermería, sin embargo con la fundación de la orden Benedictina en el siglo XVI aumentó el numero de hombres que entraron a la Enfermería (Donahue, 1996).

El Cristianismo influyo enormemente en el desarrollo de la Enfermería, ya que formaba a Enfermeras de salud pública y visitadoras, bajo nombramientos por parte del obispo que eran muy valorados y solo se otorgaban a mujeres con una situación social elevada (Deloughery, 1998).

La necesidad de las Enfermeras y las responsabilidades crecientes de las mismas se debía al crecimiento económico del siglo XVIII, la epidemia de la viruela así como los numerosos eventos sociales en Europa.

Durante el siglo XVIII y XIX, la práctica de la Enfermería comenzó a extenderse hacia el continente Americano con la Guerra Civil, y gracias al trabajo que hasta nuestros días sigue siendo valorado y retomado para formar a las

próximas Enfermeras, Florence Nightingale a quien se le reconoce como la fundadora de la Enfermería moderna, quien estableció la primera filosofía Enfermera basada en mantenimiento y restauración de la salud.

Y durante el siglo XX la práctica de la Enfermería tuvo un movimiento revolucionario dirigido a formarse como una profesión científica por medio de la investigación, de ahí que en la primera definición de Enfermería describía los múltiples papeles de la Enfermería, entre ellos de la investigación.

Hoy en día se conceptualiza a la Enfermera como una profesión de vital importancia en el ramo de la prestación de servicios de atención sanitaria, de ahí a exigir que las futuras Enfermeras necesiten una práctica más centrada en el usuario y basada en el servicio.

La Enfermera necesita trabajar con el usuario, la familia, individualizando los cuidados, teniendo el apoyo para toda la familia. Las Enfermeras consiguen una mayor autonomía mediante mayores grados de formación, la situación jerárquica que se suscita en una Institución hospitalaria en cuestiones de status otorgados por la formación es un fenómeno que altera la armonía en el trabajo entre las Enfermeras.

Gracias a la competencia clínica y a diversas situaciones prácticas, las Enfermeras adquieren funciones cada vez más independientes. Como hemos visto, los hechos históricos que han vivido la profesión Enfermera y de forma especial los acaecidos desde la segunda mitad del siglo XIX, el avance social de la mujer, los avances tecnológicos, expansión de los hospitales, participación en las contiendas bélicas e institucionalización estatal del auxilio social, influyeron de forma sorprendente en la actividad milenaria de cuidar.

3.2. Enfermería como Profesión

La Enfermería no es simplemente una colección de habilidades específicas y la Enfermera no es simplemente una persona educada para realizar tareas específicas. La Enfermería es una profesión. Ningún factor diferencia completamente un oficio de una profesión, pero la diferencia es importante en términos sobre cómo ejercen la práctica las Enfermeras.

Las profesiones poseen las siguientes características principales:

- Una profesión precisa una formación amplia de sus miembros, así como unos fundamentos liberales básicos.
- Una profesión tiene un volumen de conocimientos teóricos que origina habilidades, capacidades y normas específicas.
- Una profesión proporciona un servicio específico.
- Los miembros de una profesión tienen autonomía para tomar decisiones y para la práctica.

La profesión en conjunto tiene un código ético para la práctica. La Enfermera comparte claramente, en cierta medida, cada una de estas características. Sin embargo, la Enfermería como profesión todavía se enfrenta a cuestiones polémicas a medida que las enfermeras se esfuerzan por una mayor profesionalidad.

La profesión de Enfermera es compleja y polifacética, con actuaciones en múltiples situaciones. Las personas pueden convertirse en una Enfermera titulada a través de diversos planes de formación. Hay múltiples oportunidades de profesión disponibles de forma que avanzan en formación e incrementan sus competencias clínicas.

La Enfermería requiere que sus miembros posean una cantidad significativa de formación Enfermera y la puesta en práctica es una controversia actualmente.

La Enfermería siempre ha sido una profesión de servicio, aunque en el pasado el servicio solía contemplarse como una caridad. Actualmente la Enfermería es un componente vital e indispensable del sistema de prestación de la atención sanitaria. Las Enfermeras actualmente y en el futuro necesitan una práctica más centrada en el usuario y basada en el servicio. La Enfermera necesita trabajar con el usuario y la familia, individualizando los cuidados, teniendo en cuenta las diferencias culturales y religiosas, y proporcionando apoyo para toda la familia y la familia extensa. El respeto al tiempo del usuario se muestra ofreciendo servicios al usuario y reduciendo los tiempos de espera en las situaciones de prestación ambulatoria y de urgencia.

Un elemento esencial para la Enfermería profesional es la autonomía, que significa que una persona es razonablemente independiente y se autocontrola en la toma de decisiones y en la práctica. Las Enfermeras consiguen una mayor autonomía mediante mayores grados de formación, la competencia clínica y a diversas situaciones prácticas, las Enfermeras adquieren funciones cada vez más independientes en la clínica, la práctica de colaboración y las situaciones prácticas de Enfermería avanzada. Al aumentar la autonomía también crece la responsabilidad y la implicación. La responsabilidad significa que la Enfermera es responsable, profesional y legalmente, del tipo y la calidad de los cuidados enfermeros prestados. La Enfermera es responsable de mantenerse al corriente de las habilidades técnicas y del conocimiento necesario para realizar los cuidados enfermeros. La propia profesión de Enfermería regula la responsabilidad mediante auditoria enfermeras y estándares prácticos.

Los tres componentes esenciales de la Enfermería profesional son cuidar, curar y coordinar. El aspecto de cuidados es más que cuidar de, también es cuidar

para y cuidar acerca de. Cuidar es tratar con seres humanos sometidos a estrés con frecuencia durante largos periodos de tiempo. El componente de cuidados enfermeros proporciona comodidad y apoyo en los momentos de ansiedad, soledad y desamparo. Supone escuchar, evaluar e intervenir en forma adecuada.

La práctica Enfermera profesional comparte la responsabilidad en la salud y el bienestar de todas las personas de la comunidad y participa en planes diseñados para prevenir la enfermedad y mantener la salud. También coordina y sincroniza a los servicios médicos y de otros profesionales y técnicos que interactúan en los cuidados del usuario. Una Enfermera profesional supervisa, enseña y dirige a todos los implicados en los cuidados enfermeros.

La Profesión de Enfermería requiere de formación para enfrentarse a las simples cambiantes necesidades sanitarias de los usuarios, desarrollar actividades de investigación para monitorizar la evolución de los usuarios, y aumentar sus habilidades psicomotoras y su conocimiento cognitivo a medida que la tecnología avanza. La Enfermería hospitalaria es el grupo mayor de Enfermeras en ejercicio. Los hospitales pueden ofrecer servicios de cuidados agudos para pacientes con una enfermedad grave y problemas médicos, psicológicos y sociales complejos. Estos pacientes suelen ser más dependientes y están más gravemente enfermos que los clientes en el pasado, asociado con hospitalizaciones más cortas. Como resultado de ello, la práctica Enfermera en cuidados agudos ha pasado a ser más especializada y compleja.

Un aspecto importante en el ejercicio de las Enfermeras es que deben ser conscientes de cómo contemplan la salud y la enfermedad las diferentes culturas. Las Enfermeras han de ser conscientes y competentes culturalmente. La atención que no está adaptada culturalmente puede ser más costosa e inefectiva. La mayoría de Enfermeras son mujeres, por lo que se está reivindicando cada vez más la igualdad de sus derechos como seres humanos, trabajadoras y

profesionales sanitarios, esto ha generado que busquen mayor responsabilidad y control de sus cuerpos, su salud y sus vidas en general. A medida que las mujeres son más conscientes de sus propias necesidades y cualidades únicas, buscan una atención sanitaria que les ayude a satisfacer esas necesidades y alcanzar todo su potencial.

3.3. Ética y Valores en Enfermería.

"Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida digna y ejercer mi profesión honradamente.

Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomare ni suministraré cualquier sustancia o producto que sea perjudicial para la salud. Haré todo lo que este a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y considerare como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares en mis pacientes. Seré una fiel asistente de los médicos y dedicare mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado"

El término ética se refiere al estudio de los ideales filosóficos de conducta errónea y correcta. En una práctica profesional como la Enfermería, un código ético proporciona guías para una atención segura y compasiva.

Es importante mencionar los principios éticos con los cuales se rige la profesión de Enfermería y son los siguientes:

1. **Autonomía:** Se refiere a la independencia de otra persona. Como un estándar en ética la autonomía representa un acuerdo para respetar el derecho del otro a determinar el curso de una acción. El respeto por la autonomía del otro es fundamental para la práctica de la atención sanitaria. Sirve para justificar la

inclusión de usuarios en todos los aspectos de la toma de decisiones respecto a su atención sanitaria. El acuerdo para respetar la autonomía supone el reconocimiento de que los usuarios son responsables de su propio destino en cuestiones de salud y enfermedad.

2. Beneficencia: Se refiere a realizar acciones positivas para ayudar a los demás. La práctica de la beneficencia refuerza el deseo de hacer el bien a los demás. El compromiso con la beneficencia ayuda a orientar las decisiones difíciles en las que los beneficios de un tratamiento pueden ser cuestionados por los riesgos para el bienestar o la dignidad del paciente-usuario.

3. No maleficencia: Se refiere a dañar o lesionar; por lo que la no-maleficencia es la evitación de una lesión o un daño. En la ética de la atención sanitaria es importante recordar que la práctica ética requiere no sólo la voluntad de hacer el bien, sino también el mismo compromiso para no hacer daño. El profesional de la atención sanitaria escoge sopesar los riesgos y los beneficios de un plan de cuidados, mientras se esfuerza por hacer el menor daño posible.

4. Fidelidad: Se refiere al acuerdo para mantener promesas. Un compromiso de fidelidad explica la reticencia a abandonar a los usuarios, incluso cuando surgen los desacuerdos sobre las decisiones que puede tomar un paciente-usuario. El estándar de fidelidad también incluye un compromiso para seguir con los cuidados ofrecidos a los usuarios.

5. Responsabilidad: Se refiere a la capacidad para responder de las propias acciones. Una Enfermera es responsable de sí misma sobre todo. Además la Enfermera sopesa la responsabilidad con el usuario, la profesión, la empresa y la sociedad.

6. Formalidad: Se refiere a las características de fiabilidad y seriedad. El término implica una capacidad para distinguir entre correcto e incorrecto. En la Enfermería profesional, la formalidad incluye una obligación de realizar acciones y con seriedad.

7. Confidencialidad: Los profesionales sanitarios se esfuerzan en garantizar que se respete la privacidad del usuario. La información de la atención sanitaria, incluyendo los resultados de laboratorio, el diagnóstico y el pronóstico, no se comparte con los demás sin el consentimiento específico del usuario.

8. Veracidad: Significa fiabilidad o conformidad con la verdad. Como parte del código ético enfermero, la veracidad guía a las Enfermeras a practicar la verdad.

Hacer referencia de estos principios es de vital importancia ya que en el mundo vertiginoso en el que actualmente vivimos se ha puesto en tela de juicio a los valores; si bien estos nos guían, son flexibles y dinámicos, actualmente pasan por una etapa de transición en la que son severamente cuestionados o desacreditados.

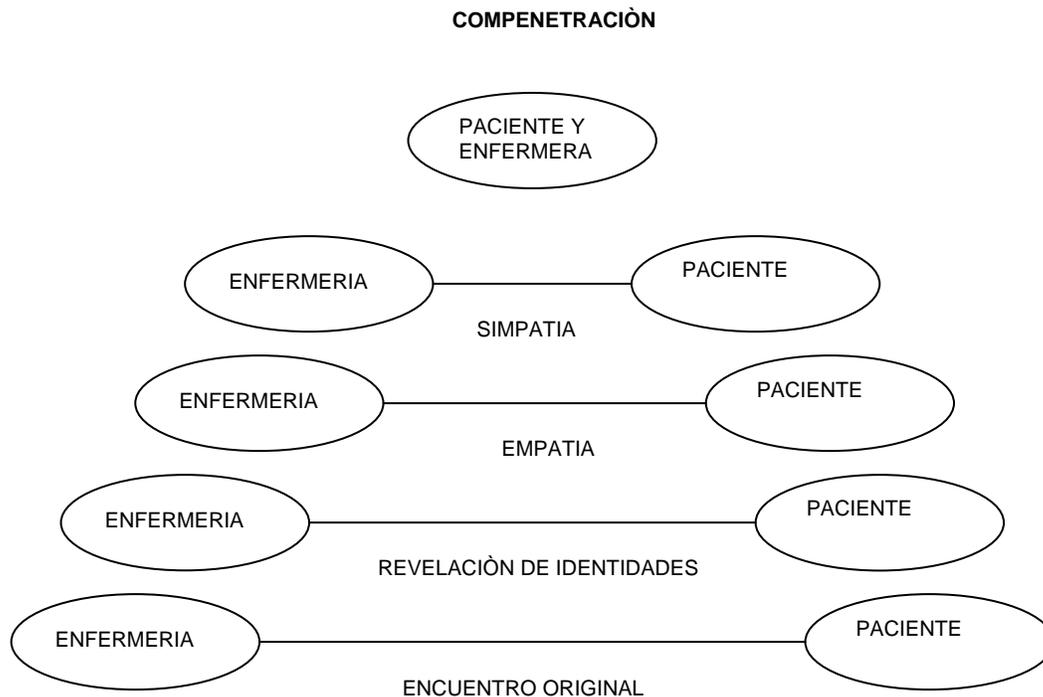
El trabajo de la Enfermera en un Hospital, representa el espacio en el que la persona única, irrepetible y finita, encuentra su vinculación con la comunidad. Ahí la existencia singular cobra sentido y el valor por su profesión y sus principios se hacen indescriptibles, conservar eso, es lo que realmente hace que su labor tenga aun más sentido.

El trabajo de la Enfermera como elemento movilizador de la energía creadora, la manera en como lo hace, su actitud frente a esta labor diaria, es un factor determinante para el desarrollo de su personalidad, porque a través de él proyecta sus aspiraciones, se entusiasma con sus logros, canaliza su necesidad

de realización individual, y lo que es muy importante, mantiene un vínculo social con sus pacientes que la dignifica.

En ese sentido, existe un modelo denominado “Modelo de relación de persona a persona”, que representa la interacción entre la Enfermera y el paciente y que representa justo lo que sería óptimo para el desarrollo de las habilidades de la Enfermera, la calidad y atención digna para el usuario y la capacidad empática entre el profesional de la salud y el paciente. Ver figura 3.1.

Los semicírculos del nivel de encuentro indican la posibilidad y la necesidad de establecer una relación terapéutica. Conforme avanza el proceso de interacción hacia el nivel de compenetración, estos semicírculos van complementándose hasta cerrar del todo, como símbolo de que se ha alcanzado la capacidad para una relación terapéutica.



Cuadro 3.1 Relación de persona a persona

El Dr. Viktor Frankl considera que el hombre tiene como principal interés cumplir un sentido y realizar sus principios morales para darle un sentido a su vida. Sentido es lo significativo para cada individuo en cada situación particular de la vida. Sentido de vida, se refiere a la capacidad para salir de uno mismo para ir al encuentro con los valores, con el amor y con el sentido de autotranscendencia como esencia de la existencia misma. El ejercicio profesional de la Enfermera es justamente eso, mientras situaciones extralaborales e individuales no sean factores desencadenantes del “Síndrome de Desgaste Profesional” entonces existirá un libre y satisfactorio desempeño de las actividades a las que decidieron emplear su vida.

3.4. Estrés en la Mujer Trabajadora (Enfermería)

El mundo del trabajo ha vivido transformaciones profundas en todos los sentidos a lo largo del siglo pasado e inicios de este. Uno de estos cambios ha sido la incorporación progresiva y en los últimos tiempos masiva, de las mujeres al campo laboral. Tal como menciona Garbi, la participación de la mujer en actividades económicas, políticas y culturales es cada vez más notoria a nivel mundial.

La mujer que trabaja fuera del hogar, puede verse expuesta a una gran cantidad de tensiones, sin embargo el tipo de profesión que ejerza puede convertirse en un factor de riesgo aunado a las múltiples actividades extralaborales como el cuidado de los hijos y las tareas propias de la casa; en especial si se trata de profesiones de servicio donde la atención y ayuda a otros caracteriza el desempeño.

Por otra parte, las actividades laborales relacionadas con la asistencia a otros han merecido gran atención por parte de los investigadores de las ciencias

sociales incluyendo investigaciones locales, en especial en los últimos años. En la presente investigación la atención se ha centrado en un grupo aquellos denominados “profesionales de salud” (Enfermería)

La profesión de Enfermería se caracteriza por el manejo de situaciones críticas, y un desempeño eficiente y efectivo, de ahí que diversos autores han señalado que esta profesión conlleva a una gran responsabilidad y por ende a presiones, conflictos y cambios continuos. En la esfera social y doméstica, las mujeres profesionistas reconocen que el Estrés elevado se debe a conflictos con el marido y el desarrollo de la carrera y los existentes entre la carrera y la vida familiar. A nivel individual, las mujeres de trabajo adoptan un estilo de demanda más rígido cuando ejercen autoridad.

Uno de los riesgos del ejercicio de la Enfermería es la presencia de Estrés Laboral Crónico; es así que Karasek y Theorell caracterizaron el trabajo de Enfermería como de alta demanda y bajo control; esta combinación convierte a ese puesto, en un trabajo de alta tensión; lo que se traduce en mayor nivel de Estrés e insatisfacción laboral.

El Modelo de Demanda-Control propuesto por Karasek y Theorell, concibe que el Estrés Laboral y sus efectos resulten no de un aspecto simple del ambiente laboral, sino de los efectos conjuntos de las demandas de una situación de trabajo y el rango de la libertad de tomar decisiones disponibles para el trabajador que enfrenta estas demandas. La tensión laboral ocurre cuando las demandas son altas y la capacidad de tomar decisiones es baja .

Por otra parte, las mujeres que trabajan fuera del hogar perciben beneficios tanto materiales como psicológicos que redundan en su desarrollo profesional, pero cuando la mujer tiene otras responsabilidades familiares, crianza de los hijos

y administración del hogar, por ejemplo, éstas pueden representar altas demandas que a su vez pueden influir en sus condiciones de salud y en el nivel de bienestar en general.

Las mujeres profesionistas con perfil de riesgo elevado de Estrés, en sus sitios de trabajo están sometidas a tensiones abrumadoras inducidas por un exceso de tareas a cumplir, conjugadas con problemas relacionados con su papel de ejercer autoridad (Stora, 1991).

Así pues, las mujeres son sujetos de dos grandes categorías de Estrés Laboral: uno relacionado con su identidad biológica y otro con su ejercicio profesional.

Desde que en 1946 en la Carta Constitutiva de Naciones Unidas se afirmó el principio de no discriminación, proclamando la igualdad de derechos y de oportunidades entre hombres y mujeres, se han presentado numerosas actuaciones, políticas y normas que han tenido por objeto tratar cuestiones sobre las condiciones de trabajo y la calidad de vida laboral, tanto para hombres como para mujeres. La doctrina científica más moderna pone reiteradamente de manifiesto que desde un concepto integral de salud tanto de mujeres como de hombres trabajadores, ésta va a depender de factores biológicos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

Centrándonos exclusivamente en el colectivo femenino, los riesgos de carácter psicológico y el Estrés Laboral han sido objeto de investigaciones desde hace sólo diez años aproximadamente. Los estudios realizados por la doctora Frankenhaeuser y el doctor Lundberg, han puesto de manifiesto que los factores psicológicos más importantes que provocan bajas por Estrés en las mujeres son la inseguridad, la pérdida de control, la ansiedad, la angustia, el dolor, el desamparo y la impotencia.

También se ha demostrado que, mientras los hombres muestran en general una alta correlación entre el nivel de Estrés en el trabajo y la respuesta biológica al mismo, entre las mujeres las respuestas psicofisiológicas en el trabajo están estrechamente ligadas con sus respuestas al Estrés Laboral posterior al trabajo. Es decir, el que se produce durante las horas que están en sus domicilios, lo cual ha servido para aclarar las causas de la correlación establecida estadísticamente entre:

- la realización de horas extras, y
- un elevado nivel de infarto de miocardio entre las mujeres, nivel que no se detectaba entre los hombres.

Por el contrario, a pesar de haberse realizado escasos análisis sobre los efectos que produce en la salud psicofísica de las mujeres, la asunción en exclusiva de los problemas relacionados con el cuidado de los hijos, en relación con la flexibilización de la jornada y sus cambios continuos, se encontró que se producía un nivel de Estrés en las trabajadoras madres de familia mucho más alto que el de los hombres, repercutiendo indudablemente en su trabajo y en su salud.

Las investigaciones realizadas llevan a la conclusión, en función del género, de que el Estrés Laboral en la mujer se encuentra modulado por:

- las exigencias de las demandas sociales, aumentadas por la discriminación laboral,
- la doble jornada (trabajo externo al hogar compartido con el trabajo en casa),
- los trabajos "feminizados" con bajos niveles de autonomía, de posibilidad de control y de promoción.

Como manifestación importante del estado de estrés aparece una alteración de las fases del sueño y de la profundidad del descanso nocturno, provocando

como consecuencia la sensación de cansancio matutino, alteración del funcionamiento intestinal, del ritmo cardíaco y en ocasiones incremento de la sensación de ansiedad y angustia, junto al incremento de contractura muscular y aumento de la sensación de dolor de espalda en las zonas cervical, dorsal y lumbar.

Como conclusión, es importante introducir el análisis de género, estudiar los riesgos propios de los trabajos de las mujeres y las desiguales situaciones individuales de los trabajadores en función de su entorno y su rol social, y tener en cuenta los efectos de las condiciones de trabajo y su repercusión en la salud de los “profesionales de salud” (Enfermería), y como no, mantener una política coherente de prevención.

IV. METODOLOGÍA

4.1. CONTEXTO

El Hospital General Pachuca se crea como una respuesta a las necesidades de la población hidalguense, de contar con un centro de atención de segundo nivel con cuatro especialidades básicas, se inaugura en el mes de agosto de 1978.

El Hospital General Pachuca es un centro de atención de segundo nivel constituido por las siguientes áreas, Dirección, Subdirección Médica, subdirección administrativa, subdirección de calidad y admisión hospitalaria y una subdirección de enseñanza e investigación; distribuidos en todo el edificio (dos naves y una torre hospitalaria), los “trabajadores de salud” (Enfermería) se desplazan diariamente durante los 6 turnos para realizar su función:

- Matutino
- Vespertino
- Nocturno A
- Nocturno B
- Especial Diurno
- Especial Nocturno

El área hospitalaria actualmente dispone de 180 camas censables. Funciona con cinco pisos (torre hospitalaria):

- Primer piso se encuentra el Servicio de Gineco-obstétrico, UTIN (Unidad de Terapia Intermedia Neonatal) y Clínica de Lactancia.

- Segundo piso pertenece a Traumatología y UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).
- Tercer piso dedicado al Servicio de Pediatría.
- Cuarto piso se encuentra Cirugía
- Quinto piso se dedica al Servicio de Medicina Interna.

En la planta baja se encuentran Consulta Externa, Dirección General, Terapia Intensiva Adultos, Quirófano, Ceye, Tococirugía, Recuperación, Clínica de Displasias, Cirugía Ambulatoria, Tomografía y un Servicio de Rehabilitación.

En la parte posterior se encuentra el Servicio de Urgencias.

4.2. POBLACIÓN

El “profesional de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca es una población que denota características dignas de ser estudiadas mismas que desde la perspectiva teórica podrían desembocar en factores de riesgo para desarrollar un “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout), la enorme carga de trabajo, la jornada laboral distribuida en seis turnos, características de corte psicosocial que afectan la socialización que implica un clima laboral interesante.

Para poder seleccionar la muestra se definió la unidad de análisis es decir, se definió aplicar el instrumento MBI Maslash a toda la población de enfermería del Hospital General Pachuca. Para este proceso cuantitativo la muestra se determino con 246 Enfermeras de base todas provenientes de la plantilla registrada en el Área de Recursos Humanos del mismo Hospital, persiguiendo los criterios siguientes:

Criterios de inclusión

- Enfermeras de base.
- Hombre y mujeres.

- Entre 23 y 70 años.
- Independientemente del turno, perfil y servicio.

Criterios de exclusión

- Enfermeras de contrato que cubran un servicio o suplencia.
- Periodo vacacional durante la medición.
- Enfermedad incapacitante.

Criterios de eliminación

- Enfermeras que no concluyan el 90% del cuestionario.
- Enfermeras que se encuentren ausentes del Hospital en el momento de la aplicación.
- Enfermeras que dejen o abandonen su participación en el estudio.

Se lanzaron al campo de investigación las 246 cédulas destinadas a cada una de las Enfermeras nombradas en la plantilla, sin embargo por situaciones como:

- Vacaciones.
- Licencias por gravidez.
- Incapacidades.
- Permisos económicos.
- Permisos beca por estudios.
- Pago de guardias.
- Faltas.
- Extravío.
- No contesto regresándola en blanco.
- No acepto la cédula y
- Cédulas incompletas.

Se obtuvo el resultante de 124 cédulas concluidas propias para el análisis estadístico, de las cuales se obtuvo la siguiente interpretación. Una media de edad

de 35-39 años, una desviación estándar 19.00, y un recorrido de 30 a 60 años. De ellos, 122 mujeres y 2 hombres. La muestra obtenida supone un 50.40% de las 246 Enfermeras de base del Hospital General de Pachuca registradas en la plantilla de personal.

4.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

4.3.1. Tipo de Estudio

- Observacional: Se presencian los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables.
- Transversal: La investigación se centra en analizar cual es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.
- Descriptivo: “Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico describir es medir. Esto es, en estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente” (Hernández 2003)
- Correlacional: Se medirá el grado de relación entre dos o más conceptos o variables en un contexto particular.
- Abierto: El investigador conoce las condiciones de aplicación de la maniobra y resultado de las variables de resultado.

4.3.2. Variables.

Variable dependiente:

Síndrome Burnout: Es la respuesta al estrés emocional crónico de tratar extensivamente con otros seres humanos, principalmente cuando estos tienen

problemas. Se caracteriza por una sensación de no poder dar más de sí desde el punto de vista profesional (agotamiento emocional, EE), que constituye el elemento central del síndrome. Suele conducir a un distanciamiento de los compañeros de trabajo y de los pacientes, esto conduce a la deshumanización de las relaciones, (despersonalización, DP). Por último, el profesional suele sentir que las demandas laborales exceden sus capacidades (sentimientos de inadecuación profesional, PA), los tres elementos están ligados entre sí a través de una relación hipotéticamente asimétrica en la que el primero conduce a los otros dos. Maslach (1982).

Variable independiente:

Agotamiento emocional: Se entiende la situación en la que las enfermeras sienten que ya no pueden dar más de sí mismas a nivel afectivo.

Despersonalización: Es definida como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Se pudieran comportar en forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.

La falta de realización personal: Se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Estas variables serán tratadas con la aplicación del instrumento “Maslach Burnout Inventory” (MBI)

4.3.3. Operacionalización de las variables.

Variables sociodemográficas:

Edad:

Definición conceptual (Dc): Medida en años de cualquier periodo de vida.

Definición operacional (Do): Años cumplidos hasta la fecha de aplicación del instrumento.

Sexo:

Dc: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Do: Respuesta a la pregunta con las opciones (1= Femenino y 2= Masculino)

Estado civil:

Dc: Condición legal-social que establece un ser humano en convivencia con otra persona.

Do: Respuesta a la pregunta con las opciones (1= Soltera, 2= Casada, 3= Divorciada, 4= Viuda, 5= Unión libre y 6= Separada)

Medio de transporte que utiliza para ir de su casa al centro de trabajo:

Dc: Medio de transporte que emplea para llegar a su centro de trabajo proveniente de su casa.

Do: Respuesta a la pregunta con las opciones (1= Automóvil particular, 2= Taxi, 3= Transporte colectivo local, 4= Autobús (foráneo), 5= Las dos anteriores)

Tiempo que transcurre del centro de trabajo a su casa:

Dc: Referente al numero de minutos que se lleva en llegar a su casa proveniente del centro de trabajo.

Do: Respuesta a la pregunta con las opciones (1= 5 a 10 min., 2= 16 a 30 min., 3= 31 a 45 min., 4= 46 a 60 min., 5= 1hrs. a 2hrs., 6= 2hrs. o más)

Duración del programa de estudios de Enfermería, sin incluir Servicio Social:

Dc: Nivel de estudios realizados alcanzado.

Do: Grado académico obtenido hasta la fecha de la aplicación de la cedula, sin

incluir el servicio social y para ello se le proporcionan las siguientes opciones (1= Menor o igual a 6 meses (asistente), 2= De 6 a 12 meses (auxiliar), 3= De 12 meses a 2 años (auxiliar), 4= 3 años (técnico), 5= Curso Postécnico, 6= 4 años (Licenciatura) y 7= Especialidad.

Funciones que desempeña:

Dc: Descripción específica del puesto acorde a su formación profesional, a los requisitos académicos, a su experiencia y a su ámbito de responsabilidad.

Do: Categoría que tiene actualmente dentro del Hospital General de Pachuca donde tiene que elegirla dentro de las siguientes opciones (1= Auxiliar de enfermería, 2= Enfermera Gral. 3= Enfermera especialista, 4= Jefe de piso o servicio, 5= Supervisora, 6= Subjefe de enfermeras, 7= Jefe de enfermeras, 8= Jefe de enseñanza, 9= Coordinadora de servicio y 10= Administrativa.

Año de ingreso a la Institución.

Dc. Año en que ingreso a la Institución en la que se desarrolla el estudio.

Do: Tiempo de antigüedad en el puesto que a la fecha del estudio desarrolla en el Hospital General de Pachuca.

Años de experiencia profesional:

Dc: Numero de años que se tiene en el ejercicio de la profesión de la Enfermera.

Do: Tiempo de antigüedad en el desarrollo de la profesión de la Enfermera.

Turno en el que labora:

Dc: Jornada de trabajo en el que se encuentra laborando.

Do: Referente a uno de los seis turnos que maneja el Hospital General de Pachuca (1= Matutino, 2= Vespertino, 3= Nocturno A, 4= Nocturno B, 5= Especial Diurno y 6= Especial Nocturno)

Servicio en el que se desempeña:

Dc: Área de atención al usuario dentro de la Institución, escenario de la investigación.

Do: Servicio donde en el momento del estudio se encuentra desempeñando su función con las siguientes opciones (1= Consulta externa, 2= Gineco-obstétrico, 3= Medicina interna, 4= Cirugía general, 5= Pediatría, 6= UCIN, 7= UTIN, 8= Terapia intensiva para adultos, 9= Quirófano, 10= CEYE, 11= Endoscopia, 12= Recuperación, 13= Tococirugía, 14= Urgencias, 15= Ortopedia y traumatología, 16= Clínica de displasias, 17= Admisión Hospitalaria, 18= Epidemiología, 19= Medicina interna, 20= Cirugía ambulatoria, 21= Consultorio materno, 22= Clínica de lactancia y 23= Tomografía.

Maslach Burnout Inventory

Cansancio emocional:

Dc: Sentimientos manifestados de una persona de emocionalmente exhausta; desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, manifestándose física y psíquicamente, o con una combinación de los dos.

Do: Respuesta a los ítems no. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. con las siguientes opciones de respuesta (0= nunca, 1= pocas veces al año o menos, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes o menos, 4= una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana, 6= todos los días)

Despersonalización:

Dc: Respuesta interpersonal y fría hacia ciertas situaciones o personas. Cambio negativo de las actitudes y respuestas hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del trabajo (pacientes-usuarios) acompañado de incrementos en la irritabilidad, y una pérdida de la motivación del mismo.

Do: Respuesta a los ítems no. 5, 10, 11, 15 y 22 con las siguientes opciones de

respuesta (0= nunca, 1= pocas veces al año o menos, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes o menos, 4= una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana, 6= todos los días)

Falta de realización personal:

Dc: Sentimientos de competencia y éxito, relacionado con uno mismo. Así como aquellos sentimientos de competencia y de éxito en el trabajo.

Do: Respuesta a los ítems no. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 con las siguientes opciones de respuesta (0= nunca, 1= pocas veces al año o menos, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes o menos, 4= una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana, 6= todos los días)

4.3.4. HIPÓTESIS

La exposición crónica de los estresores laborales lleva a los “profesionales de salud” Enfermería del Hospital General Pachuca a sufrir un síndrome de desgaste emocional (Burnout) caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de realización personal.

4.4. PILOTEO

El escenario que se eligió para llevar a cabo la primera aplicación del instrumento a profesionales de salud “Enfermería” se realizó en el Hospital Obstétrico de Pachuca, Hgo., es un centro de segundo nivel de atención a la población hidalguense, así como su principal función es proporcionar atención integral y seguridad a las mujeres en su etapa reproductiva, éste hospital cuenta con 30 camas censables, el cual está constituido por 5 turnos, excepto el turno Especial Nocturno ya que se cubre con el personal que labora en el turno de la Guardia B los días que labora son los días martes, jueves y sábado o domingo.

El primer diseño de la cédula MBI que se aplicó a la población piloto (Anexo 1) fue destinado a 30 Enfermeras de base del Hospital que representa el 34.8% de la plantilla total de personas conformada por 86 Enfermeras.

La cédula fue integrada de la siguiente forma:

- a) Título (Cédula MBI),
- b) Propósito de la Investigación,
- c) Instructivo y especificaciones de llenado,
- d) I. Datos de Identificación (1. Nombre, 2. Edad, 3. Sexo, 4. Estado civil, 5. Nacionalidad)
- e) II. Escolaridad (6. Duración del programa de estudios de enfermería, sin incluir servicio social, 7. Año de terminación de los estudios de enfermería)
- f) III. Datos Laborales (8. Tipo de contratación que tiene en su trabajo, 9. Funciones que desempeña, 10. Año en que ingreso a la institución, 11. Años de experiencia, 12. Turno en el que labora, 13. Servicio en el que se desempeña y 14. Un segundo empleo) y
- g) IV. Maslach Burnout Inventory (Cansancio emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal).

En el momento de la aplicación se les comentó acerca de la importancia del estudio de Investigación mostrando aceptación e interés por su participación, el instrumento arrojó sugerencias y observaciones sobre la cédula, las cuales se tomaron en cuenta para efectuar correcciones en los datos sociodemográficos y así construir el nuevo diseño de la cédula, que fue finalmente la que se aprobó y se aplicó a la muestra de estudio, es decir, a los profesionales de salud “Enfermería” del Hospital General de Pachuca.

4.5. INSTRUMENTO

La cédula validada fue estructurada de la siguiente forma: (Anexo 1)

- a) I. Datos de Identificación: 1.- Nombre, 2.- Edad, 3.- Sexo, 4.- Estado civil, 5.- Medio de transporte que utiliza para ir de su casa al centro de trabajo, 6.-Tiempo transcurre del centro de trabajo a su casa, 7.- Duración del programa de estudios de enfermería, sin incluir servicio social),
- b) II. Datos Laborales: 8-. Funciones que desempeña, 9-. Año en que ingreso a la institución, 10.- Años de experiencia profesional, 11.- Turno en el que labora, 12.- Servicio en el que se desempeña y 13.- Segundo empleo como personal de enfermería).
- c) III. Maslach Burnout Inventory (Cansancio emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal).

Dicho instrumento es una manera objetiva de medir y determinar el nivel de Síndrome de Desgaste Profesional “Burnout” (bajo, medio y alto) Ver tabla 4.1 que experimentan los profesionales de salud (Enfermería). Éste es uno de los pocos instrumentos que existen para medir “Burnout” y es el más utilizado.

Tabla 4.1 Criterios Diagnósticos Operativos

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	0-18	19-36	37-54
Despersonalización	0-10	11-20	21-30
Falta de Realización Personal	0-16	17-32	33-48

- 1) Cansancio Emocional, se refiere a los sentimientos de agotamiento debido a las relaciones en el centro de trabajo.
- 2) Despersonalización, como respuesta insensible del profesional hacia los pacientes-usuarios del servicio que presta.
- 3) Realización personal, se refiere a los sentimientos de competencia y de logro de éxito.

El Inventario de “Maslach Burnout Inventory” (MBI) ha sido adaptado al castellano por Ferrando y Pérez (1996). Este cuestionario contiene 22 preguntas formuladas de manera afirmativa sobre los sentimientos personales y actitudes en el trabajo y hacia las personas que tiene que atender

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.
4. Fácilmente comprendo como se sienten las personas.
5. Creo que trato a algunas personas como si fueren objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.
8. Me siento “Quemado” (agotado) por mi trabajo.
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy mi servicio.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.

La escala para valorar los ítems se presentan en forma de frecuencia. El sujeto valora, mediante un rango de siete objetivos que van de “Nunca” (0) a “Todos los días” (6), con que frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

4.6. PROGRAMA ESTADÍSTICO

Las respuestas del Maslach Burnout Inventory fueron evaluadas de acuerdo a los lineamientos del manual mismo, que categoriza el valor numérico obtenido en un nivel alto, medio o bajo del Síndrome de Burnout para cada una de las subescalas o factores y con los datos de las primeras áreas de la cédula que corresponden a las variables sociodemográficas, así como con las puntuaciones del MBI, se creó una base de datos por medio de la computadora basado en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), y a través del mismo se obtuvieron las pruebas hipótesis por medio de estadística no paramétrica: prueba de Chi cuadrada (coeficiencia de contingencia y nivel de significancia) así como también las medidas de tendencia central.

4.7. PROCEDIMIENTO Y RECOPIACIÓN DE DATOS

Con el fin de reducir al mínimo la proporción de no-respuestas se confeccionó una presentación dentro de la cédula de investigación, en la que se han recalcado los siguientes puntos:

- La importancia del tema de estudio.
- El hecho de que se dispone de apoyo institucional con la participación de la Subdirección de Enseñanza e Investigación del Hospital General Pachuca.
- La identificación del equipo investigador mediante la introducción de sus nombres, firmas y su carácter independiente.

- El carácter confidencial de los datos.
- Una estimación del tiempo que se suele tardar en llenar la cédula.
- El agradecimiento por participar.

Este apartado se mostró a cada uno de los “profesionales de salud” (Enfermería) incluidos en la muestra, así como también a aquellos que se rehusaron a contestarla. Al tratarse de un estudio en el que se trabajó con información personal sensible, se busco garantizar en todo momento la confidencialidad de las respuestas, para ello se diseño una estrategia basada en un conjunto de acciones y compromisos por parte del equipo investigador que impidiesen un uso inadecuado de los datos. Dicha estrategia se resume en los siguientes puntos:

- El nombre del encuestado (“profesional de salud” (Enfermería)) no podrían figurar en el vaciado a la matriz de datos del análisis inicial de datos. Pero si es muy importante identificar el trabajador por su nombre y proporcionar orientación personalizada para prevenir o disminuir el “Síndrome de Burnout”.
- Además en los listados donde se encontraba los nombres de los “profesionales de salud” (Enfermería) ha encuestar sólo se podía hacer constar si había entregado o no la cédula.
- El equipo investigador encargado de las labores administrativas del estudio se comprometía de forma expresa a no revelar el contenido de ninguna cédula al que pudiera tener acceso a través de su trabajo.

Estos aspectos fueron mencionados y expresados enteramente en el apartado de Ética del proyecto de investigación.

Una vez que se obtuvo el listado de los “profesionales de salud” (Enfermería) de base, se procedió a distribuir y organizar el proceso de aplicación de la cédula; la base que se tomo para la aplicación fue el turno.

Se distribuyeron las cédulas a cada uno de los profesionales de la salud (Enfermería) y se programo durante 2 semanas el visitar a cada servicio en los seis turnos, cabe señalar que se solicito el apoyo del Jefe de piso para poder encontrar con facilidad a cada uno de los “profesionales de salud” (Enfermería), se le dio seguimiento a todo el listado hasta concluir, además de que se determino que en caso de no encontrar al “profesional de salud”(Enfermería) no se destinaría un momento después para encontrarlo. Apegándose a los criterios de Inclusión Exclusión.

Para poder aplicar la cédula tenia que acudir a la Institución por la noche, situación en la cual también no se logro localizar a todo el personal de base, debido a que las Enfermeras que se encontraban en ese momento estaban pagando guardias y también suplencias, lo que perturbaba la aplicación de la cédula y que finalmente afecto en la participación del “profesional de salud” (Enfermería) en el turno de Especial Diurno y Especial Nocturno.

También se suscito la condición de que la carga de trabajo, especial en el turno matutino, impedía que se le aplicara la cédula personalmente, así que se le dejaba la cédula para que ésta la contestara en un rato libre, y para asegurar la cédula y no interferir en la labor se le solicitaba al Jefe de piso se hiciera responsable de la entrega de las cédulas al día siguiente lo que acertadamente aseguro la participación además de la recuperación de las cédulas.

4.8. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez concentradas todas las cédulas ya contestadas se procedió a revisarlas una por una, para identificar si referían los criterios de inclusión, ya expuestos en apartados anteriores además de retomar los criterios de eliminación, especialmente el que confirmaba que debía de tener más del 90% de la cédula contestada, se eliminaron 13 cédulas por no cumplir con este criterio.

Se recolectaron todas las cédulas y al calificarlas solamente resultaron 124 cédulas, mismas que contaban con las especificaciones para retomarlas en el análisis. Para su calificación se retomó el uso de la computadora para realizar la matriz de datos haciendo uso de Excel-Office y SPSS ; ya vaciados los datos provenientes de las 124 cédulas, se procedió a la elaboración de los cuadros, gráficas y la aplicación de la Chi cuadrada y los coeficientes de contingencia y nivel de significancia.

Se reunieron en cuadros para conformar el análisis y finalmente se plasmó en un informe específico conforme va el orden de la cédula.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se remitieron 246 cédulas con una tasa de respuesta de 55.69% (137 casos) de los que 13 no estaban completos (5.28%) por lo que se eliminaron quedando una muestra con el gran total de 124 casos. Para su análisis y cumplir con el objetivo de la investigación.

Respecto a las características sociodemográficas evaluadas en el apartado correspondiente a I. Datos de Identificación, la distribución por los grupos de 2) **edad** fueron los siguientes de 45 a 49 años 40 sujetos, de 35 a 39 años 26 sujetos, de 30 a 34 años 24 sujetos, de 40 a 44 años 19 sujetos, de 50 a 54 años 10 sujetos, de 55 a 59 años 3 sujetos y de 60 a 64 años un sujeto; por la variable de 3) **sexo** hubo 122 mujeres frente 2 varones, para el 4) **estado civil** la muestra se distribuyo en 66 “profesionales de salud” (Enfermería) son casados, 30 solteros, 9 viven en unión libre, 7 están divorciadas, 6 argumentan estar separadas, 4 viudas y 2 no contestaron.

Gráfico 4.1. Distribución de los grupos de edad de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca

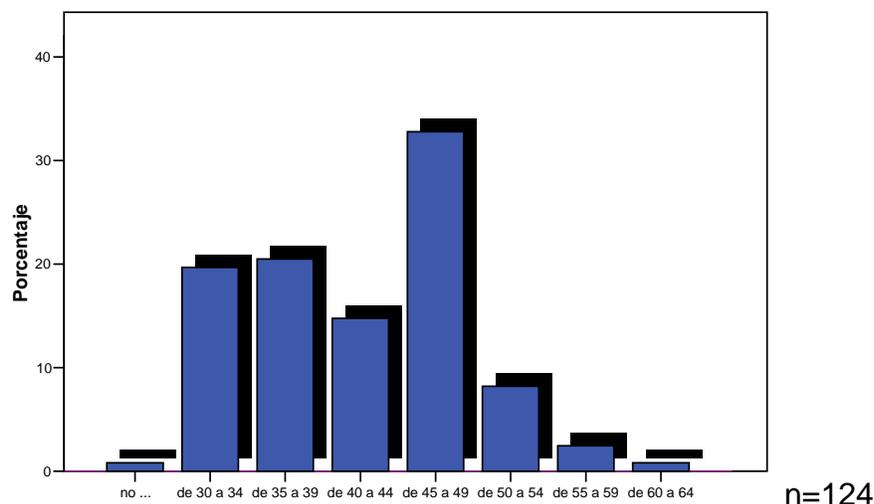
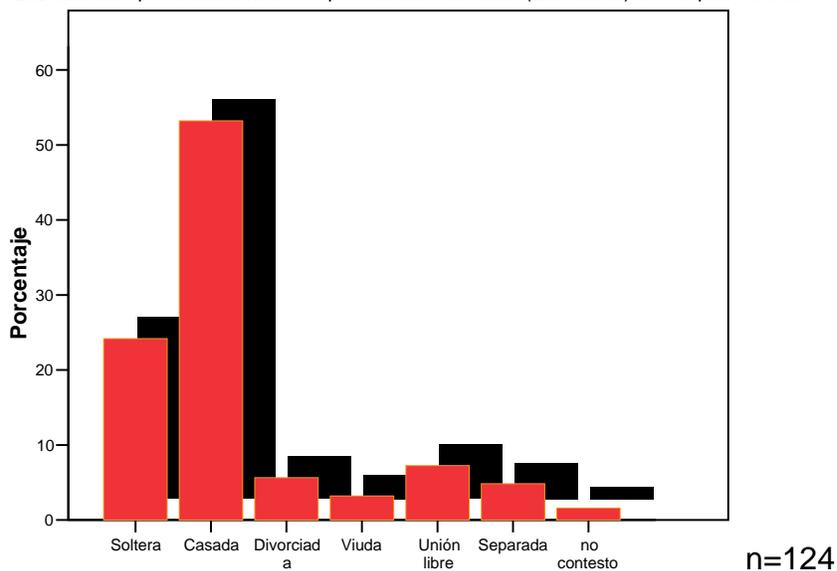


Gráfico 4.2. Distribución por estado civil de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca



Para los 5) **medios de transporte** que utilizan los “profesionales de salud” (Enfermería) para llegar al Hospital General Pachuca se encuentran distribuidos de tal manera en que 37.9% utiliza auto particular, 22.6% hace uso del transporte colectivo local, 16.9% llega en taxi, el 15.3% argumenta el uso de transporte colectivo local y taxi, el 4% utiliza el autobús foráneo y el 1.6% sugiere caminando/ no contesto. El 6) **tiempo** en que los sujetos tardan en llegar a su centro de trabajo oscila entre 42.7% llega un rango de 16 a 30 min., de 5 a 15 min. el 22.6%, de 31 a 45 min. el 16.9%, de 46 a 60 min. el 9.7%, de 1hr a 2hrs el 4%, de 2hrs a más el 3.2% mientras que el 0.8% no contesto.

Gráfico 4.3. Distribución de medio de transporte que utilizan los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca

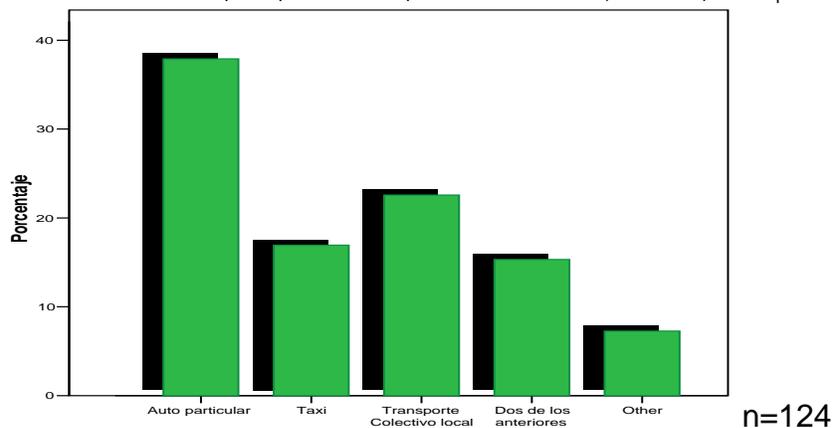
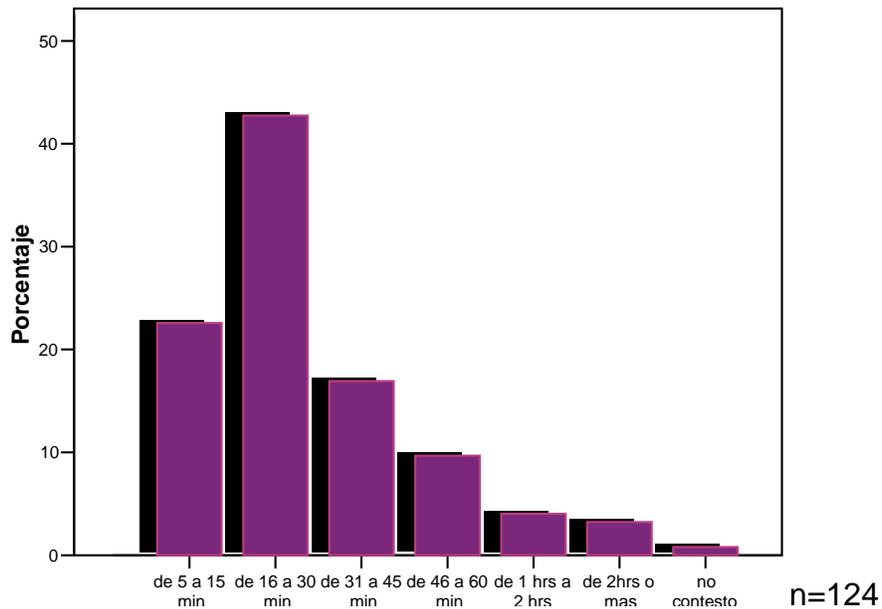
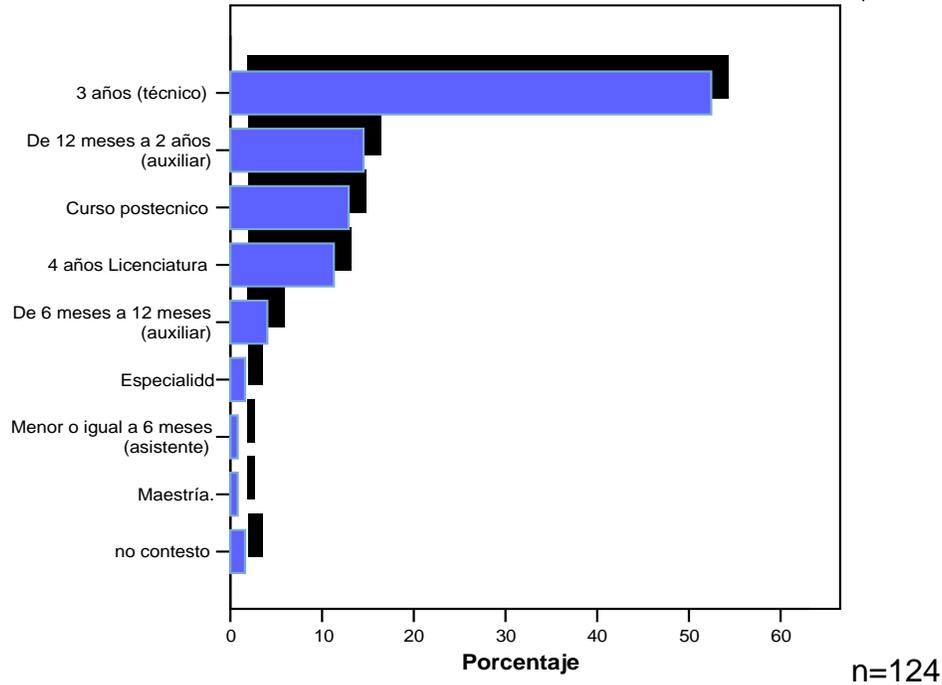


Gráfico 4.4. Distribución del tiempo en que tardan en llegar a su casa los "profesionales de salud" (Enfermería) del Hospital General Pachuca



Lo que refiere a la 7) **formación profesional** de los sujetos el 52.4% lo hizo en un programa de estudios técnico (3 años), de 12 meses a 2 años (auxiliar) el 14.5%, curso postécnico el 12%, el 11.3% lo hizo por Licenciatura (4 años), el 4% de 6 a 12 meses (auxiliar), mientras que el 1.6% tiene especialidad/ no contesto y el 0.8% tiene Maestría/ menor o igual a 6 meses (asistente).

Gráfico 4.5. Distribución de la duración del programa de estudios de los "profesionales de salud" (Enfermería) del Hospital General Pachuca



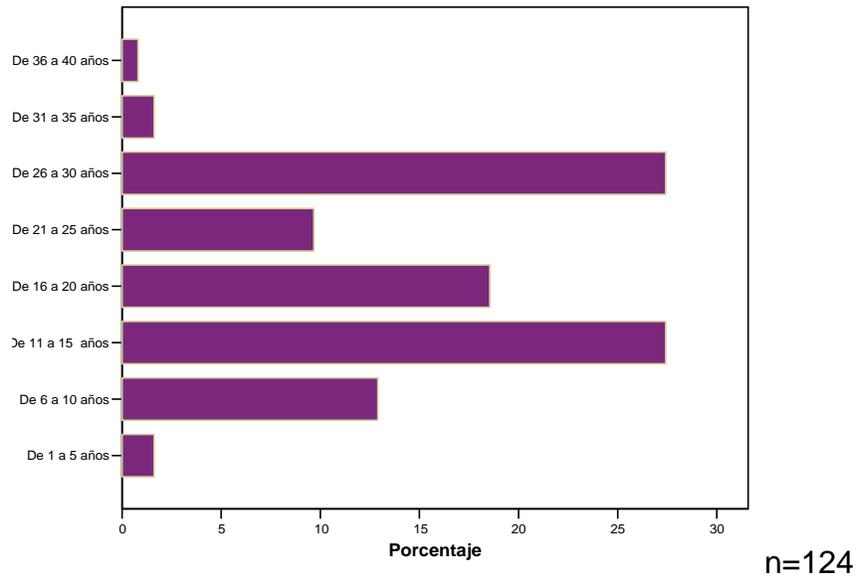
En el apartado II. Datos Laborares la distribución se dio de la siguiente manera con la 8) **función que desempeña en el Hospital General** predominante del 54.8% de Enfermeras generales, 20.2% Auxiliar de Enfermería, 12.9% Enfermera especialista, 4% Supervisora, 3.2% Jefe de piso o servicio, 2.4% no contestó, 1.6% Coordinadora de servicio y 0.8% Jefe de Enseñanza; el 9) **año de ingreso** en que los “profesionales de salud” (Enfermería) se integraron al Hospital General de Pachuca fluctúa en rangos de 1990 a 1994 45 sujetos, 1975 a 1979 30 sujetos, 1995 a 1999 15 sujetos, 1980 a 1984 14 sujetos, 1985 a 1989 13 sujetos, del 2000 al 2004 sólo 7 sujetos, sin embargo resultaba importante identificar su 10) **experiencia** (Tabla 4.2) y cuánta de ella se ha llevado a cabo en el Hospital General de Pachuca escenario del estudio.

Tabla 4.2 Experiencia laboral del "profesional de salud" (Enfermería)

Intervalo de años trabajados	Frecuencia	Distribución Porcentual
De 36 a 40 años	1	0.8
De 31 a 35 años	2	1.6
De 26 a 30 años	34	27.4
De 21 a 25 años	12	9.7
De 16 a 20 años	23	18.5
De 11 a 15 años	34	27.4
De 6 a 10 años	16	12.9
De 1 a 5 años	2	1.6
Total	124	100.0

n=124

Gráfico 4.6. Distribución de los años de experiencia de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca



También en el apartado de los Datos Laborales se encuentra la variable referente al 11) **Turno** en el que se encontraban en el momento de la aplicación de la cédula los “profesionales de salud” (Enfermería), se encontró una relación importante ya que el comportamiento de esta variable fue concluyente en el total de cédulas recibidas para el análisis, las razones por las cuales no se recibieron las 246 cédulas, que se pretendían, se debió a las situaciones que se suscitan en los turnos, los permisos, inasistencias, vacaciones, incapacidades, etc., por lo que resulta interesante proponer el número de cada uno de los “profesionales de salud” (Enfermería) que debía de encontrarse en cada turno en el momento de la aplicación, y con ello evaluar la participación.

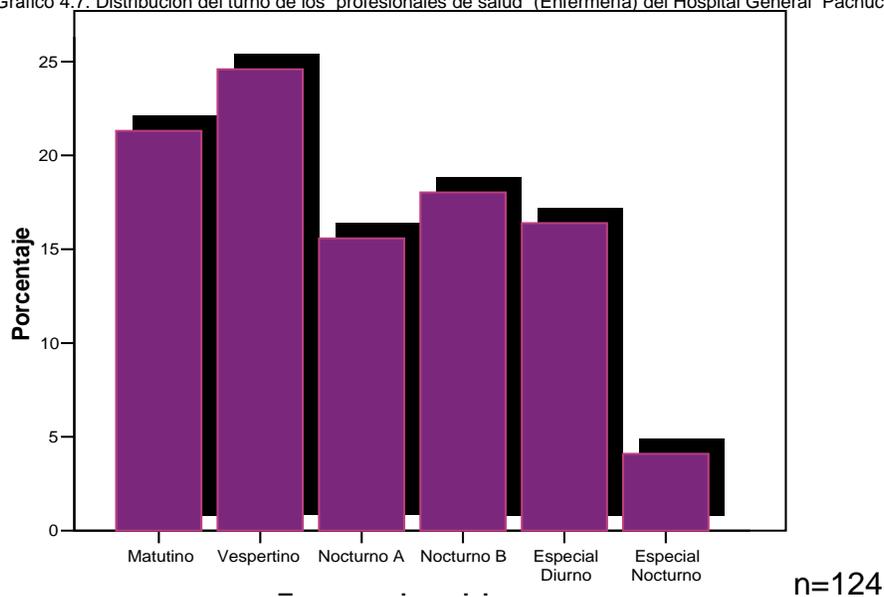
Tabla 4.3 Relación por turno con respecto a la plantilla y la muestra

Turno	Plantilla	Muestra	Distribución por plantilla	Distribución en la muestra	Distribución en la plantilla
Matutino	73	26	29.67%	20,96%	10,56%
Vespertino	38	30	15.44%	24,19%	12,19%
Nocturno A	32	21	13.00%	16,93%	8,53%
Nocturno B	38	22	15.44%	17,74%	8,94%
E. Diurno	43	20	17.47%	16,12%	8,13%
E. Nocturno	22	5	8.94%	4,03%	2,03%
	246	124		100%	50,40%

Para efectos del análisis se retomo la distribución que tuvo la muestra con

respecto al total de las cédulas recuperadas (124 cédulas). Donde el turno vespertino participo con el 24,19% lo que representa el 12,19% de la plantilla, el turno matutino con el numero más alto de “profesionales de salud” (Enfermería) figuro con el 20,96% sin embargo del total de las Enfermeras asignadas al turno matutino representó el 34,21%, el turno de Nocturno A se rescato el 16,93%, mientras que del Nocturno B fue el 17,74%, del turno Especial Diurno el 16, 12% y finalmente del Especial Nocturno se recobraron el 4,03% que refiere 5 casos de 22 Enfermeras de base registradas en la plantilla; por lo tanto la distribución por turnos se denota en la siguiente manera:

Gráfico 4.7. Distribución del turno de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca



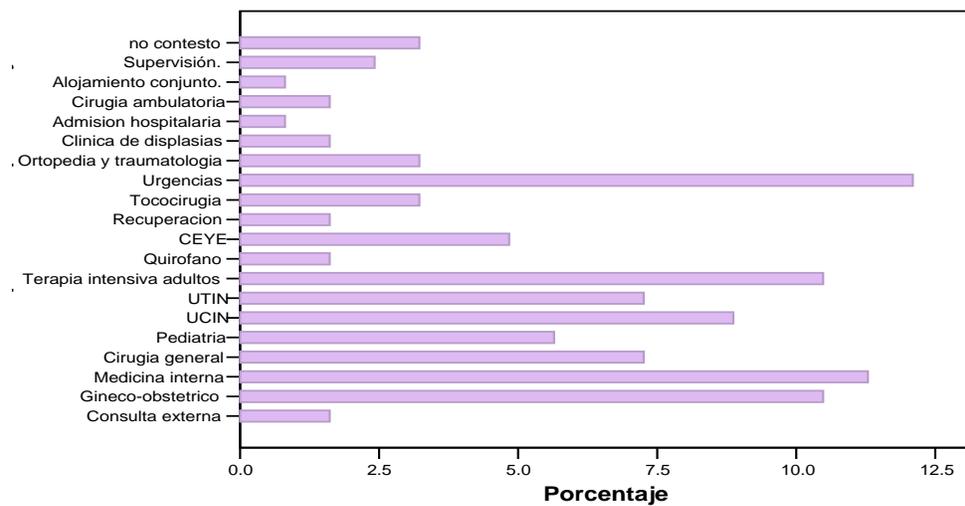
En relación al 12) **servicio en el que se desempeña en el Hospital General de Pachuca** en el que se distribuyo la muestra estaban representadas todas las condiciones en que se encuentran desarrollándose los “profesionales de salud” (Enfermería) (Tabla 4.4)

Tabla 4.4. Servicio en el que se desempeña el sujeto

	Frecuencia	Distribución Porcentual
Supervisión.	3	2.4
Alojamiento conjunto.	1	0.8
no contesto	4	3.2
Cirugía ambulatoria	2	1.6
Admisión hospitalaria	1	0.8
Clinica de displasias	2	1.6
Ortopedia y traumatología	4	3.2
Urgencias	15	12.1
Tococirugía	4	3.2
Recuperación	2	1.6
Válidos		
CEYE	6	4.8
Quirófano	2	1.6
Terapia intensiva adultos	13	10.5
UTIN	9	7.3
UCIN	11	8.9
Pediatría	7	5.6
Cirugía general	9	7.3
Medicina interna	14	11.3
Gineco-obstétrico	13	10.5
Consulta externa	2	1.6
Total	124	100.0

n=124

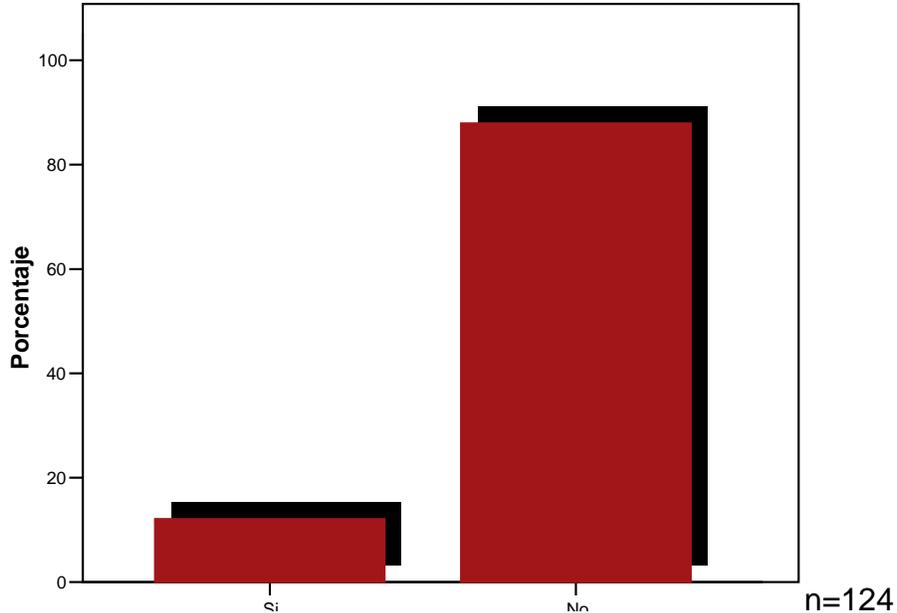
Gráfico 4.8. Distribución de los servicios en que se desempeñan de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca



n=124

Además si estás tienen en el momento en que contestaron la cédula un 13) **segundo empleo**, a lo cual objetaron 87.9% que no tienen un segundo empleo a su vez el 12.1% contesto que si lo tiene.

Gráfico 4.9. Distribución de un segundo empleo de los “profesionales de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca



En la Tabla 4.5 se muestran los resultados obtenidos para el “Síndrome de Burnout” y sus 3 dimensiones con relación al global de la muestra y fraccionamiento en el turno.

GLOBAL		Matutino		Vespertino		Nocturno A		Nocturno B		Especial Diurno		Especial Nocturno		
D:	X	s	x	S	X	s	X	s	x	s	x	s	x	s
Ce	11.40	9.69	13.35	11.20	15.27	10.77	11.81	9.41	10.50	7.65	6.10	5.33	7.20	5.59
Dp	3.38	3.84	4.15	3.99	2.53	2.93	2.43	3.44	4.18	4.25	4.05	4.78	2.20	2.49
Rp	28.88	11.60	29.27	12.03	27.27	9.20	27.90	12.87	34.45	8.47	24.55	13.69	33.40	14.60

5.1 Parámetros del “Síndrome de Burnout”

El “Maslach Burnout Inventory” (MBI) es una escala que valoró el Síndrome de Burnout, también conocido como el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”. Los resultados de esta escala indican sobre el Cansancio Emocional, la

Despersonalización y la Falta de Realización Personal en el trabajo, los cuales integran en tres grupos que indican el nivel de los síntomas.

Los resultados arrojados por la muestra de los “profesionales de salud” (Enfermería), con respecto al Cansancio Emocional nos revelan que el 82.25% manifiesta un nivel bajo. Con respecto a la Despersonalización denota con un 94.35% en nivel bajo. Mientras que la Falta de Realización Personal manifiesta un 42.74% en un nivel alto (Tabla 4.6).

Tabla 4.6 Porcentaje del nivel de Síndrome de Burnout

Síndrome de Burnout	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	82.25%	13.70%	4.03%
Despersonalización	94.35%	5.54%	0%
Falta de Realización Personal	17.74%	39.51%	42.74%

El análisis mediante técnicas no paramétricas puso de manifiesto que las tres dimensiones del *Síndrome de Burnout* están efectivamente relacionada entre sí (CE vs. DP: $C = +.574^{54}$, sig= .124⁵⁵; CE vs. RP: $C = +.586^{56}$, sig= .064; RP vs. DP: $C = +.600$, sig= .050).

5.1.1. Resultados de la Sub-escala de Cansancio Emocional (CE)

En la Tabla 4.7 se presenta el porcentaje de los resultados del Cansancio Emocional Bajo, con respecto a los indicadores y variables sociodemográficas identificadas en la muestra, en donde los porcentajes más altos corresponden a: Turno Matutino, Nocturno B y Especial Diurno, rango de Edad 45 a 49 años, Sexo femenino, Estado civil casadas, el Medio de Transporte que utilizan para llegar a su Centro de Trabajo es auto particular, el Tiempo que tardan en llegar a su casa

⁵⁴ Coeficiente de Contingencia: proveniente de las tablas de contingencia para datos nominales en SPSS, junto con el estadístico Chi-cuadrado.

⁵⁵ Nivel de significancia, es decir, que la significación del valor de Chi-cuadrado obtenida es inferior a 0.05, lo que lleva al rechazo de la hipótesis nula; esto implica que, efectivamente hay una tendencia suficiente por parte de las dimensiones en relación con ellas mismas.

del Centro de Trabajo es de 16 a 30 minutos, la Duración del Programa de Estudios que tuvieron los “profesionales de salud” (Enfermería) fue de 3 años (Técnico), con respecto a la Función que realizan en el Hospital General Pachuca es Enfermera General, éstos sujetos ingresaron al Hospital General en el rango de 1990 a 1994, la Experiencia que manifiestan tener es de 26 a 30 años, dentro del Hospital General Pachuca se encuentran en el Servicio de Gineco-obstetricia y Medicina Interna por último ellas revelan No tener un segundo empleo, pero cabe resaltar que dentro de estos turno es donde se presentaron los casos de respuesta positiva al segundo empleo.

Tabla 4.7. Cansancio Emocional

Variables Sociodemográficas	Descripción de Variables	Bajo	Medio	Alto
Turno	Matutino, Nocturno B y Especial Diurno	58.82		
Edad	45-49 años	23.52		
Sexo	Femenino	64.70		
Estado civil	Casada	35.72		
Medio de Transporte	Auto particular	26.82		
Programa de estudios	3 años (Técnico)	34.31		
Función en el HGP	Enfermera general	32.29		
Año de ingreso	1990-1994	22.86		
Experiencia	26 a 30 años	20.58		
Servicio en el HGP	Gineco-obstetricia y Medicina Interna	8.82		
Empleo extra	No	58.66		

Porcentaje de indicadores en Nivel de Tensión

5.1.2. Resultados de la Escala de Despersonalización

En la Tabla 4.8 se presentan los porcentajes de los resultados del nivel de Despersonalización Bajo con respecto a las variables sociodemográficas identificadas en la muestra, donde los porcentajes más altos corresponden a: Turno vespertino, Sexo predominante femenino, con un Rango de Edad de 45 a 49 años, Estado civil casada, que utiliza como Medio de Transporte para llegar a su Centro de Trabajo el Transporte colectivo local, el Tiempo que tarda en llegar a su casa del Centro de Trabajo oscila entre 16 a 30 minutos, para su formación el Programa de Estudios duró 3 años (Técnico), en el Hospital General Pachuca

tiene una función de Enfermera general, en el rango de año en el que ingreso a la institución es de 1990 a 1994, argumentando tener una experiencia de 11 a 15 años, dentro del Hospital General Pachuca se encuentran en el Servicio de Urgencias y finalmente refieren No tener un segundo empleo.

Tabla 4.8. Despersonalización

Variables Sociodemográficas	Descripción de variables	Bajo	Medio	Alto
Turno	Vespertino	25.86		
Edad	45-49 años	6.8		
Sexo	Femenino	25.86		
Estado civil	Casada	13.79		
Medio de Transporte	Transporte colectivo local	8.62		
Programa de estudios	3 años (Técnico)	12.93		
Función en el HGP	Enfermera general	15.51		
Año de ingreso	1990-1994	10.34		
Experiencia	11 a 15 años	11.20		
Servicio en el HGP	Urgencias	3.44		
Empleo extra	No	24.13		

Porcentaje en Nivel de Tensión

5.1.3. Resultados de la sub-escala de Falta de Realización Personal (RP)

En la Tabla 4.9 se presentan el porcentaje de los resultados de la Falta de Realización Personal Alto con respecto a las variables sociodemográficas identificadas en la muestra, donde los porcentajes más altos corresponden a: Turno vespertino, Sexo predominante femenino, con un Rango de Edad de 45 a 49 años, Estado civil casada, que utiliza como Medio de Transporte para llegar a su Centro de Trabajo el Transporte colectivo local, el Tiempo que tarda en llegar a su casa del Centro de Trabajo oscila entre 16 a 30 minutos, para su formación el Programa de Estudios duró 3 años (Técnico), en el Hospital General Pachuca tiene una función de Enfermera general, en el rango de año en el que ingreso a la institución es de 1990 a 1994, argumentando tener una experiencia de 11 a 15 años, dentro del Hospital General Pachuca se encuentran en el Servicio de Urgencias y finalmente refieren No tener un segundo empleo.

Tabla 4.9. Falta de Realización Personal

Variables Sociodemográficas	Descripción de variables	Bajo	Medio	Alto
Turno	Vespertino			29.50
Edad	45-49 años			13.11
Sexo	Femenino			49.18
Estado civil	Casada			26.22
Medio de Transporte	Transporte colectivo local			16.39
Programa de estudios	3 años (Técnico)			24.59
Función en el HGP	Enfermera general			29.50
Año de ingreso	1990-1994			19.67
Experiencia	11 a 15 años			21.31
Servicio en el HGP	Urgencias			6.55
Empleo extra	No			45.90

Porcentaje de indicadores en Nivel de Tensión

En conclusión, las características encontradas en la población estudiada de acuerdo con el instrumento utilizado para el estudio de la unidad de análisis (Síndrome de Burnout) los factores son:

Tabla 4.10 Factores del Síndrome de Burnout

Escala	Resultado	Unidad de Análisis
Maslach Burnout Inventory (MBI)	Cansancio Emocional: <i>Bajo</i> Despersonalización: <i>Bajo</i> Falta de Realización Personal: <i>Alto</i>	Síndrome de Burnout

Tabla 4.11. Descripción de Variables sociodemográficos

Variabes Sociodemográficas	Descripción de variables
Turno	Vespertino
Edad	45 a 49 años
Sexo	Femenino
Estado civil	Casada
Medio de Transporte	Auto particular
Tiempo de llegada	16 a 30 minutos
Duración de Programa de Estudios	3 años (Técnico)
Función que desempeña en el Hospital	Enfermera general
Año de ingreso al HGP	1990-1994
Experiencia	11 a 15 años y 26 a 30 años
Servicio en el que desempeña	Urgencias
Empleo extra	No

5.2. DISCUSIÓN

El Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) es un proceso que ha afectado y sigue afectando a los profesionales de diversos escenarios laborales, en la presente investigación se planteó al “profesional de salud” (Enfermería) como una población vulnerable, debido a la gran demanda que a nivel laboral enfrenta, es por esto que se investiga como Profesional Quemado.

La exposición crónica a diversos estresores laborales conduce al personal de Enfermería del Hospital General Pachuca a padecer un Síndrome de Desgaste Emocional, distinguido en su caso principalmente por una disminución del sentido de realización personal seguido de un agotamiento emocional e indicios de sentimientos de despersonalización.

Un hecho digno de resaltar es precisamente la resistencia que tiene el “profesional de salud” (Enfermería) del Hospital General Pachuca ante la situación de ser objeto de estudio, una inquietud por saber si esto sería relevante, algunos otros profesionales se sorprendieron de haberles solicitado su apoyo, otros definitivamente reafirmaron el no ser molestados e interrumpidos en su hora de trabajo, otros aceptaron la cédula sin embargo las hicieron perdedizas y no aceptaron una reposición, situaciones como estas fueron la causa de que el número de cédulas se redujera a un poco más del 50%, esto fue una variable extraña y una oportunidad de reflexionar acerca de la amenaza que asecha al personal, una enajenación, cansancio, estrés, que desencadenara en el Síndrome; resulta también relevante comentar que entre las observaciones se noto un clima laboral violentado por sentimientos de competencia, envidia, agresiones, conflictos interpersonales, etc. Estos últimos formarían parte de una gama de estresores que se mueven en el medio laboral del Hospital General Pachuca, sumándose a los ya conocidos e inclusive nombrados en el marco teórico como la carga de trabajo, el turno, el constante contacto con emociones provenientes del usuario, como el dolor, sufrimiento, tristeza, desesperación, pánico, miedo, etc., con las cuales

tienen que ayudar a enfrentar o evadir, para evitar así un sufrimiento mental, agotamiento emocional, sin embargo los mecanismos que utiliza para enfrentar esas situaciones han ido desapareciendo y siendo menos eficaces lo que hoy nos dice que hay en algunas de ellas un Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) avanzado, en otras inicia en un periodo corto de experiencia dentro de la Institución y fuera de ella presentando puntuaciones similares a las de una larga trayectoria como “profesionales de salud” (Enfermería).

Al iniciar esta investigación se pronosticaba poder apreciar factores de riesgo, predictores para cada una de las categorías que se incluyen en el Síndrome del Quemado, sin embargo esto resulto complicado describir ya que no es fácil separar y categorizar los estresores, son un conjunto que ataca al “profesional de salud” (Enfermería) en el Hospital General Pachuca, que van desde una perspectiva personal hasta la que nos atañe, una laboral; en ésta se coincide que

la carga laboral era la principal determinante desde luego por el turno, después del estudio, también determinada por el servicio en el que se encuentran desempeñando sus funciones, porque la demanda de actividad difiere una función de otra.

Por ejemplo el servicio de Urgencias entre sus puntuaciones sólo un caso de ellas fluctuó con un alto índice de agotamiento emocional, sin embargo el resto presenta una falta de sentimiento de realización personal.

Se retomaron las puntuaciones más altas provenientes de la calificación del Maslach Inventory Burnout, y los servicios en los cuales se encontraban en ese entonces los “profesionales de salud” (Enfermería) eran los siguientes Clínica de displasias, CEYE, Pediatría, Cirugía General y Urgencias, el turno correspondiente era Matutino, Vespertino, Nocturno A y Nocturno B respectivamente.

Los datos sociodemográficos que presentaron estos 7 casos con las puntuaciones más altas (64-82) fueron que su edad oscila desde los 30 a 59 años, la mayoría

confirma estar casada, pero también hay una divorciada, separada y soltera. Esta información permite resolver que las características sociodemográficas son un factor coadyuvante que puede acelerar el proceso de desarrollar el Síndrome, sin embargo los estresores provenientes del medio laboral si son determinantes y generadores del inicio del Síndrome en el “profesional de salud” (Enfermería), la carga de trabajo constante en los servicios de Urgencias, Clínica de displasias que solo labora se labora en el turno matutino, CEYE, Pediatría y Cirugía General en los turnos de Nocturno A y B además de que en su mayoría argumento tener un segundo empleo. Así mismo también presentan un cansancio emocional caracterizado por un agotamiento proveniente de las relaciones en el centro de trabajo.

Por último, cabe señalar que el presentar un nivel bajo del Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) es un mecanismo de defensa natural, comprensible e incluso necesario para poder llevar a cabo el trabajo que realizan los “profesionales de salud” (Enfermería). El problema es cuando el nivel del Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) impacta en la función, ya que repercute tanto en la vida personal, social y familiar del “profesional de salud” (Enfermería), como en la atención al paciente-usuario y al Hospital General Pachuca.

Acorde a la aportación de diferentes autores y a la experiencia profesional ya existen diferentes técnicas, por lo tanto la utilización de una estrategia de intervención para la prevención y el afrontamiento del Síndrome de Quemarse por el Trabajo que tendría como objetivo la adquisición de destrezas para la resolución de problemas y programas dirigidos a las estrategias de carácter paliativo, como son la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones, resolución de problemas, asertividad, el manejo del tiempo, la comunicación y las relaciones sociales, los cambios en el estilo de vida y otras habilidades. Es importante el entrenamiento y adquisición para la expresión de emociones, manejo de sentimiento de culpa y relajación.

5.3. CONCLUSIONES

El análisis realizado de la investigación se centró específicamente en detectar y caracterizar cada una de las variables cognitivo-actitudinal (Baja realización en el trabajo). Variable emocional (Agotamiento emocional) y variable actitudinal (despersonalización). Asimismo se derivaron del estudio diferencias significativas en función de las variables sociodemográficas.

La construcción teórica sobre el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) parece tener un mayor grado de sistematización a diferencia de otros modelos sobre la comprensión de la salud mental y el trabajo. Al interior de esta investigación se proponen tres modelos y se detallan sus especificaciones dentro del marco teórico, los cuales hacen referencia a la teoría “Socio cognitiva del yo”, la teoría del “Intercambio social” y la teoría “Organizacional”, lo que hace de esta propuesta teórica un intento menos difuso o ambiguo, en el que servirá de base para plantear una estrategia de intervención para la prevención y el afrontamiento del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) en los profesionales de la salud (Enfermería).

Se impone como una necesidad conocer con detalle las características de los distintos procesos de trabajo y su relación con el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) y sus efectos en la salud. Este estudio permitió analizar el trabajo del profesional de la salud (Enfermería) en el que se identificó que su trabajo es potencialmente estresante aunque las tensiones varían de manera considerable de acuerdo al servicio en el cual estén laborando. Dicho profesional maneja una cantidad de estímulos que son físicamente demandantes, lo cual conduce al agotamiento el cual está íntimamente ligado con el estrés laboral y aparece como una respuesta o reacción a un estresor como peligro o trabajo excesivo. Es importante precisar que el trabajo de los profesionales de la salud se vuelve cada vez mas complicado a medida que se hace más compleja e intrincada la naturaleza del trabajo.

La mayoría de los teóricos que se revisaron al interior de esta investigación consideran que los elementos más importantes del estrés laboral es la valoración subjetiva del ambiente demandante, y además se dan cuenta de que es posible que las exigencias superen los recursos y además son importantes las consecuencias de no poder afrontar la situación. También cabe resaltar el alto nivel de compromiso que el profesional de la salud (Enfermería) tiene con el paciente (Usuario) y la implicación en el trabajo y a su vez da como resultado la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo, el síndrome entra de una forma distinta al análisis de lo que desde otras teorías se denomina alienación o enajenación, asunto que desde la perspectiva de Marx es objeto de discusión con respecto a su relación con el trabajo, lo mismo ocurre con el vacío existencial en el que se presenta un sentido de alienación de la propia vida, fenómeno recurrente en la población trabajadora de este Hospital General Pachuca.

Los profesionales de la salud (Enfermería) manifestaron su dolor y sufrimiento en relación al trabajo ya que perciben poco apoyo y se enfrentan a grandes desafíos, manifiestan identificarse con sus compañeras de piso pero no encuentran inadecuadas relaciones interpersonales con sus superiores, el apoyo técnico, solo lo reciben cuando las asignan para participar en algunos cursos y además son calificadas en desempeño por debajo de los estándares normales, con estas actitudes se sienten con mayor estrés y en ocasiones suelen sentirse aburridos entrando en gran monotonía y enajenación .

Es importante tomar en cuenta que los profesionales de la salud (Enfermería) se encuentran en un continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte, la caída del valor social de la profesión y la sobre carga laboral debida al excesivo número de pacientes (Usuarios), la presencia de patologías cada vez menos reversibles, la carencia de recursos, la presión del horario, ha generado desarrollar recursos de afrontamiento a las situaciones de riesgo a contraer el “Síndrome de Desgaste Profesional” (Burnout) y al afrontamiento del estrés

laboral, que es causado al involucrar situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado, que no solo enferma al que lo padece también a su contexto social. Sin embargo se hace necesario comprender que el Burnout analiza la despersonalización del profesional de la salud (Enfermería) pero también habría que estudiar las actitudes de los usuarios frente a los empleados, actitudes que en ocasiones son también de indiferencia, rechazo, maltrato, altas exigencias y expectativas exageradas, lo que hace del trabajo un contexto altamente estresante.

Se hace necesario dar a conocer el “Síndrome del Quemado” (Burnout) desde sus encuadres y, por supuesto asumir una posición crítica ante la teoría y empezar a ofrecer aportaciones teóricas como empíricas para el desarrollo de un modelo para la prevención y el afrontamiento de este síndrome.

En lo que respecta la escala de valoración “Maslach Burnout Inventory” (MBI) de Maslach y Jackson los datos que se obtuvieron sobre el Síndrome de Burnout sobre la muestra de “profesionales de salud” (Enfermería) indican que el 82.25% presentan Cansancio Emocional en un nivel bajo, el 99.35% bajo de Despersonalización, el 17.74% bajo de Falta de Realización Personal y por el contrario, el 42.47% manifestó Falta de Realización Personal en un nivel alto, lo cual demuestra que de manera general en esta muestra no hay manifestaciones de Burnout de tipo clínico solamente de carácter social.

La media de presencia del “Síndrome de Burnout” fue de 28.8+11.6 siendo las mayores proporciones las consignadas autorrealización personal y cansancio emocional respectivamente.

Se obtuvo una muestra de conveniencia de 124 cédulas propias para el análisis estadístico de las que se obtuvo la siguiente interpretación. Una media de edad de 35-39 años una desviación estándar de 19.00 y un recorrido de 30 a 60 años, 122 mujeres y 2 hombres. La muestra obtenida supone un 50.40% de las 246 enfermeras registradas en plantilla de recursos Humanos del Hospital General

5.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El fenómeno del Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) queda explicado desde la perspectiva de los Modelos basados en las teorías como la Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio social y Teoría Organizacional, sin embargo falta analizar el desequilibrio entre la función del “profesional de salud” (Enfermería) y las Condiciones y Riesgos de trabajo dentro del Hospital General Pachuca.

Algunas de las situaciones que se identificaron durante la aplicación de la cédula fue que se destino al personal de base, quedando asentada en los criterios de inclusión, sin tomar en cuenta las variables extrañas que se presentaron como lo fueron las ausencias, que fueron reemplazadas en su área de trabajo por personal de contrato o suplencias, mismas que expresaron interés por contestar la cédula, debido a las especificaciones de inclusión se les tuvo que ser rechazada su participación.

En áreas específicas de mayor afluencia por pacientes-usuarios el personal de salud no tenía la posibilidad de contestar la cédula por exceso de trabajo, por la que no se dieron la oportunidad de participar en la investigación, en otras áreas manifestaron una decepción hacia la aplicación y el llenado de la cédula ya que no se les da a conocer los resultados o la utilidad de la misma, por lo que mostraron una actitud de indiferencia y de rechazo a la Investigación.

La falta de modelos teóricos, sólidos que dirijan la investigación y que relacionen el estudio del Síndrome de quemarse con otros campos de estudio de la Psicología social.

Debilidad Psicométrica del instrumento MBI y en la ausencia de un modelo único que relacione sus dimensiones.

5.5. BIBLIOGRAFÍA

APA, Task Force on Health Research. 1976. "Contributions of psychology to health research: Patterns, problems and potentials. American Psychologist". 31: 263-274.

Ares-Parra, A., Peiró Silla, J. M., y Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. 2001. El rol del mando intermedio y el estrés laboral [Recurso electrónico]. Universidad Complutense de Madrid.

Arroba, T. y James, K. 1990. Cómo manejar la presión en el trabajo: Guía para la supervivencia. McGraw Hill. México.

Brill, P.L. 1984. The need for an operational definition of burnout. Family and Community Health. 6:12-24.

British Medical Journal

http://bmj.bmjournals.com/cgi/search?loct=ehom&andorexactfulltext=and&resource=1&disp_type=&sortspec=relevance&author1=&fulltext=stress&volume=&firstpage=

Buendía-Vidal, J. y Ramos, F. 2001. Empleo, estrés y salud. Pirámide., Madrid.

Cáceres-Lema, V. 2000. Evaluación del estrés laboral en los profesionales sanitarios de la Provincia de la Coruña. Diputación Provincial de Coruña.

Calvino I. 1989 El caballero inexistente. Ed. Bruguera. Madrid.

CIMOP., & Instituto de la Mujer 2000. El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias. Madrid: Instituto de la Mujer. España.

Cooper, C. L., & Payne, R. 1980. Stress at work ([Reprint] ed.). Chichester: Wiley.

Dy, F. J. F., España. 1987 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social., & Organización Internacional del Trabajo (Ginebra).. Unidades de representación visual: contenido de trabajo y estrés en el trabajo de oficina: Nuevas tecnologías y la mejora del trabajo de entrada de datos. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Evaluación del estrés laboral en los profesionales sanitarios de la provincia de A Coruña. 2000. A Coruña: Diputación provincial da Coruña.

Firth., McIntee., McKeown y Britton. 1986. Burnout and professional depresión: Related Concepts?.Journal Advanced Nursing, 11(6), 633-641.

Flórez Lozano, J. A. 1994. Síndrome de "Estar quemado". EDIKA MED., Barcelona.

Franco Martínez, S. y Esteve Zarazaga, J. M. 1995. Estrés laboral docente: estudio comparativo con la profesión de enfermería. Universidad, Secretariado de publicaciones, Málaga.

Freudenberger, H.1974.Staff Burnout. Journal of Social Sigues. 30:159-165.

Frías Azcárate, R. y Universidad de Alcalá de Henares. Ciencias de la Dirección. 1994. El stress en la U.C.I. Universidad de Alcalá de Henares, Ciencias de la Dirección, Madrid.

Fundación Paideia. 1993. El malestar en los profesionales de los Servicios Humanos y Sociales. Fundación Paideia, La Coruña.

Furnham, Adrian. Psicología Organizacional. El comportamiento del individuo en las organizaciones. Editorial Alfa Omega. 332p.

Gándara Martín, J. J. d. I. 1998. Estrés y trabajo: el Síndrome del Burnout. Cauce editorial., Madrid.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. 1999. El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería: un estudio diferencial desde la perspectiva del género. En Libro de Actas y Abstracts de las "Jornadas Intercongreso. Mujer y Trabajo" 35-41pp.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. 1993. Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería. En L. Munduate y M. Barón (comp.), Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Vida Laboral Eudema. Sevilla. 231-241pp.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. 1995. El Síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En L. González, A. de la Torre, y J. de Elena (comp.), Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías. Eudema Salamanca. 211-224pp.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., Valcárcel, P. y Grau, R. 1994. La incidencia del Síndrome de Burnout sobre la salud: Un estudio Correlacional en profesionales de enfermería. En G. Musitu (Dir.), Intervención Comunitaria Valencia: Cristóbal Serrano Villalba. 349-358pp.

Gil-Monte, P. R., Valcárcel, P. y Zornoza, A. 1995. Estrés de rol: antecedente del

- Burnout en profesionales de enfermería. En R. Zurriaga y M. Sancerni (comp.), Experiencias laborales en organizaciones de trabajo Valencia: Nau llibres. 121-133pp.
- Gil-Monte, P. y Peiró Silla, J. M. 1997. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Síntesis. Madrid.
- Freudenberger, H. J. 1997 "Burn-out: The organizacional menace", Training and Development Journal., 26-27pp.
- H. Marcuse. 1972. Marx y el trabajo alienado.: Cepe Buenos Aire, pp. 10 y 12p.
- Hernández Sampieri, Roberto., Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio Pilar. Metodología de La Investigación. McGraw Hill. México.
- Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. 1992. Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial ([2a. ed.]). Trillas. México.
- Kalimo, R., Cooper, C. L., El-Batawi, M. A., & Organización Mundial de la Salud. 1988. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Lazarus, R. 2000. Estrés y emoción. (ed) Descleé De Brouwer. España.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. 1996. Maslach Burnout Inventory Manual. (30 ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maurice Eyssautier de la Mora. 2002. Metodología de la Investigación. Desarrollo de la Inteligencia. (4a Ed). Ecafsa Thomson Learning.

Mingote Adán, J. C., Pérez García, S., & Antón, A. Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador. Díaz de Santos. Madrid.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social., & Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Dublin). 1987. El estrés físico y psicológico en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. España.

Norfolk, D. 1989. El estrés del ejecutivo: cómo reconocer el estrés y utilizarlo en beneficio propio. Bilbao: Deusto.

Nuevo Diccionario Médico. Tedie. España.

O.I.T. 1986. Factores Psicosociales en el Trabajo. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. 1-81 pp.

Paracelso. 1994 Obras completas. México: Cinar Editores. 387-428pp.

Pareja, G.; 1999; "La voluntad en busca de sentido", en Viktor E. Frankl. Comunicación y resistencia. Ed. La Red de Jonás. Premia Editora. México. 187-188 pp.

Peiró, J. M. 1992. Desencadenantes del estrés laboral (1a. ed.). Eudema. Madrid.

Peiró, J. M., & Salvador, A. 1993. Control del estrés laboral. Eudema. Madrid.

Pines A. M., Aronson, E.; 1988. Carrer Burnout : Causes and Cures. Free Press. Nueva York.

Potter, P. Fundamentos de Enfermería. Quinta Edición. Editorial Harcourt Océano.

Ramiro-H, Manuel, Saita Kamino, Oscar. "Estrés y manifestaciones Clínicas" Asociación de Medicina interna de Volumen V, Numero 3. México. McGraw Hill Interamericana,

Rebolledo, Mota, Jaime Federico. "El médico y el dolor, el dolor del Médico (Síndrome de aniquilamiento)" primera edición.

Ribera-Domene, D., & Universidad de Alicante. Secretariado de Publicaciones. 1993. Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante. Alicante: Universidad de Alicante.

Riu, F. 1981. Usos y abusos del concepto Alienación. Editores Monte Ávila S. A. Venezuela. 127p.

Schaff, A. 1979. La alienación como fenómeno social. Grijalbo, España, pp-238-271pp.

Schultz D. P. Psicología Industrial. Tercera edición, Mc-Graw Hill.

Stephen, K. y Campbell. 1981. Equívocos y Falacias en la interpretación de estadística. Editorial Limusa.

Timio, M. 1980. Clases sociales y enfermedad: introducción a una epidemiología diferencial. Editorial Nueva Imagen. México. 79p.

Tonon, G. 2003. Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del Burnout.: Espacio Editorial. Buenos Aires.

Travers, Ch. y Cooper, C. 1997. El estrés de los profesores. Ed. Paidós. España.

ANEXO 5.5

CEDULA MBI

El Hospital General de Pachuca esta interesado en conocer su opinión acerca de varios aspectos específicos para la realización de la Investigación "El Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) en Personal de Enfermería" ya que es un problema de tipo social y Salud Pública. Se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que daña la Calidad de Vida de la persona que lo padece y disminuye la Calidad Asistencial.

Por lo anterior le pido su colaboración contestando el presente cuestionario, por favor no se detenga demasiado y conteste con la primera respuesta que le venga a la mente. La información que usted nos proporcione en este formato será totalmente confidencial.

Gracias por su colaboración

FECHA DE LLENADO DE LA CEDULA

--	--	--	--	--	--

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. NOMBRE: _____
 A. PATERNO A. MATERNO

NOMBRES (S)

2. EDAD: _____

(En el paréntesis de la derecha, anote el número que corresponde a la respuesta correcta)

3. SEXO:

- 1) FEMENINO
 2) MASCULINO

()

4. ESTADO CIVIL:

- 1) SOLTERA 3) DIVORCIADA 5) UNION LIBRE
 2) CASADA 4) VIUDA 6) SEPARADA

()

5. ¿QUE MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZAS PARA IR DE TU CASA A TU CENTRO DE TRABAJO?

- 1) AUTOMOVIL PARTICULAR 4) AUTOBUS (FORANEO)
 2) TAXI 5) DOS DE LOS ANTERIORES
 3) TRANSPORTE COLECTIVO (LOCAL)

()

6. ¿QUE TIEMPO TRANSCURRE DE TU CENTRO DE TRABAJO A TU CASA?

- 1) 5 A 15 min. 4) 46 A 60 min.
 2) 16 A 30 min. 5) 1hrs A 2hrs
 3) 31 A 45 min. 6) 2hrs o mas

()

7. DURACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA, SIN INCLUIR SERVICIO SOCIAL

- 1) Menor o igual a 6 meses (asistente) 5) Curso Postecnico
 2) De 6 a 12 meses (auxiliar) 6) 4 Años (Licenciatura)
 3) De 12 meses a 2 años (auxiliar) 7) Especialidad
 4) 3 Años (técnico)

()

II. DATOS LABORALES:

8. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:

- 1) AUXILIAR DE ENFERMERIA 6) SUBJEFE DE ENFERMERAS
 2) ENFERMERA GRAL 7) JEFE DE ENFERMERAS
 3) ENFERMERA ESPECIALISTA 8) JEFE DE ENSEÑANZA
 4) JEFE DE PISO O SERVICIO 9) CORDINADORA DE SERVICIO
 5) SUPERVISORA 10) ADMINISTRATIVA

()

9. ANOTE EL AÑO EN QUE INGRESO A LA INSTITUCIÓN:

--	--	--	--	--

AÑO

10. AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:

--	--

11. TURNO EN EL QUE LABORA:

- 1) MATUTINO 5) ESPECIAL DIURNO
 2) VESPERTINO 6) ESPECIAL NOCTURNO
 3) NOCTURNO A
 4) NOCTURNO B

()

12. SERVICIO EN EL QUE SE DESEMPEÑA:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1) CONSULTA EXTERNA | 13) TOCOCIRUGIA |
| 2) GINECO-OBSTETRICO | 14) URGENCIAS |
| 3) MEDICINA INTERNA | 15) ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA |
| 4) CIRUGÍA GENERAL | 16) CLINICA DE DISPLASIAS |
| 5) PEDIATRIA | 17) ADMISION HOSPITALARIA |
| 6) UCIN | 18) EPIDIMEOLOGIA |
| 7) UTIN | 19) MEDICINA PREVENTIVA |
| 8) TERAPIA INTENSIVA ADULTOS | 20) CIRUGIA AMBULATORIA |
| 9) QUIRÓFANO | 21) CONSULTORIO MATERNO |
| 10) CEYE | 22) CLINICA DE LACTANCIA |
| 11) ENDOSCOPIA | 23) TOMOGRAFIA |
| 12) RECUPERACION | () |

13. ¿TIENE USTED UN SEGUNDO EMPLEO COMO PERSONAL DE ENFERMERIA?

- 1) SI ()
2) NO ()

A continuación encontrará 22 frases relacionadas con opiniones y sentimientos que verdaderamente puede tener o sentir en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que ha tenido esa opinión o sentimiento de acuerdo con la clave siguiente:

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Una vez al mes	3 Algunas veces al mes	4 Una vez a la semana	5 Algunas veces a la semana	6 Todos los días
------------	--------------------	---------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------

Vea el siguiente ejemplo: "Me siento deprimido en el trabajo"

Si NUNCA se siente deprimido en el trabajo, debe contestar con un 0, si esto le ocurre ALGUNAS VECES O MAS, indique su frecuencia (de 1 a 6).

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Fácilmente comprendo como se sienten las personas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Creo que trato a algunas personas como si fueren objetos impersonales. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Me siento "Quemada" (agotada) por mi trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Me siento muy activo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Me siento frustrado en mi trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Creo que estoy trabajando demasiado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy mi servicio. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Trabajar directamente con personas me produce estrés. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Me siento acabado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |