

3. MARCO TEÓRICO

La mayor parte de las investigaciones que abordan el proceso trabajo y salud, se centran en la relación entre cierta exigencia específica en la actividad laboral y una enfermedad; otras se refieren a un conjunto de características de la organización laboral (jornadas y turnos de trabajo) y su relación con los efectos en la salud de los trabajadores, estos estudios se han dirigido a grupos reducidos de trabajadores o se limitan a ciertos puestos. Otros buscan entender la organización laboral como categoría explicativa y determinante de la salud de los trabajadores, determinada por las formas que adopta la organización del trabajo; gran parte de estas investigaciones son de corte epidemiológico y pueden ser propuestas como complementarias.

Sobre lo anterior, Laurell propone efectuar investigaciones sobre la salud de los trabajadores, que planteen como problema básico explorar los factores de riesgo que producen enfermedad y establecer las condiciones ante las que se presentan, dicho procedimiento metodológico fija una relación abstracta entre los factores de riesgo y efecto, pues "la relevancia del trabajo para la salud reside en que ésta pone a la persona en contacto con algunos factores de riesgo, causantes de enfermedad. De allí se desprende que esta corriente de pensamiento se sustenta sobre la concepción multicausal no estructurada, o en ocasiones la monocausal clásica y sobre la idea de que 'el trabajo' tiene la especificidad etiológica respecto al daño a la salud: la enfermedad clínicamente definida" (1993:14).

En algunos países latinoamericanos, además de la existencia de algunos padecimientos considerados típicamente laborales, se añaden nuevos padecimientos como trastornos psíquicos, enfermedades psicosomáticas y la fatiga patológica, los cuales a pesar de no ser reconocidos como originados dentro del proceso laboral, se encuentran vinculados al trabajo y ocultos en el ámbito médico, legal y personal.

Por muchos años se ha visto que las enfermedades que tienen relación con el trabajo aparecen después de mucho tiempo de exposición, esto por considerar al individuo en estrecha relación con agentes físicos o químicos presentes en el ambiente laboral. De ahí que el planteamiento de padecimientos psíquicos y psicosomáticos no sea válido en relación con la organización del trabajo. Al respecto, Laurell afirma que "las investigaciones sobre trabajo-salud, generalmente tienen doble propósito, el de generar nuevo conocimiento y el de proporcionar información específica para la resolución de problemas en un plazo inmediato o mediano, los sindicatos las utilizan hacia formulaciones de políticas de defensa y lucha por la salud de los trabajadores" (1993:16).

En el campo de la Medicina Social se intenta comprender la relación trabajo-salud como un binomio integrado y complejo, estudiando los riesgos o exigencias laborales como daños dentro de un proceso social expresado en transformaciones a la salud, negativas y positivas. Su propósito no se queda sólo en la corrección de problemas específicos, sino que garantiza condiciones favorables para el desarrollo de potencialidades y capacidades biológicas y psíquicas de los trabajadores.

Pudiera pensarse que los problemas de salud de los trabajadores se deben tan sólo a consecuencias de descuidos por parte de los mismos o a las condiciones en las que se encuentran los centros de trabajo. Sin embargo, tales problemas son resultado de factores históricos, económicos y políticos dentro de un contexto donde las empresas buscan la acumulación de capital, apoyadas por concesiones gubernamentales y legislaciones complacientes; además de que se pagan bajos salarios, se ofrecen condiciones de trabajo deficientes y se imponen jornadas a destajo, con un consecuente ritmo laboral sobreintenso produciendo fatigas crónicas.

Se reconoce que la dinámica de una enfermedad de trabajo, generalmente involucra varias cargas laborales que determinan la condición bajo la cual el trabajador se enfrenta en su proceso laboral. Para ilustrar la relación entre ellas, podemos pensar en un trabajador desempeñando sus funciones en posición incómoda (carga mecánica), fatigado porque rota turnos (carga fisiológica y psíquica), aturdido por el ruido (carga física) y con tensión nerviosa porque se encuentra bajo presión de la supervisión (carga psíquica). Las cargas no sólo se

suman, sino que se potencializan entre sí y concretan el proceso de producción de modo singular; un descuido del trabajador bajo dichas condiciones difícilmente puede considerarse culpa suya, se debe entender como producto de una combinación de cargas determinada por la lógica global del proceso laboral.

3.1 Desgaste Laboral en el Género Femenino

En la mayoría de los países desarrollados, el sector femenino representa entre un 30 y 40 por ciento de la fuerza de trabajo; esta proporción está aumentando día con día en todo el mundo, los empleadores están dando trabajo a más mujeres casadas, lo que significa que ellas deben invertir una parte importante de sus energías en las tareas del hogar. Siendo éstas de diferentes tipos, se requieren -para realizarlas- capacidades diferentes: físicas, mentales y afectivas.

Laurell (1993) asegura que el hecho de que la sociedad prepare a las niñas para ser servidoras más no productoras, provocaba una gama cerrada de opciones para el empleo femenino, incluyendo básicamente trabajos propios del *ser mujer*: enfermera, maestra, secretaria, costurera, empleada de limpieza, cocinera o cualquier otro relacionado con las tareas del hogar.

En México, la fuerza de trabajo femenina -en los años cuarenta- representaba el 7.4 por ciento de la población económicamente activa; para 1980 tal proporción había llegado al 27.8 por ciento, lo que significa que más de seis millones de mujeres realizaban un trabajo remunerado; es decir, la contribución de la mujer en los ingresos familiares se volvió cada vez más importante. La mayor parte de la fuerza de trabajo femenina se encuentra en el sector Servicios: el 52.8 por ciento en 1980.² El 60 por ciento del personal de la Secretaría de Salud (SS) corresponde al sector femenino. En Hermosillo, Sonora, el 95 por ciento del personal de Enfermería son mujeres y el 5 por ciento, hombres.³

Martínez de Castro et al. (1993) afirma que actualmente trabajan más

² Según el Banco Internacional de Desarrollo, Progreso Económico y Social en América Latina (1987).

³ Fuente: Oficina de Enfermería de la Secretaría de Salud (1999). Hermosillo, Sonora, México.

mujeres fuera del hogar. La mujer, de ser una persona sin participación directa en la educación y en los procesos laborales, ha evolucionado a mejores condiciones de vida para la familia y para ella al desarrollarse un enriquecimiento de las relaciones interpersonales y una mayor autonomía; lo anterior se atribuye -entre otras causas- a que hoy la mujer tiene mayor acceso a niveles superiores de educación, con lo que se muestra una mayor apertura a la condición femenina. Además, los avances en cuanto a métodos anticonceptivos le permiten planificar el número de hijos que desea tener, cambiando con esto la estructura familiar tradicional en la mayor parte de la sociedad. Entonces, si ha habido un aumento en la fuerza de trabajo femenina es porque se han dado una serie de cambios trascendentales como preludio a dicho aumento.

Como comenta Laurell (1993), el papel de la mujer se ha vuelto más complejo ante la sociedad; ahora tiene que combinar el trabajo en el hogar con el del proceso laboral en el que se encuentre, lo que repercute en su estado salud-enfermedad, pues el trabajo en el hogar es continuo, ya que las necesidades propias de la vida se dan de día y de noche, durante toda la semana y no se pueden considerar en ningún momento terminadas, puesto que cuando se acaba con una tarea se reinicia el ciclo. Generalmente, la mujer siempre está preocupada por el funcionamiento de su hogar, aunque se encuentre cumpliendo con su jornada laboral. Como si lo anterior no fuera poco, quienes trabajan en el sector salud (específicamente en el campo de la Enfermería) reciben como obligatoria la responsabilidad de velar por la salud de los integrantes de la familia, nuclear y extensa. Todo esto dificulta la situación en cuestión de salud, los perfiles de morbimortalidad y desgaste llevan un esfuerzo continuo, las mujeres presentan fatiga y trastornos por falta de sueño; agregándose también los trastornos propios del cuerpo femenino como la tensión premenstrual, la gestación (que implica mayor gasto de energía, además de que el feto puede estar expuesto a agentes nocivos propios del proceso laboral) y la menopausia (que puede complicarse por el esfuerzo de las jornadas laborales; en esta etapa, las mujeres manifiestan menos expectativas de triunfo que los hombres atribuyendo los fracasos a sí mismas y no a factores externos). También se ha visto que se agudizan algunos padecimientos

como varices, infecciones en vías urinarias y diabetes, entre otros.

En México y otros países, el estudio de la salud en las mujeres fue empleado de una manera notable en la línea de la salud reproductiva y en menor medida en la de salud mental; si bien durante los ochentas hubo un impulso a los estudios de los procesos de trabajo y la salud desde una perspectiva médico-social, en los noventas decae esa tendencia. Los estudios actuales están tratando los problemas desde diversas perspectivas, destacando: a) condiciones de trabajo, b) procesos de trabajo, c) factores de riesgo, d) patrones de desgaste, e) organización de la producción, f) trabajo doméstico y g) doble jornada.

Uribe G. et al. (1991) menciona que en épocas anteriores, la salud femenina se concebía casi exclusivamente en términos ginecobstétricos y se limitaba a los problemas asociados con el embarazo, parto y otros aspectos de la reproducción, es decir, la atención de salud recibida gravitaba en torno a la maternidad y era principalmente de carácter curativo.

3.2 Carga Laboral y Desgaste

Se emplea el término *carga laboral* para aquellos elementos del proceso laboral que interactúan dinámicamente entre sí y el cuerpo del trabajador produciendo cambios en los procesos biopsíquicos, potenciales o efectivos, es decir, engloba los procesos biopsíquicos en su conjunto. El proceso de desgaste no es irreversible, existe la posibilidad de recuperar capacidades perdidas y desarrollar potencialidades, modificando las condiciones que las determinan.

Laurell (1993) explica que el desgaste en su mayor parte es inespecífico y no se expresa con claridad en elementos fácilmente observables y medibles, de ahí que la mayoría de las veces es posible captarlo a través de alguna de sus dimensiones o por medio de indicadores, los que más se utilizan son los signos y síntomas inespecíficos, el perfil patológico, los años de vida perdidos, el envejecimiento acelerado y la muerte prematura. El desgaste facilita la ocurrencia de accidentes en el trabajo y aumenta la morbilidad. Así como es reversible, también

puede volverse crónico y conducir al afectado a una disminución prematura del promedio de vida útil.

Asimismo, Laurell y Noriega manifiestan que a través de "las cargas laborales y el patrón de desgaste de un grupo de trabajadores determinado (que se desprenden de la manera específica como se articulan la base técnica, la organización y división del trabajo), es posible verter las particularidades de cada proceso laboral concreto y extraer las características generales de las cargas y el desgaste de las distintas etapas y subetapas típicas del proceso de producción capitalista" (1989:78).

De lo anterior se desprende que si se sabe el tipo de proceso laboral presente en un centro de trabajo, se pueden predecir las principales cargas y los rasgos generales del patrón de desgaste.

Según Laurell y Noriega (1989), las cargas laborales pueden ser físicas, químicas, biológicas, mecánicas, *fisiológicas* y *psíquicas*. Para los fines de esta investigación se retoman sólo las cargas fisiológicas y psíquicas, con el objetivo de relacionarlas con el *Síndrome de Burnout* en el personal de enfermería. Ofrecemos algunos ejemplos de cargas laborales en centros de trabajo: las cargas laborales físicas incluyen principalmente ruido, calor, humedad, iluminación, deslumbramiento, vibraciones y radiaciones; las químicas, polvos, gases, disolventes, humos y fibras; las biológicas, microorganismos; las mecánicas, posturas corporales en el trabajo y levantamiento de cargas pesadas; las *fisiológicas*, índice enfermera-paciente, turnos rotatorios, ritmos excesivos, turnos dobles y plantilla variable; las *psíquicas*, niveles de remuneración, fragmentación de las tareas, conciencia de peligrosidad en el trabajo, monotonía y repetitividad, emergencias, supervisión estricta, disminución de la creatividad y sobre todo, estrés. Las cargas laborales son producto de varios factores, dando como resultado sobrecargas de trabajo al personal.

Las cargas laborales tienen una materialidad externa al cuerpo y al interactuar con él se convierten en materialidad interna. Por ejemplo, el ruido y el calor son detectados y medidos sin involucrar al cuerpo humano, pero al actuar sobre éste, al interactuar con él sufren un cambio de calidad: el ruido actúa sobre las células del oído medio e interno y sobre el sistema nervioso central, provocando

cambios en algunos procesos fisiológicos; mientras que el calor se expresa desencadenando mecanismos de termorregulación (sudoración y alteraciones hormonales). Una posición inadecuada al realizar determinado trabajo tiene repercusiones a nivel físico, provocando efectos sobre las articulaciones y musculatura y ocasionando fatiga muscular y enfermedades crónicas (artrosis, miosis, entre otras), a nivel psicológico ocasiona cansancio mental, trastornos del sueño, disturbios neuróticos y trastornos psicofisiológicos (úlceras, colitis).

El hecho de que las cargas laborales se expresen en una sobrecarga de trabajo para el personal, tiene como resultado una serie de transformaciones negativas, originadas por la interacción dinámica de las cargas laborales, en los procesos biopsíquicos humanos, originando lo que se conoce como *desgaste* generado éste por los procesos de adaptación de la carga laboral. Tales efectos de las cargas de trabajo producen *estrés*, considerado como un estado de tensión o de alerta del organismo, que no siempre es dañino, pero se convierte en tal cuando es frecuente o intenso. El organismo se resiste y pueden aparecer efectos diversos y muy nocivos para la salud, así el desgaste surge como consecuencia del desarrollo sostenido de una actividad y desaparece con el cambio de actividad o reposo. Entre las condiciones de trabajo que tienen efecto en la salud psíquica de los trabajadores se encuentran los turnos rotatorios, monotonía en las tareas, ritmos excesivos de trabajo, repetición y fragmentación de las tareas, entre otras.

3.3 Desgaste Laboral en el Personal de Salud

Doherty et al. (1988) afirman que en muchos servicios hospitalarios, el gran número de pacientes y su alta rotación (frecuentes admisiones y egresos) tienden a romper la continuidad del cuidado y el nivel de satisfacción para quien los proporciona. La atención se ve interrumpida y el personal puede no tener la oportunidad de observar al paciente desenvolviéndose como una persona útil en la sociedad, un paso que le ayudaría considerablemente a desarrollar una apreciación más satisfactoria de la humanidad de sus pacientes. Estas situaciones se presentan

unidades especializadas, como cuidados intensivos o coronarios, en los cuales se suministran cuidados breves y, con frecuencia, altamente técnicos. Estos factores contribuyen a la insatisfacción en el trabajo y al agotamiento emocional. El vacío y la tristeza experimentados por la muerte de un paciente pueden ser críticos. El tiempo empleado en las unidades mencionadas parece sumergido en un estoicismo y automatización del trabajo, no dando cabida a manifestaciones de desacuerdo, vacío e impotencia. Para quienes trabajan en áreas de alta mortalidad (cuidados intensivos, unidades para enfermeros con SIDA, salas de oncología), las muertes frecuentes se pueden convertir en el factor más importante para que se presente una 'sobrecarga traumática'. El desarrollo de tecnología médica ha dado una mayor complejidad al asunto.

El personal de salud trabaja frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Estas pueden variar desde enfermedades crónicas, incapacidades y traumas agudos, hasta enfermedades psiquiátricas mayores y enfermedades terminales. La respuesta emocional del trabajador de la salud ante tales circunstancias es un aspecto importante de su motivación para aliviar la pena y brindar una atención adecuada, pero puede ocurrir una 'recarga traumática' debido a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte. La recarga traumática y la ansiedad asociada a la cercana interacción con personas en desgracia, pueden provocar determinadas conductas y respuestas emocionales en quienes brindan cuidados a la salud, estas conductas pueden tener implicaciones en la capacidad para mantener el bienestar emocional dentro de la vida personal.

Algunos de los estresores propios del campo de la Enfermería -en medio de muchas incertidumbres que rodean la práctica médica- son: las exigencias de tomar decisiones que afectan el bienestar de otros; el manejo de aspectos difíciles, dolorosos o vergonzosos para los usuarios y el compromiso de ser receptor de la confianza del paciente. Además, las labores del cuidado diario del paciente pueden crear un fuerte lazo de unión, pero también pueden generar sentimientos contrarios como vergüenza o repulsión, mismos que afectan el desarrollo normal de la atención.

En ciertas labores se pueden presentar conflictos entre el tratamiento y el

cuidado correspondiente. Por ejemplo, la orden de "no resucitación", común en algunos hospitales, a veces refleja la desesperanza del personal. Este factor ha llegado a ser especialmente estresante entre médicos y enfermeras encargados de la atención a pacientes con SIDA (Shulmann y Mantell, 1988). En otras circunstancias, por ejemplo en curación de quemaduras o administración de quimioterapia citotóxica a pacientes con enfermedades malignas, el personal se enfrenta a un dilema: el sufrimiento a través del tratamiento. Los beneficios a largo plazo son difíciles de conciliar con las reacciones inmediatas del paciente: dolor y sufrimiento. Además, quienes trabajan en el cuidado de la salud también se enfrentan a las reacciones variadas y complejas de los pacientes, sus familiares y seres queridos, causadas por el estrés de la enfermedad y el trauma. El dolor de una madre por su niño enfermo o la reacción ante la pérdida del cónyuge son situaciones difíciles de asimilar, en este contexto es común escuchar por parte del personal de enfermería frases como: "no sé qué haría, si me estuviera pasando a mí."

El personal de salud, particularmente el de hospitales o el que trata con pacientes terminales, llega a intimar con la muerte a través de la vida de otras personas. Experiencias como observar un cadáver, ser testigo de un desfiguramiento traumático o de un gran deterioro físico pueden ser difíciles de compartir fuera del trabajo, en especial para enfermeras y médicos, y en general para el personal de este sector.

Por otro lado, durante la atención médica se desarrollan relaciones estrechas entre el personal de salud y los pacientes. Sin embargo, los procedimientos establecidos parecen restarle énfasis a dichas relaciones, tal vez como una forma de atenuar las experiencias potencialmente perturbadoras para la vida de los pacientes. En las áreas de alto estrés como unidades de quemados, salas de oncología y de enfermos de SIDA, los trabajadores deben concentrarse en tareas prácticas, que les permitan integrarse de forma saludable a lo que de otra manera sería una experiencia intolerable. Probablemente, la única forma de establecer un vínculo entre el personal de atención médica y el paciente sea la capacidad para descubrir su confianza y responder ante ella con una atención sensitiva, competente y compasiva. Sobre los vínculos establecidos, cualquiera de los dos puede responder

inapropiadamente, si están influenciados por experiencias significativas ocurridas en el pasado.

Esas respuestas inapropiadas se expresan por parte del paciente como sentimientos confusos hacia el personal, enfado exagerado y dependencia de mantener bajo un control excesivo la relación profesional; de igual manera, el personal aporta a esta relación un cúmulo de experiencias derivadas del trato con otros pacientes, esto influye (de manera inconsciente por parte del trabajador) en la forma de acercamiento a pacientes nuevos. Tal resultado se debe principalmente a la gran carga emocional presente en todos los aspectos de su trabajo. Un trabajador puede tener dificultades sólo con ciertos pacientes o verse más involucrado con unos que con otros.

El agotamiento puede afectar a los integrantes de algunos servicios o unidades. En determinada unidad o servicio pueden surgir conflictos entre el personal o entre la unidad y otros servicios. Igualmente importantes son aquellos procesos en los cuales las tensiones y conflictos se concentran en un paciente especialmente difícil, que llega a convertirse en el paciente 'problema' para todos. Un hecho casi común es que algún miembro del personal sea el poseedor de los sentimientos negativos y ansiedades, apareciendo como incompetente y 'odioso'. Asimismo, es posible que otro miembro del personal sea considerado como la encarnación de todo lo bueno.

La deshumanización y devaluación del paciente o de la institución, o un surgimiento de desesperanza institucional y de nihilismo terapéutico pueden ser los rasgos distintivos de algunos servicios, en sitios donde los pacientes reciben un cuidado a largo plazo (por ejemplo, algunas instituciones psiquiátricas). De igual manera, pueden surgir sentimientos intensos de oposición entre grupos de profesionales de la salud, como la sensación de que si los otros hicieran bien su trabajo, todo mejoraría, incluyendo los pacientes o de que todas las dificultades son consecuencia de una administración incompetente. Si bien algunas veces estas aseveraciones pueden tener algo de cierto, por lo general obstaculizan la prestación del cuidado integral y coordinado requerido. También influyen en la calidad del ambiente de trabajo, factores de organización y administrativos. Tanto el exceso de

trabajo, como las distribuciones irregulares de personal y el contar con pocos fines de semana libres, pueden hacer aún más difícil un trabajo emocionalmente exigente.

Por lo que implica, el cuidado de un enfermo genera un alto grado de tensión, además de este hecho, en estudios sobre grupos de Enfermería se han encontrado varios elementos que también influyen en los niveles de estrés: el apoyo psicológico disponible en el sitio de trabajo, los cambios en la estructura laboral y las distribuciones de personal (Yasko, 1983; Jenkins y Ostchega, 1986). Esta serie de situaciones induce a desarrollar hábitos perjudiciales para la salud de la trabajadora, como tabaquismo y alcoholismo, que junto con el estrés conforman factores de riesgo para la presentación de enfermedades crónicas, vasculares y neurosis, que a su vez influyen en la dinámica familiar. Aunado a lo anterior, el riesgo en el manejo de anestésicos, antibióticos, sustancias químicas, polvos detergentes, desinfectantes, gases esterilizantes, excretas y líquidos orgánicos ponen en peligro su salud. Estas condiciones propias del servicio hospitalario hacen que la enfermera desarrolle una disciplina en la aplicación estricta de las técnicas y procedimientos, misma que se incorpora a una rutina extenuante (Sallard, 1993).

Las cargas laborales de quienes brindan atención de primer nivel están asociadas a falta de formación profesional, aislamiento en el trabajo, bajos niveles de seguridad en el mismo y a situaciones donde es escasa la relación terapéutica con los pacientes. Además, el hecho de trabajar en atención ambulatoria y realizar trabajo con familias que viven en zonas marginadas (y con alto índice de delincuencia) puede ser tomado como una amenaza por parte del personal de salud. Asimismo, quienes trabajan en salas de emergencias o de cuidados para personas con trastornos psicológicos, reciben efectos que les crean sensaciones de violencia a largo plazo y desórdenes postraumáticos por estrés. (Mezey y Shepered, 1994).

Volviendo a las cargas de trabajo, en nuestra revisión documental encontramos que las estudiadas entre el personal de enfermería son las cargas

físicas, biológicas, químicas, psicológicas y mecánicas.⁴ Es importante enfatizar que los factores de riesgo o *cargas de trabajo psicológicas* son las menos investigadas de manera directa, entre las cinco cargas mencionadas anteriormente. En la presente investigación se ha que las cargas fisiológicas son las que con mayor frecuencia e intensidad afectan al personal de enfermería, de allí nuestro interés por lograr un acercamiento adecuado a esta situación. En este sentido, aunque no identificados como factores de riesgo, se encontraron estudios que de manera directa -pero aislada- coadyuvan a dar una idea global de las condiciones en las que el personal de enfermería desarrolla su actividad laboral (Cruz et al, 1998:19; Corral et al, 1991:17; Borrayo et al, 1991:113; Sánchez y Lemus, 1991:167; Boardo y Betancourt 1991:165). Es importante, también, hacer referencia a dos trabajos de investigación donde se expone el proceso salud-enfermedad en relación a la carga laboral a la que está sometido el personal de Enfermería (García y Barrón, 1991:168; Uribe G. et al, 1991:101).

Las características de la organización y división del trabajo determinan la duración de la jornada, el ritmo al que se produce, los mecanismos de supervisión, el control del proceso, el contenido de la tarea, los incentivos para la producción y la complejidad y peligrosidad de las tareas. La jornada laboral forma parte de los indicadores en la variable de carga laboral en la presente investigación, respecto a ésta se sabe que a finales de 1940 ganó aceptación entre el personal de enfermería la semana laboral de cuarenta horas en cinco días de trabajo. Los turnos suelen ser de las 7:00 a las 15:00 horas, de las 14:00 a las 21:00 horas y de las 20:30 a 7:30 horas, este horario permite una interrupción de media hora para comer y media hora para organizar el cambio de turno (esta organización asegura la continuidad en la atención de los pacientes). La jornada de ocho horas y la semana de cinco días se considera generalmente como normal en las actividades industriales, comerciales y asistenciales en muchos países. Sin embargo, algunos experimentos interesantes se están llevando a cabo con la jornada de diez horas y la semana de cuatro días.

⁴ Soto y Alcacio (1991) hacen mención de las cargas químicas. Hernández y Angulo (1998) incluyen información sobre cargas químicas y físicas. Villalobos y Morales (1991) realizan estudio sobre cargas fisiológicas. Hernández y Vasquez (1991) estudiaron factores de riesgo mecánico. Salas Farías et al, (1991) mencionaron cargas físicas, biológicas, químicas, psicológicas y mecánicas.

En nuestra entidad acaba de establecerse un horario alternado cada semana para el personal de enfermería: 12 horas por tres días, una semana y 12 por cuatro días la siguiente. Los estudios provenientes de empresas que experimentan con este tipo de organización de las jornadas laborales no son consistentes: algunos reportes expresan que diez horas son demasiadas para el trabajo diario de un obrero, y que la productividad adicional de las últimas dos horas es mucho menor, proporcionalmente, a la productividad correspondiente a las primeras ocho horas.

Por otra parte, Niebel (1980) sostiene que el trabajador típico actual responde bien psicológica y fisiológicamente a la semana de 40 horas de trabajo, siempre que las condiciones ambientales sean satisfactorias y reciba el reconocimiento -monetario y no monetario- adecuado por su trabajo. Por tanto, parece ser que la semana de 40 horas o de casi 40 horas continuará siendo la base del programa de trabajo en la mayor parte de las industrias y de las instituciones asistenciales en nuestro país.

Es un hecho común que después de desarrollar una actividad de manera continua, el trabajador sienta la necesidad de tomar un breve descanso. Si no ocurriera esta interrupción del trabajo, aparecería una declinación progresiva y notable en la productividad, aún en trabajadores altamente motivados, que podría llegar a propiciar una suspensión forzosa. Este período en el que la productividad comienza a descender notoriamente, se conoce como *período actil*. Niebel (1980) propone que al final de este período hay que conceder un descanso; la interrupción mínima que permite una recuperación satisfactoria es de unos cinco minutos. Los resultados de tales interrupciones periódicas son casi siempre positivas.

Respecto al alargamiento o intensificación de la jornada, Laurell (1993) afirma que se trata de otras formas de 'explotación laboral'. Casos de *alargamiento directo o indirecto* son: tiempos extras y jornadas dobles; casos de *intensificación* son: cantidad, calidad, supervisión y características de la actividad laboral. Ante esto, el reloj biológico del ser humano se encarga de regir las variaciones rítmicas del cuerpo, regulando el ciclo de actividad-reposo, los cambios diarios en la temperatura, la frecuencia del pulso, la tensión arterial, la composición de la sangre, la secreción de hormonas, etc. También existe variación en la capacidad de trabajo, que alcanza

su mínimo entre las dos y las cuatro de la madrugada. Cuando una persona trabaja por turnos rotativos y nocturnos desincroniza y desorganiza su reloj biológico. Esta desorganización conlleva efectos negativos, entre los que destacan:

Efectos fisiológicos: mayor cansancio durante el turno, descenso en el nivel de vigilia, trastornos del período de sueño, trastornos digestivos ligados a los cambios en las horas de las comidas y a la dificultad de encontrar una "comida normal" a ciertas horas, aumento de peso en el curso de los dos primeros años de trabajo nocturno (sin modificación importante en la cantidad y calidad de la alimentación), trastornos del carácter -ligado a las alteraciones del sueño y/o a los cambios digestivos-, probable reducción de las reacciones inmunológicas (contra las infecciones y agresiones), efecto eventual sobre el envejecimiento y la duración de la vida, trastornos de la salud en las esposas de los trabajadores -en particular problemas de sueño debido al desfase entre los horarios de trabajo del marido, de los niños y los de ella.

Efectos sociales: sentimientos de estar apartado de la sociedad, imposibilidad de participación regular en las actividades colectivas (deportivas, culturales, cívicas, etc.).

Efectos familiares: dificultad en la comunicación entre los miembros y desorganización en la vida familiar.

Efectos profesionales: ausencias irregulares ligadas al trabajo exhaustivo y fatiga extenuante en aquellos que laboran jornadas continuas (en la misma o en otra institución) o bien cuando el trabajador decide estudiar o actualizarse.

Los turnos permanentes alivian a las enfermeras de la presión y los problemas relacionados con la salud, consecuencia de los turnos alternos y rotatorios; pues cuando la enfermera puede elegir el turno que mejor le conviene a su vida privada, es capaz de tomar parte en actividades sociales, aún cuando éstas exijan regularidad en la asistencia, por ejemplo, le es posible seguir sus estudios al planear cursos fuera de su horario de trabajo. La enfermera puede desarrollar la sensación de que pertenece a un turno y sentirse y trabajar mejor, porque ese turno le conviene. En estudios realizados con enfermeras de Montreal, las que trabajaban en turnos permanentes presentaron promedios más altos en escalas

psicológicas, como las de salud mental. Además se presentaron menos problemas de salud y una disminución de los retardos, del ausentismo y del cambio de trabajo (Marriner, 1996:251).

Nordhaus Bike (1995) reporta que el hospital Lee Memorial en Florida, por disminuir costos, se vio en la necesidad de aumentar las horas de trabajo del personal, lo cual ocasionó serios problemas, destacando tres: el proceso laboral se volvió estresante y frío, afectando la salud física y emocional del personal; disminuyó el nivel de eficacia en la atención y se perdieron las buenas relaciones entre algunos colegas, pues se dice que quienes permanecen en estados de tensión, a menudo caen en un modelo de conducta opuesto a ellos y a sus patrones habituales de conducta. Aún así, está demostrado que el cambio o ajuste es necesario en la atención de enfermería, puesto que la evolución y necesidades de los usuarios son dinámicas, no obstante es innegable que tal situación produce reacciones generalmente negativas, mismas que se traducen en estrés, y por lo tanto en un aumento de la carga de trabajo. Cruz et al, (1998) añade que el personal de enfermería se encuentra saturado de acciones a realizar durante su tiempo normal de trabajo, por lo que muchas de estas actividades no se llevan a cabo y son diferidas al siguiente turno, esto provoca que el personal de cada turno realice algunas actividades que no le corresponden, aumentando así su carga laboral.

3.4 El Síndrome de Burnout

El término *Burnout* ('estar quemado') fue acuñado en 1974 por Freudenberger para referir la problemática padecida por algunos de los trabajadores del ámbito de los servicios sociales. El término alude a un tipo de *estrés laboral e institucional*, generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas. Es causado por involucramiento a largo plazo, en situaciones demandantes emocionalmente, también puede deberse a la organización laboral e institucional, a las características exclusivas de las tareas en servicios especiales y al tipo de pacientes que se atiende. El concepto no cobró notoriedad y

estatus empírico hasta que Maslach y Jackson, en 1987, iniciaron estudios más formales y sistemáticos de esta entidad (Quevedo et al, 1997).

En general, las manifestaciones de este síndrome aparecen en aquellos profesionales cuyo trabajo consiste directamente en la atención social, educativa o sanitaria a otras personas, en términos de una relación de ayuda, consejo o enseñanza. Los principales grupos de riesgo, donde se han manifestado estos comportamientos de desgaste profesional han sido: personal de salud, maestros, educadores, psicólogos y asistentes sociales; profesiones todas ellas que exigen una intensa relación con el demandante del servicio profesional (Moreno, 1991; Delgado y Cois, 1993). Esta tesis es apoyada por Cherniss (1980), quien afirma que el Burnout es igual al estrés emocional y agotamiento. Los profesionales de la salud presentan elevados grados de estrés y por lo tanto son altamente propensos a padecerlo. Este síndrome se presenta a través de una exposición prolongada a la tensión en el trabajo y a respuestas maladaptativas, que cuando se vuelven crónicas en alguien que tiene recursos insuficientes para responder al estrés, pueden llevar al Burnout (Schwab, 1996). Este síndrome es visto como un mecanismo de respuestas estratégicas empleadas por los miembros del personal, para distanciarse emocionalmente de los pacientes y así poder continuar en el trabajo (idem).

El origen del constructo parte de los estudios hechos por Maslach (1979, 1987) y Everly (1990), que se centran en la manera como los sujetos interpretan y mantienen sus propios estados emocionales ante situaciones de crisis. Los datos incluidos pusieron de manifiesto que la preparación de los profesionales no es suficiente para afrontar situaciones habituales de su trabajo que frecuentemente inducen dificultades emocionales y conductuales, lo cual lleva a un sentimiento de fracaso personal y/o incapacidad para el ejercicio de la profesión (Moreno, 1991).

El Síndrome incluye los siguientes componentes:

Agotamiento físico y/o psicológico: se expresa en una vaga sensación de "no poder dar más de sí mismo" a los beneficiarios de su profesión, pérdida progresiva de la energía, desgaste, agotamiento y fatiga.

Actitud fría y despersonalizada hacia los usuarios y compañeros de trabajo: el sujeto se muestra cínico y distanciado, atribuyendo su bajo rendimiento al

carácter monótono de su quehacer. Emplea términos despectivos y generalizados hacia los beneficiarios de su profesión, incrementando su irritabilidad y manifestando una considerable pérdida de motivación hacia su trabajo. Estas respuestas, consecuencia de un estilo de afrontamiento evitativo, suponen una forma de aliviar la tensión experimentada por el proveedor de servicios.

Esta respuesta llamada *coping* (Lazarus, 1976) corresponde a las estrategias adoptadas por la persona en respuesta a situaciones estresantes, estas estrategias pueden evidenciarse en conductas adaptativas (cuando el individuo logra controlar o disminuir su nivel de estrés) y conductas maladaptativas (cuando la persona continúa manejando los estresores de manera negativa para su equilibrio). Para Seyle (1949), el *coping* es el comportamiento de asumir, asimilar y controlar la situación adoptada por el individuo para modificar la fuente de equilibrio o para reducir los inconvenientes del desequilibrio; sin embargo, estos comportamientos pueden a su vez contribuir al desequilibrio.

Sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo: surge de una constante comprobación de que las demandas que se le hacen exceden a su capacidad para atenderlas debidamente. Estos tres componentes, habitualmente denominados *DESGASTE EMOCIONAL* o cansancio emocional, *DESPERSONALIZACIÓN E INADECUACIÓN PERSONAL* o incompetencia personal, constituyen una definición más operativa del síndrome; no obstante éstos pueden ir acompañados de otras alteraciones.

En cuanto a los antecedentes que desencadenan estas conductas inadaptadas, se han propuesto diferentes planteamientos, centrándose en el Burnout como una respuesta emocional o cognitiva a una serie de factores laborales e institucionales (Maslach, 1984; Moreno, 1991); o bien, asumiendo que es el estrés el desencadenante del Síndrome, sobre todo en aquellos sujetos con una determinada orientación vocacional y para los cuales los apoyos sociales extralaborales son escasos (Cherniss, 1981). Un estresor se define como "la relación particular entre la persona y el ambiente que es estimado por la persona como la imposición de contribuciones o el excederse en sus recursos poniendo en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman 1984).

Cuando se presenta el estrés, el organismo responde con el *Síndrome de Alarma de Seyle* o *Síndrome de Adaptación General*, que evoluciona en tres fases: la primera es la 'reacción de alarma', caracterizada por la respuesta adrenalínica, las úlceras gastrointestinales, la respuesta timolinfática y otros cambios clínicos, estructurales y químicos. La segunda es la 'adaptativa', caracterizada por una adaptación óptima del organismo a los cambios emergentes, y la tercera fase es el 'agotamiento', cuando la adaptación adquirida se pierde.

Cox (1988) sugiere que la persona hace una apreciación en términos de "comparación" o de "balance" de cuatro elementos de interrelación entre ella y el medio ambiente, para enfrentar el estrés:

1. Exigencias externas.
2. Capacidad de asumir y asimilar estas exigencias.
3. Necesidades internas.
4. Grado de satisfacción de estas necesidades a causa de la situación.

Las restricciones y el apoyo social son aspectos importantes del proceso de apreciación del sujeto, deben incluirse entonces también la ayuda social, las restricciones externas, las restricciones internas relacionadas con las creencias y el sistema de valores del individuo. Un desequilibrio de los elementos de esta primera apreciación está asociado a una experiencia emocional negativa y a cambios psicofisiológicos. Los períodos de tensión frecuentes y prolongados, producen sentimientos de agotamiento emocional y una reducción en el logro personal, sentido de fracaso profesional y una tendencia de despersonalización hacia los destinatarios del servicio.

Meier (1983) ha centrado sus estudios sobre el tema en el enfoque cognitivo-conductual y más concretamente en el concepto de autoeficacia de Bandura. Esta perspectiva permite acceder tanto a los factores institucionales como personales. Bandura (1977) propuso un modelo general basado en la teoría del aprendizaje social para entender el proceso que lleva al Burnout, éste observó que las expectativas no realizadas tienen un impacto significativo en la realización personal y en el compromiso con la institución. Por consiguiente, cuando las escuelas crean expectativas poco reales en sus educandos, pero no proporcionan recursos

pertinentes para enfrentarlas, las personas experimentan algún grado de incertidumbre, dicha incertidumbre se vuelve fuente de ansiedad y tensión y al final influye en el compromiso del profesionista con su lugar de trabajo y con la profesión (Wisniewsky y Gargiulo, 1997).

Los factores personales, familiares y organizacionales implicados en el surgimiento de este síndrome pueden resultar como consecuencia de ciertos factores estructurales de vulnerabilidad, además influye la competencia, la complejidad e intensidad en el trabajo, el ritmo rápido de vida y los despidos.

El concepto de Burnout da idea de un fenómeno específico, indica desgaste o agotamiento debido a que los trabajadores se esfuerzan mucho. Se desarrolla en aquéllos que generalmente tienen la responsabilidad de atender a personas y también cuando existe retraso en conseguir una meta. Las situaciones de riesgo son aquellas en las que existe un desequilibrio entre las metas y los medios disponibles de los profesionales para llevar la carga de trabajo o cuando existe ambigüedad y/o conflicto de roles. En estas situaciones la persona puede estar insatisfecha o dudar del valor de su trabajo, porque compara sus resultados con los estándares ideales o porque sus logros personales no corresponden a su identidad profesional, por ejemplo: el conflicto creado por dedicar más tiempo al trabajo burocrático que a la asistencia de los beneficiarios de la profesión, cuando la persona concibe su quehacer profesional como esa mera relación de asistencia.

Ciertas personas tienen más riesgo de presentar Burnout: los individuos animosos, con un gran ideal de actuación y éxito; aquéllos que dependen en gran medida de su autoestima y su logro profesional; los que sólo tienen su trabajo como fuente de satisfacción y aquéllos que evaden otras esferas de su vida, mientras toman de refugio el trabajo. Los individuos con personalidad "sensible" o "sentimental", que hasta la experiencia más grata les consume energía emocional parecen más predispuestos al Burnout, que aquéllos de personalidad "cerebral" o "intelectual". Además, es más probable que se "quemen" las personas que se involucran emocionalmente en su trabajo, que los individuos con un estilo de trabajo más "desprendido".

Mc Craine, Lambert y Lambert (1987) Naisberg y Fenning (1991) coinciden

en que se da menos asociación con el síndrome durante los dos primeros años de experiencia y cuando se ha trabajado por más de diez años de manera ininterrumpida. Por otra parte, Florez Lozano (1994) menciona que a mayor número de personas en el centro de trabajo, se producen más alteraciones por la dificultad en los sistemas de comunicación y grupos de apoyo; sin embargo Maslach (1982), Kramer (1974) y Jayaratne (1983) indican que no sólo por el número de personas se producen alteraciones, sino que existen otros factores tales como expectativas y desarrollo profesional, que en determinado momento pueden propiciar alteraciones.

Florez Lozano (1994) indica que según algunas características diferenciadoras del perfil de los profesionales, en los médicos se da más la despersonalización, mientras que en el personal de enfermería se presenta con más frecuencia la falta de realización personal y el cansancio emocional.

Leiter (1991) ha sugerido que el Burnout puede ser inevitable para todos los tipos de personalidad, debido al conflicto existente entre el idealismo profesional con que los aspirantes a proveedores de servicio son formados y la dura realidad con la que se enfrentan al estar desarrollando su trabajo.

Las personas que entran a las profesiones de servicios humanos, esperan que su trabajo esté lleno de experiencias desafiantes, anticipan muchas interacciones provechosas con los clientes agradecidos, con demostraciones de compañerismo y apoyo entre sus colegas y una administración que les permita autonomía en la toma de decisiones y que reconozca su trabajo e iniciativa. En vez de eso, muchos proveedores de servicio encuentran que su trabajo es un ir y venir entre trámites burocráticos, "papeleo" y actividades tediosas todos los días. La retroalimentación positiva -necesaria para el control del estrés- es escasa, los colegas y supervisores que están en proceso de "quemarse" o ya están "quemados", no son buena fuente de compañerismo o de apoyo social (Gómez y Michaelis, 1995).

Como comenta Gala, et al, (1993), los efectos psicosociales negativos en el personal de salud en su relación hacia los pacientes con SIDA, provocan que las causas y síntomas del Síndrome de Burnout estén presentes entre el personal; las causas incluyen temor a contraer tal enfermedad y la sensación de inadecuación profesional en el tratamiento con los pacientes crónicos y terminales, quienes sufren

además problemas psicosociales y neuropsiquiátricos.

Debido a las numerosas regulaciones o "burocratismo" que existe en algunas organizaciones, la autonomía e iniciativa individual están restringidas. No sólo la incapacidad para ejercer el juicio propio es frustrante, también sienten frecuentemente que las preocupaciones políticas y estadísticas los rebasan, en lugar de preocuparse por encontrar la manera de aumentar al máximo la eficacia y la eficiencia con la que los servicios son brindados a los clientes (Delwich y Brodsky, 1980).

El Síndrome de Burnout tiene muchas consecuencias indeseables, entre ellas la tensión relacionada con enfermedades psicosomáticas, aislamiento social, abuso de sustancias y deterioro de las relaciones familiares y personales significativas. Además, los trabajadores con Burnout muestran más probabilidad para descuidar aspectos importantes de su trabajo y demuestran juicios equivocados con los que pueden dañar el nivel de servicio que proporcionan a sus consumidores (McGee 1989).

Respecto a la evolución del cuadro, no existe un acuerdo unánime en las etapas por las que el individuo transita para llegar al Burnout, pero sí en su consideración como proceso. Se observan algunas coincidencias entre los autores revisados:

A). Riordan y Saltzer (1992) clasifican el proceso en tres fases:

- a) Un desequilibrio entre los recursos y las demandas .
- a) La respuesta emocional inmediata o a corto plazo, y
- c) cambios en la actitud y conducta.

B). Burke (1989), Culver (1989), Cherniss (1980) y Gold (1991) proponen que al inicio de este proceso, las demandas laborales exceden a los recursos materiales y humanos de los profesionales; como resultado de esto, se genera un sobreesfuerzo donde el sujeto manifiesta signos de ansiedad, fatiga, irritabilidad, reducción de las metas laborales, disminución de la responsabilidad personal y descenso en el altruismo profesional; en consecuencia se produce un cambio de actitudes: distanciamiento emocional con los usuarios y compañeros de trabajo, deseo de "huida", cinismo y rigidez.

C). Freuderberger es el único estudioso que define tiempos, afirma que la presentación del síndrome es gradual y se desarrolla en fases durante años, los primeros dos años la persona se siente cínica, defraudada y decepcionada; en los próximos dos años la depresión se vuelve crónica y después, de cuatro a seis años, la persona tiene síntomas serios de depresión y quizás sentimientos suicidas, además de experimentar pérdida del ego, del interés hacia el futuro, de la confianza y de la autoestima. La pérdida de esta última se manifiesta con sentimientos de omnipotencia y negación a ofertas de ayuda (Nordhaus Bike, 1995).

Un estudio reportado por Noroworol et al, (1993) describe un nuevo modelo profesional para el abordaje del Síndrome de Burnout, basado en el de Maslach; este modelo sostiene que cada persona asume un proceso individual para "quemarse" y a través del test Maslach Burnout Inventory se puede reconocer el estadio en que se encuentra (respecto al Burnout). La última suposición del modelo es que el Burnout es cada vez más "contagioso" y progresivo en ocho fases, sin explicar cuáles son éstas, ni cómo se desarrollan.

Muchas personas experimentan su trabajo como monótono y "terriblemente vacío", este tipo de trabajo puede llevar a las personas a "vaciar" emocionalmente y agotarse, mostrando pocos deseos de volver al trabajo; lógicamente, un trabajo "sin alma" consume el entusiasmo y la motivación; las destrezas y los conocimientos permanecen intactos, pero no la actuación.

A nivel personal, las reservas emocionales disminuyen y la calidad de las relaciones se deteriora, la resistencia física declina, poco a poco el pensamiento respecto al trabajo se va tornando despreocupado. Estos signos son particularmente comunes entre las víctimas del Burnout, el entusiasmo es reemplazado por el cinismo y el trabajo puede verse "sin sentido". Además, en el ambiente laboral, el individuo experimenta detrimento de la capacidad de trabajo, disminución de la calidad en la prestación del servicio, aumento de interrelaciones hostiles y por ende, incremento en los conflictos interpersonales. El trabajador percibe un alto grado de insatisfacción por el desempeño profesional, así como una ejecución menos placentera de las tareas laborales. Aunado a lo anterior, se presenta un alto índice de ausentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física

como psicológica. Definitivamente, todas estas alteraciones se proyectan a la relación familiar, la comunicación entre los integrantes disminuye y se torna cada vez más difícil.

En la sintomatología asociada a este síndrome, se pueden diferenciar trastornos psicofisiológicos, conductuales y emocionales (Maslach y Pines, 1977; Maslach, 1977 y Cherniss, 1980):

Alteraciones psicofisiológicas: dolor de cabeza, taquicardia, hipertensión arterial, insomnio, constipación, disminución o aumento del apetito, variaciones en el peso, dolor muscular y de espalda, trastornos respiratorios como gripa y asma, dolor de estómago, úlceras gástricas, perturbación para conciliar el sueño, fatiga crónica, sarpullido superficial y en general, enfermedades sin motivo aparente.

Alteraciones conductuales: consumo de antidepresivos, estimulantes, tranquilizantes, alcohol, tabaco y café; ausentismo laboral, incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comunicación y socialización difíciles, aumento de conductas violentas y comportamientos de alto riesgo como la conducción temeraria.

Alteraciones emocionales: irritabilidad, impaciencia, sentimientos de omnipotencia, desorientación, sentimientos depresivos, dificultad de concentración, dificultad de memorización, dificultad para "desconectarse" del trabajo después de la jornada, facilidad para aburrirse en el trabajo, distanciamiento afectivo de los pacientes como forma de protección del Yo e ideas recurrentes de abandonar la profesión.

Sobre los aspectos epidemiológicos del Burnout, descritos en la literatura, no parece existir un acuerdo unánime entre los autores, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. Aunque la edad no parece influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un período de sensibilización debido a que hay unos años en los que el profesional es especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros de carrera profesional dado a que es el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana; aprendiendo en ese tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas. Respecto al sexo, son

principalmente las mujeres el grupo más vulnerable. En el caso del personal de salud, quizás por razones como la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que se prolongan en el rol de mujer. En relación con el **estado civil**, a pesar de que el síndrome se ha asociado a personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime sobre esto; parece ser que las personas solteras tienden a presentar mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquéllas que conviven con parejas estables. En este mismo orden, la existencia de **hijos** propicia mayor resistencia al síndrome, debido a la tendencia en los padres de familia a ser personas más maduras y estables, la implicación del trabajador con su familia hace que tenga mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y que sea más realista. Los **turnos de trabajo** y el **horario laboral** de los profesionales de la salud pueden llevar, según algunos autores, a la presencia del síndrome- aunque tampoco existe unanimidad en este aspecto- siendo en el área de Enfermería donde esta influencia es mayor. Sobre la **antigüedad profesional** tampoco existe un acuerdo; algunos encuentran que los momentos en que se produce un menor nivel de asociación con el Burnout, se manifiesta en dos períodos: el correspondiente a los dos primeros años de carrera y el identificado con un lapso mayor a los diez años de experiencia laboral (Atance,1998). Naisberg y Fenning (1991) encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentan y por ello siguen presentes. Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral** en las profesiones asistenciales. Este factor produce una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas a estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente (Atance,1998). También el **salario** ha sido invocado como otro factor que puede afectar el desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura (Atance,1998).

Algunos especialistas no ven la utilidad de dar el "estatus" de diagnóstico médico al Burnout, pues la persona que lo padece, generalmente cae en cualquier tipo de desorden de *adaptación* en el modo de depresión (depresiva y/o ansiosa).

Emplear el Síndrome de Burnout como diagnóstico médico está muy lejos de ser unánime. En Quebec, este diagnóstico no es aceptado, los médicos no lo usan. Sin embargo, se menciona que el hecho de reconocerlo como diagnóstico no elimina el valor que este concepto describe en cierto contexto de trabajo.

En el lenguaje popular, el término *Burnout* parece estar extendido a cualquier estado de cansancio o depresión. Algunos autores prefieren dar el nombre de Burnout a tal estado, ya que se asocia a menos connotaciones negativas que la depresión.

3.5 Resultados de Investigaciones

Se presentan a continuación los resultados de varias investigaciones realizadas entre el personal de enfermería y su relación con el Síndrome de Burnout:

I. Atance (1998) realizó una investigación en profesionales sanitarios (enfermeras y médicos) de atención primaria y especializada (hospitales y centros de salud urbanos y rurales) del sistema público del área de Guadalajara, en España. Los resultados obtenidos fueron: para la dimensión de **desgaste emocional**, el grupo de mujeres presentó una puntuación media más elevada que los hombres; el grupo de edad mayor a 44 años también presentó media más alta que el resto; referente a la antigüedad en el centro de trabajo, el grupo de 11 a 19 años (de antigüedad), proporcionó medias superiores a aquéllos que llevaban más de 20 años o menos de 10. Según el número de trabajadores en el centro de trabajo, se hallaron diferencias significativas: el grupo de más de 1000 trabajadores tenía media superior, aunque sólo fueron significativas respecto al grupo de menor número de trabajadores (de 1 a 100 empleados); en el lugar de trabajo, la media superior se presentó en el personal de hospital, respecto a los de centros de salud urbanos y rurales, así como en el personal ambulatorio, respecto a los profesionales de centros de salud rurales; sobre el número de pacientes a cargo de cada profesional, el grupo de más de 20 enfermos obtuvo medias más altas respecto a los que tenían más de 100 o menos

de 21, pero no en relación a los que no tenían enfermos a su cargo. Se encontró también que en relación a las horas de trabajo semanales, el grupo de profesionales que dedicaban entre 36 y 40 horas es el que tuvo la media más alta -para desgaste emocional- y respecto a la interacción con los pacientes se encontró que el grupo cuya dedicación suponía el 60 por ciento de la jornada de trabajo, presentó medias más altas. El grupo de atención especializada fue el que obtuvo las medias más altas tanto en desgaste emocional como en Burnout, al presentar los valores medios más altos.

En la dimensión de **falta de logro personal**, el grupo de edad más avanzada (44 a 63 años) fue el que obtuvo medias superiores respecto a las otras edades; para el estado civil, quienes se encontraban separados, viudos o divorciados presentaron medias superiores y quienes contaban con más de tres hijos fueron los que presentaron medias superiores en esta dimensión.

Para la variable de antigüedad profesional, el grupo de más de 19 años de antigüedad obtuvo medias superiores respecto al de 11 a 19 años, pero no con respecto a los de más breve experiencia. (0-10 años). Según el número de trabajadores en el centro de trabajo, se encontró que quienes trabajaban en un centro de 101 a 1000 trabajadores fueron los que obtuvieron medias superiores, respecto a los grupos restantes (mas de 1000 y menos de 100). Mientras que aquellos que trabajaban en centros de salud urbanos y rurales presentaron medias más altas en relación al personal hospitalario. En el número de pacientes a cargo de cada profesional, quienes tenían más de 1000 personas a su cargo fueron quienes presentaron medias más altas respecto a los que no tenían, o bien quienes tenían la responsabilidad de menos de 20 pacientes. Para el tiempo de interacción con el paciente, quienes tenían más del 70 por ciento de su tiempo de jornada dedicada a los pacientes, presentaron medias más altas en relación a los que dedicaban menos del 20 por ciento de su tiempo a esa tarea.

En cuanto a la dimensión de **despersonalización**, los centros de trabajo con más de 1000 empleados presentaron medias superiores, aunque sólo fueron significativas respecto al grupo de menor número de trabajadores (de 1 a 100 empleados), según el lugar de trabajo, los centros de salud rurales obtuvieron

medias inferiores; las medias superiores se presentaron en los grupos que tenían menos del 20 por ciento y más del 70 por ciento de interacción con los pacientes en su jornada laboral.

Con respecto al Burnout global hubo diferencias significativas, el grupo de 44 a 63 años presentó medias más altas, así mismo sucedió entre los profesionales de hospital, respecto a los trabajadores de los centros de salud rurales, aunque no se marcó esta diferencia en los centros de salud urbanos. El grupo que atendía de 21 a 100 enfermos es el que presentó medias superiores de Burnout. Los profesionales que interactuaban con los usuarios más del 70 por ciento de su jornada laboral, obtuvieron promedios mas altos, así como los que trabajaban en centros de atención especializada.

En la dimensión de *desgaste emocional y despersonalización*, los grupos de atención especializada presentaron medias más altas respecto a los grupos de atención primaria. Se puede suponer que quienes trabajan en centros de atención especializada están más propensos a presentar Burnout.

En la dimensión de *desgaste emocional y despersonalización*, Enfermería presentó medias superiores en relación a los médicos y en *falta de logro personal*, los médicos presentaron medias superiores respecto a Enfermería.

No se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del Burnout entre médicos y enfermeras de atención primaria.

El perfil epidemiológico de riesgo para los profesionales de la salud de manera teórica sería el siguiente: Ser mujer de 44 años, separada, viuda o divorciada, con más de 19 años de antigüedad profesional y más de 11 años en el centro de trabajo, que realice tareas en un centro de más de 1000 trabajadores y dentro del ámbito de atención especializada, que dedica al menos el 70 por ciento de su jornada laboral en la atención directa a los pacientes, teniendo a su cargo a mas de 21 pacientes y trabajando entre 36 y 40 horas a la semana (Atance, 1998).

II. Oshler, Dawison, Star y Lee (1991) estudiaron la relación entre apoyo social, experiencia en el trabajo, estrés y Burnout. En este estudio de 49 enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados intensivos neonatales se experimentó un Burnout moderado, evidenciado por *despersonalización, desgaste emocional* y

también por la sensación de *falta de logro personal*. Las enfermeras con menor experiencia informan mayor tensión (Stortet et al, 1998).

III. En una investigación donde se estudió la respuesta individual frente al estrés en el trabajo, Lewis y Robinson (1992) trabajaron con 577 enfermeras generales asignadas a unidades de cuidados intensivos. Ellos encontraron que las respuestas adaptativas frente al estrés no se correlacionaron significativamente con la percepción del grado de estrés que ellas tenían. La respuesta maladaptativa, sin embargo, aumentó con la percepción de la magnitud del estrés relacionada con el trabajo. Ellos concluyen entonces que la percepción constante de un alto nivel de estrés relacionado con el trabajo más las respuestas maladaptativas, encabezan el Síndrome de Burnout (Stortet et al, 1998).

Algunas investigaciones han sido enfocadas al estudio de las maneras de enfrentar el estrés, entre las enfermeras. Estos trabajos resaltan la participación de una condición conocida como *hardiness*. Comentaremos sobre el significado de este término para después informar sobre los resultados de las investigaciones mencionadas.

Según Kobasa (1979) la condición conocida como *hardiness* está integrada por tres aspectos de la personalidad: control, que involucra la habilidad de tomar decisiones de manera autónoma, de simplificar el significado de eventos existentes y la de creer que nuestras decisiones determinan nuestra conducta; compromiso, determina la habilidad de involucrarse en actividades y/o relaciones necesarias para lograr la meta y desafío o reto, es la habilidad de encontrar las nuevas experiencias e intereses estimulantes más que estresantes (Stortet et al, 1998). El *hardiness* tiene un valor protector alto durante situaciones de estrés severo y es la característica más importante de la personalidad, no sólo para prevenir el agotamiento emocional, sino para convertir eventos significantes de estrés en desafíos.

IV. Pines y Aronson (1988) y Kobasa (1979) desarrollaron el concepto de *hardiness* como una característica de la personalidad que determina la manera como las personas hacen frente a la tensión, a la ansiedad y a la enfermedad. Ellas suponen que las personas con más *hardiness* tienden a enfrentar más eficazmente el estrés. Las posibles relaciones entre la tensión, el *hardiness* y la salud han sido

estudiados por Kobasa (1979) y Pender (1987). La hipótesis es que los altos niveles de estrés bajan los recursos personales del individuo, esto puede dejarlo menos resistente para enfermarse. Así, los individuos con más hardiness tienen más recursos y son más resistentes a los problemas de salud. Otro punto de vista es que la promoción de la salud puede llevar a incrementar la resistencia para tolerar el estrés (Stortet et al, 1998).

V. Rich y Rich (1987) estudiaron a 100 enfermeras, respecto al hardiness y Burnout. Los resultados indicaron una significativa relación entre hardiness y Burnout. Los investigadores determinaron que el vigor de la personalidad era un recurso de resistencia a la tensión para las enfermeras, también encontraron que la edad y los años de experiencia tienen una correlación negativa con los resultados del Burnout (Stortet et al, 1998).

VI. McCraine, Lambert y Lambert (1987) investigaron el hardiness como un moderador de la tensión del trabajo en 107 enfermeras. Sus resultados indican correlación negativa entre el hardiness de la personalidad y el Burnout, y correlación positiva entre la tensión del trabajo y el Burnout; sin embargo, el hardiness no fue un factor moderador en la relación entre tensión del trabajo y Burnout.

VII. Boyle, Grap, Lounger y Thornby (1991) estudiaron el hardiness, respuesta, apoyo social y Burnout en 103 enfermeras de cuidados intensivos. Ellos encontraron relación negativa entre el hardiness y el Burnout y positiva entre el hardiness y el apoyo social (Stortet et al, 1998).

VIII. El modelo que predijo 'mayor hardiness conduce a menos tensión y menos estrés produce menos Burnout' fue probado por Topf (1989). Ella estudió el estrés, Burnout y hardiness en 100 enfermeras -de base- en varias unidades. Empleando el Maslach Burnout Inventory (MBI), el investigador encontró que un menor compromiso de trabajo y un menor compromiso con las instituciones sociales estaba negativamente correlacionado con un aspecto del Burnout: el logro personal (Stortet et al, 1998).

IX. Van Serwellwn, Topf y Leake (1994) investigaron a 237 enfermeras de hospital, estudiando la relación entre hardiness, agotamiento emocional y problemas de salud. Ellos encontraron que:

- A) La tensión en el trabajo se correlaciona significativamente con los problemas de salud.
- B) El agotamiento emocional se correlaciona significativamente con los problemas de salud.
- C) El hardiness se relaciona significativamente para bajar la tensión en el trabajo.
- D) Se relacionó significativamente el hardiness con menos problemas de salud.
- E) Los hallazgos generales indicaron relación entre hardiness, tensión en el trabajo y salud. Los resultados se detallan a continuación:

Se encontraron altos niveles de desgaste emocional entre las enfermeras, ellas estaban significativamente debajo de las normas reportadas para *despersonalización*, no se encontraron diferencias significativas para *logro personal* y en la escala de *hardiness* la muestra estaba significativamente por debajo de las normas informadas (para *hardiness*). Las enfermeras parecían estar más agotadas emocionalmente y con menos *hardiness* que la población general, el *hardiness* media entre los efectos de la tensión en el trabajo y las respuestas maladaptativas frente al estrés por el trabajo; los niveles de Burnout fueron a su vez predictivos de los resultados de salud, el *hardiness* es un predictor significativo para el Burnout, el estudio mostró relación inversa entre *hardiness* y desgaste emocional. El *hardiness* también tuvo relación positiva con logro personal y el desgaste emocional mostró relación inversa con los resultados de salud.

La *despersonalización* evidenció relación positiva con los resultados de salud, el logro personal exhibió relación positiva con los resultados de salud, y con el ejercicio y éste a su vez se relacionó positivamente con los resultados de salud.

En apariencia, las respuestas al estrés por el trabajo son mediadas por el *hardiness*, particularmente las respuestas de desgaste emocional.

Entre los hallazgos adicionales, se reporta lo siguiente: la edad resultó inversamente relacionada con el desgaste emocional y con la *despersonalización*, en ambos casos, el individuo más viejo reportó menos Burnout.

Los años de experiencia tuvieron una significativa relación inversa con

desgaste emocional; más años de experiencia fueron asociados con niveles de Burnout más bajos; existía relación altamente significativa entre los pensamientos de renunciar al trabajo y el desgaste emocional y la despersonalización. Debe hacerse mención de las variables que no se relacionaron con Burnout: género, ingreso, nivel educativo y jornada completa de trabajo, contra jornada incompleta. El tabaquismo y el consumo de alcohol no se relacionó con la presencia de Burnout.

Los resultados del estudio apoyan la interrelación entre hardiness, tensión en el trabajo y salud. Sin embargo sólo dos de las cuatro hipótesis fueron apoyadas:

Hipótesis 1: Existe relación inversa entre el hardiness y Burnout en las enfermeras (apoyada).

Hipótesis 2: Existe relación positiva entre hardiness y la salud de las enfermeras (no apoyada).

Hipótesis 3: Existe relación inversa entre el Burnout y la salud de las enfermeras (apoyada).

Hipótesis 4: El hardiness es una variable que media la relación entre la tensión en el trabajo y salud (no apoyada).

Así, los hallazgos mayores fueron las relaciones mutuas entre hardiness, cansancio emocional y resultados de salud. El nivel de hardiness es predictivo en el desgaste emocional, el desgaste emocional a su vez, predice los resultados de salud. El hardiness, entonces, media entre el desgaste emocional y la respuesta a la tensión en el trabajo. Puede ser que el hardiness se relacione más con contrarrestar los efectos del estrés y de la ansiedad que con la salud. Por consiguiente, éste puede relacionarse más con lo psicológico que con los aspectos fisiológicos. El ejercicio parece ser una estrategia para hacer frente apropiadamente a las situaciones de estrés en el trabajo. La frecuencia del ejercicio tuvo relación positiva con el logro personal. Esto indicó que el ejercicio frecuente es asociado con niveles más altos de logro personal.

Los resultados de la investigación pueden contribuir al desarrollo de un perfil de la enfermera en riesgo de presentar Burnout. Este perfil puede incluir: juventud, experiencia, desgaste emocional y bajos niveles de hardiness en su personalidad. La enfermera que se ajuste a este perfil, puede ser que no se ejercite

frecuentemente o no se ejercite (Stortet et al, 1998).

X. Bianchi et al, (1997) reporta que se aplicó el Rome Burnout Inventory a 10 médicos y 20 enfermeras del departamento de pediatría de un hospital recientemente inaugurado con la finalidad de verificar o cuantificar la presencia del Síndrome de Burnout. El personal con menos de un año de antigüedad mostró altos grados de cansancio físico y emocional, estableciendo un gran número de estrategias defensivas en su comportamiento. Los trabajadores que tenían de uno a tres años en la institución, mostraron niveles medios de desgaste físico, emocional y mental, además percibieron un alto grado de apoyo social por parte de sus colegas.

XI. Vanyperen (1996) publicó un estudio donde se enfatiza la distinción existente entre dos consideraciones de equidad en los empleos "con gentes": la primera es la relación con los receptores con quienes se trabaja y la segunda, la relación de intercambio con la organización para la que se trabaja. Participaron 91 enfermeras de 21 a 50 años de edad, que trabajaban en un albergue para pacientes con retraso mental. La inequidad percibida en ambos tipos de relación estaba asociada con el agotamiento emocional y con un reducido logro personal. Tal como se esperaba, las diferencias individuales surgieron cuando las enfermeras sintieron un trato desigual en sus relaciones con los pacientes. Más aún, los resultados sugieren que las enfermeras con escasa orientación comunitaria restauran la equidad en su relación con los pacientes por medio de la separación emocional. En contraste, las enfermeras que sentían un trato desigual en la relación patrón-empleado, reportaron mayores intentos de renunciar. No se observó una relación directa entre los síntomas de Burnout y la intención de renunciar.

XII. Lavanco (1997) reporta un estudio donde el Síndrome de Burnout y el tipo de personalidad "A" fueron estudiados en dos grupos de maestros (26 de secundaria y 24 de bachillerato) y 50 enfermeras que vivían y trabajaban en Sicilia, Italia. Las cifras respecto a satisfacción en el trabajo fueron bajas para las enfermeras, quienes además mostraron altos niveles de irritabilidad y bajos sentimientos de control en el trabajo. Entre las enfermeras, la personalidad tipo "A" fue correlacionada positivamente con Burnout y negativamente con la satisfacción en el trabajo. Los maestros mostraron mayor satisfacción en el trabajo que las

enfermeras, pero es importante hacer notar que en Italia existen diferencias en cuanto a *estatus social*, entre una profesión y otra.

XII. En una investigación reportada por Turnipseed (1994) se estudió la relación entre el medio ambiente de trabajo y el Síndrome de Burnout. La hipótesis fue que la edad, antigüedad en el trabajo y la intensidad de las creencias religiosas eran factores que se relacionaban con el Burnout y el ambiente de trabajo. El estudio se realizó durante seis meses, en 115 enfermeras de un hospital urbano. Se emplearon como instrumentos de medición el 'Work Environment Scale' (WES) y el 'Maslach Burnout Inventory' (MBI). Los resultados muestran que la presión en el trabajo, el apoyo del personal supervisor, la claridad en el rol desempeñado y la autonomía en el mismo, fueron las variables en el ambiente laboral que se relacionaron con el Síndrome de Burnout. La edad, la antigüedad en el trabajo y la intensidad de las creencias religiosas aparecieron como factores moderadores que influyen en el ambiente de trabajo y el Síndrome de Burnout.

XIV. Visintini et al. (1996) reportan un estudio donde se aplicaron el 'AIDS Impact Scale' (AIS) y el "Maslach Burnout Inventory" a 410 enfermeras de 19 departamentos para tratamiento de enfermedades infecciosas, principalmente SIDA. Los hallazgos revelaron un bajo grado de Burnout, sin embargo una escasa proporción de enfermeras mostró un alto nivel del mismo. No hubo correlación significativa entre las variables sociodemográficas y el Burnout; sin embargo se presentó correlación significativa entre el MBI y el AIS, mismos que valoraron el involucramiento emocional de las enfermeras con sus pacientes. Los resultados sugieren que una relación empática es factor protector para el Burnout, tanto como lo es una relación frustrante. Las enfermeras toleran mejor el estrés si reciben apoyo social.

XV. En una investigación realizada por De Mercato et al (1995) se valoró la presencia del Síndrome de Burnout en 248 médicos, 397 enfermeras y 256 auxiliares médicos. Se estudiaron datos demográficos, actividad profesional, satisfacción en el trabajo y sentimientos de Burnout. El 45.5 por ciento del personal estudiado reportó síntomas de Burnout. Se encontró diferencia estadística significativa del Burnout entre enfermeras contra los médicos y auxiliares médicos, y en los médicos contra

los auxiliares médicos. No se encontró diferencia significativa entre médicos y enfermeras de distintas especialidades; mientras que se dio una alta, pero no significativa correlación entre los médicos (58 por ciento) y enfermeras (50 por ciento) que trabajan en los departamentos de oncología.