

RESUMEN

En el ámbito laboral, el desempeño de las actividades pueden ser referidas como la tarea laboral que se requiere cumplir con responsabilidad a través de una capacidad personal percibida en función de cómo se evalúa la dificultad del trabajo y la libertad de decisión. El estrés laboral es resultado de la evaluación que cada persona realiza respecto a la dificultad de las actividades que tiene que desempeñar. Si el proceso estresante es constante, cotidiano, se puede volver crónico, presentando múltiples síntomas de tipo fisiológico, psicológico y conductual. Si además el proceso laboral se relaciona con la atención de personas y sus demandas, la exigencia es mayor y repercute en situaciones de tipo emocional que pueden desembocar en el síndrome de *burnout*. Se analiza a un grupo de enfermeras del IMSS 49 de la ciudad de Los Mochis, Sinaloa, utilizando escalas de medición de tarea laboral, estrés crónico y síndrome de *burnout*. Se trabajó con 76 enfermeras que evalúan alta la cantidad y responsabilidad de su trabajo y donde ellas manifiestan presentar algunos síntomas frecuentes de estrés, en donde un poco más de la tercera parte de ellas presenta las dimensiones de despersonalización y de realización personal reducida del síndrome de *burnout*.

Palabras clave: tarea laboral, síntomas de estrés, síndrome de *burnout*, enfermeras.

ABSTRACT

At work, the performance of activities can be referred to the work task that is required to comply with accountability through perceived personal capacity in terms of how we evaluate the difficulty of work and freedom of decision. Occupational stress is a result of the evaluation that each person makes regarding the difficulty of the activities to be played. If the stressful process is constant, daily, can become chronic, presenting multiple physiological, psychological and behavioral symptoms. If in addition, the work process is related to the care of people and their demands, the demand is greater, and affects emotional situations that can lead to burnout syndrome. It analyzes a group of nurses from IMSS 49 of the city of Los Mochis, Sinaloa, using scales measuring job task, chronic stress and burnout. We worked with 76 nurses who assess the high quantity and responsibility for their work and where they show any symptoms of stress which frequent in just over a third of them have the dimensions of depersonalization and reduced personal accomplishment, from the burnout syndrome.

Key words: work task, stress syntoms, burnout syndrome, nurses.

Beatriz Y. Arita Watanabe es profesora investigadora TC, Perfil PROMEP, y SIN Nivel 1. Escuela de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de Sinaloa. Correo: <baritaw@hotmail.com>.

Gabriela Enid López Corrales y Paulino Mariscal Barrera son alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Los Mochis, Sinaloa, UAS. Verano de la Investigación Científica.

SÍNDROME DE *BURNOUT* EN ENFERMERAS DEL IMSS DE LOS MOCHIS, SINALOA

Fecha de recepción: 01/05/11 Fecha de aceptación: 15/06/11

Beatriz Y. Arita Watanabe / Gabriela Enid López Corrales
Paulino Mariscal Barrera

INTRODUCCIÓN

El síndrome de ‘quemarse’ por el trabajo está caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y realización personal reducida. Aparece como tal en la década de los setenta y se atribuye el primer instrumento para su medición —el *Maslach Burnout Inventory*— a Cristina Maslach. Hoy, el *burnout* es concebido como respuesta al estrés crónico laboral. Para su medición se han construido otros muchos instrumentos, entre ellos el CBB, el MBI-GS y el CESQT. En las organizaciones laborales se presentan altas demandas de trabajo relacionadas en general con decisiones relativas a otras personas. La atención al público es cada vez más una situación laboral indispensable en la mayor parte de los trabajos. El estudio del *burnout* se comenzó a relacionar con las actividades laborales que tenían que llevarse a cabo, atendiendo a otras personas: médicos, enfermeras, profesores, asistencia pública, entre otras labores, y que son trabajos que requieren de manejo emocional en las relaciones interpersonales. Ante esto, se argumentó que se puede presentar el *síndrome de burnout* donde las exigencias laborales pueden estar conectadas con situaciones de alta emocionalidad, sobre todo si éstas tienen que ver con relaciones interpersonales constantes y que requieren de esfuerzos de tipo emocional.

En este documento se describe el proceso de estudio del burnout desde la década de los setenta hasta la actualidad, mencionando los aportes teóricos y científicos y algunas investigaciones que utilizan inventarios de medición del síndrome. Se presentan los resultados de una investigación realizada con la participación

de dos estudiantes de Enfermería durante el Verano de la Investigación Científica 2009. El estudio se realiza con enfermeras del IMSS de la ciudad de Los Mochis, Sinaloa, relacionando el síndrome de burnout con síntomas de estrés crónico y con características de la tarea laboral. Se utiliza el CBB (Moreno y cols., 1995), el Inventario de Síntomas de Estrés (Domínguez y Méndez, 1993) y la escala de Tarea laboral (Arita, 1998).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de 'estar quemado', síndrome de agotamiento emocional o profesional, o síndrome de desmoralización, es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad laboral que puede provocar detrimento en la salud mental y física de los trabajadores. Para Gil-Monte (2001), el fenómeno es entendido como una respuesta al estrés laboral crónico, ubicado en un contexto mundial, donde los cambios ocurridos en el entorno socioeconómico y en el mercado laboral han contribuido significativamente al desarrollo y a la extensión de este síndrome.

En estas nuevas transformaciones se encuentran los cambios en la estructura de los sectores económicos, que han originado un fuerte crecimiento del sector servicios, y la aparición de nuevas formas de trabajo caracterizadas por la necesidad de laborar más tiempo en contacto con las personas hacia las que se dirige el trabajo. El burnout se ha conceptualizado como un proceso que ocurre entre los profesionales que trabajan directamente con personas o cuyo objeto de trabajo son personas (trabajadores de salud, como médicos, enfermeras; trabajadores de la educación como profesores; la hostelería, servicios sociales, administración pública, entre otros). La presencia del síndrome de burnout puede tener repercusiones psicosomáticas, conductuales, emocionales, familiares y sociales, y puede ser motivo de absentismo laboral y de bajo rendimiento en el trabajo (Pera y Serra-Prat, 2002).

Según datos del Inegi (2000), casi 70% de la Población Económicamente Activa (PEA) de Sinaloa se ubica en el sector servicios, es decir, son personas que laboran en actividades que en su mayoría refieren la atención a las personas y que, por tanto, son susceptibles de padecer el síndrome de burnout. Aunado a lo anterior, Maslach y Schaufeli (1993) indican que aunque este síndrome aparece como un proceso específico de los ámbitos descritos, el fenómeno también ha sido analizado en otro tipo de profesionales, como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organización, lo cual dirige la atención a todos los trabajadores, a cualquier ámbito de trabajo donde exista la relación laboral. Es decir, el estudio del síndrome de burnout emerge como un constructo que debe considerarse en todo estudio de la organización laboral.

MARCO TEÓRICO

La organización laboral exige de sus trabajadores actitudes y eficiencia máxima y un trato cotidiano con otras personas donde las emociones no deben mostrarse y, por tanto, son absorbidas por el propio trabajador. La alta competitividad exigida y la inseguridad laboral que prevalece en el ámbito del trabajo a nivel mundial, aunadas a las diversas exigencias del medio, así como transformaciones en las costumbres y enfoques hacia la vida, condicionan un ritmo vertiginoso que genera estrés, angustia, agotamiento emocional, trastornos en los ritmos de alimentación, actividad física y descanso, con dolencias físicas, psíquicas y factores de riesgo en la salud de los individuos del nuevo milenio (Apiquian, 2007).

Dice Gil-Monte (2003) que desde un nivel organizacional la profesión de enfermería se caracteriza por trabajar en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada donde se presentan los problemas de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por la dirección hacia los problemas organizacionales. La consecuencia de la falta de ajuste de la organización a su estructura genera ambigüedad, conflicto y sobrecarga del rol, así como baja autonomía en el trabajo. La falta de apoyo en el trabajo y los conflictos interpersonales con compañeros, dirección y administración de la organización, así como excesiva identificación del profesional con el usuario o los conflictos con éste, aumentan los sentimientos negativos.

El estrés, como proceso cotidiano generado por todas las relaciones que se tienen en el trabajo, incluye a los estresores y las tensiones de las personas y su entorno, además de la susceptibilidad de cada individuo.

El estrés en las profesiones asistenciales está compuesto por variables físicas, psicológicas y sociales, en donde inciden estresores, como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, 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. Todos ellos son antecedentes del síndrome de burnout (Gil-Monte, 2003).

El estrés laboral es resultado de la evaluación de cada sujeto respecto a la tarea que tiene que desempeñar y la forma en que la enfrenta (Ivancevich y Matteson, 1992, en Arita, 2006). La tarea laboral es referida a la cantidad de trabajo, la capacidad para decidir y el grado y tipo de responsabilidad sentida por la actividad laboral realizada; también se considera la dificultad del trabajo y la libertad de decisión en el mismo (Seward, 1993). Producto del proceso anterior, puede ser la presencia de respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales. En las primeras, se manifiestan como consecuencia de cambios químicos en el organismo y la activación hormonal que pueden ocasionar reacciones en cadena, haciendo latir aceleradamente

el corazón, aumentando la presión arterial y el nivel de insulina, con el objeto de que el cuerpo produzca la energía necesaria para movilizarse y enfrentar el reto.

A la par, se dan respuestas de tipo psicológico y conductual donde la persona evalúa el estresor como irrelevante, como reto o como amenaza; es lo que Lazarus y Folkman (1991) denominan evaluación primaria. Posteriormente, dicen los mismos autores, se produce la evaluación secundaria, donde la persona confronta lo que debe hacer con lo que puede hacer y cuáles son las herramientas con las que cuenta para enfrentar la situación.

Si en la evaluación primaria y secundaria el evento se evalúa como irrelevante, el estrés termina y no tiene ningún efecto en el organismo, ni en el comportamiento de la persona. Si se evalúa como amenaza, quiere decir que la persona considera que no tiene las herramientas suficientes para enfrentarlo y entonces el estrés negativo, o distrés, hace presencia; si es evaluado como reto, se decide enfrentarlo y el tipo de estrés es positivo, también denominado eutrés. Las respuestas que se dan tras las evaluaciones son definidas por Lazarus y Folkman (Ibid) como afrontamientos: evitativos ante la amenaza y aproximativos ante un reto.

La diferencia en la cantidad de estrés que produce cada situación (en este caso, laboral) depende del grado de reacción de cada persona; se produce a través de la percepción que ésta tiene de la situación, proceso mediante el cual se da significancia particular a todo lo que sucede alrededor de la persona.

Para Arita (2006), como todos somos diferentes, ante estímulos iguales se darán reacciones diferentes. La evaluación cognitiva hecha por cada persona es una variable mediadora que maneja información diferente, debido a las diferencias de vida de cada persona y la manera en que fueron asimiladas. Esta evaluación sirve de mediación entre lo que produce el estrés y las reacciones de adaptación de la persona que evalúa. Estas reacciones de adaptación son denominadas por Lazarus y Folkman (Ibid, 44) como formas de afrontamiento, donde éstas son procesos «[...] a través de [los cuales] el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera».

Estas reacciones no provocan daños a corto plazo, pues nos permiten defendernos y dar solución a las exigencias del medio, pero si la situación persiste por largo tiempo, porque no resolvemos el problema o la demanda del medio, entonces se presentan las reacciones de manera continua, convirtiéndose en respuestas crónicas (de más de seis meses), generando efectos negativos de tipo cognitivo, afectivo y de la conducta que van deteriorando la salud física y mental de las personas.

El estrés crónico puede ocasionar enfermedades cardiovasculares que comienzan con hipertensión y pueden desembocar en infartos cardio o cerebrovasculares; alteraciones nerviosas reflejadas en calvicie o enfermedades de la piel; trastornos digestivos que pasan de gastritis y colitis a úlceras; elevación del azúcar en la sangre, hasta presentar *diabetes mellitus*, entre otros trastornos fisiológicos. Cognitiva y emocionalmente, se presentan situaciones de ansiedad, depresión,

preocupaciones continuas y cambios conductuales como el comer menos o más de lo acostumbrado, tomar alcohol y fumar más, entre otros síntomas. Son respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales consideradas como síntomas de estrés crónico (Dominguez y Méndez, 1993; Arita, 2006).

Ubicando el estrés crónico como estrés crónico laboral, es importante decir que el trabajo, si se convierte en un factor provocador de estrés personal, propicia el riesgo de padecer problemas psicológicos, psicosomáticos y médicos. Para Vinaccia y Alvaran (2004), el estrés crónico laboral inicialmente se asoció al concepto de sobrecarga laboral, debido al exceso de horas de trabajo extra. Sin embargo, dicen Moreno y Peñacoba (1999) que la demanda o sobrecarga laboral no es el único factor determinante del estrés laboral; también lo es la baja utilización de las habilidades, así como otros factores ocupacionales que implican baja demanda.

La interacción entre las respuestas individuales al estrés, junto a la presión laboral en el ambiente de trabajo, puede provocar la presencia del síndrome de burnout (Albaladejo y cols., 2004). Este síndrome toma presencia donde las exigencias laborales pueden estar relacionadas con situaciones de alta emocionalidad, sobre todo si éstas tienen que ver con relaciones interpersonales constantes y que requieren de esfuerzos de tipo emocional. Tal es el caso de trabajos como el de profesores, médicos, enfermeras y todos aquellos donde la relación continua con otras personas es indispensable.

Las personas que ejercen las profesiones anteriores no sólo tienen que cumplir sus actividades, sino también relacionarse con las personas que reciben sus servicios (alumnos, enfermos), lo cual requiere de recursos extra para enfrentar la alta emocionalidad. Ante esto, es posible que se presente el síndrome de burnout, que es un síndrome tridimensional, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y realización personal reducida (Maslach y Jackson, 1982; Moreno y Oliver, 1995; Arita y Arauz, 1998).

El síndrome de burnout, o respuesta al estrés crónico asistencial, es un estado de agotamiento emocional, físico y mental grave, en el que la persona se derrumba a causa del cansancio psíquico que surge de la interacción social y ante una rutina laboral. Se presenta en personas que por su profesión acostumbran ocuparse de los demás. Para Grau (1995), el síndrome de burnout produce detrimento psicológico y es el principal factor de moral baja, ausentismo, se desarrolla un autoconcepto negativo y actitudes negativas hacia el trabajo.

Este síndrome es motivo de preocupación y para Tuesca y cols. (2006) es importante considerarlo, debido a sus repercusiones, emocionales, conductuales o psicosomáticas, por las implicaciones familiares y sociales, así como por las repercusiones en el ámbito laboral. Los autores anteriores mencionan que dicha psicopatología está fuertemente asociada a las nuevas normas de relación laboral en los últimos años, estando firmemente establecida como una enfermedad ocupacional.

El fenómeno cobra interés a mediados de los setenta cuando se reúnen expertos que acuñan el término *burnout*. En esos años, se desarrolla un instrumento denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que sirve de referencia técnica para el estudio del burnout y subsecuentes instrumentos van modificando las características que definen el síndrome, pero en lo general se conservan las tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal reducida.

Maslach y Jackson (1982) presentan algunos datos provenientes de varios estudios con médicos y enfermeras donde se compara la información con datos normativos, encontrándose diferencias interesantes entre estos dos grupos: las enfermeras presentan los mismos niveles de cansancio emocional que el grupo normativo, pero estos últimos presentan medidas bajas en despersonalización y realización personal reducida. Los médicos tienen niveles altos en cansancio emocional y realización personal reducida, en comparación con el grupo normativo, mostrando niveles similares de despersonalización. Los niveles de cansancio emocional fueron similares para médicos y enfermeras.

Maslach y Florian (1988), en un estudio realizado con 60 consejeros de rehabilitación en el área de San Francisco, Estados Unidos, reportan que el cansancio emocional emerge como factor clave relacionado con el exceso de trabajo y se percibe como falta de control.

Para el caso que nos ocupa, las enfermeras que tienen como ámbito laboral el hospital, su trabajo requiere o tiene exigencias diversas, según el servicio al que están adscritas, pero todas ellas tienen que enfrentar, además de sus actividades «técnicas», la relación con los pacientes y sus familiares, que son muy emotivas, ante situaciones negativas, donde el enfermo se siente mal o se queja de sus males, y más cuando la responsabilidad para la enfermera es mayor ante una enfermedad grave o mortal. Está en juego la vida de sus pacientes.

De 1965 a 1975 la investigación referida a los estresores en el trabajo de enfermería se enfocó principalmente al estudio de los departamentos de cuidado intensivo, aduciendo la causa al tipo de labor que se desarrolla en esos departamentos, las constantes demandas emocionales y los cambios continuos de actividad que las enfermeras deben enfrentar y que piden adaptaciones constantes (Arita, 2006).

Doyle y cols. (1982) mencionan que las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos están bajo un estrés psicológico y emocional más fuerte que las enfermeras de las unidades no intensivas. Existe más irritabilidad, agresión verbal y resentimiento, así como más ansiedad; se verbalizan más disgustos concernientes a las condiciones de trabajo. Las enfermeras sienten mucha más responsabilidad, pobre comunicación con los médicos y espacio limitado para trabajar, aparte de situaciones de estrés intragrupal.

En los ochenta se producen investigaciones que documentan no sólo las causas específicas del burnout y las características de esas enfermeras en riesgo, sino también la eficacia de varias estrategias de afrontamiento. Koeske, Kirk y Koeske

(1993, en Ogus, 1995) sugieren que las estrategias de afrontamiento que confrontan y buscan el cambio son más efectivas que las estrategias de afrontamiento paliativo que conllevan tácticas de evitación o de negación.

Algunos estudios en la década de los noventa aún se interesan por el burnout en las unidades de cuidados intensivos. Oheler y Davidson (1991) estudian el síndrome en relación con la ansiedad y el estrés laboral en enfermeras de cuidados intensivos neonatales, encontrando asociación entre rangos altos de estrés laboral, de ansiedad y de burnout, a diferencia de enfermeras de cuidados no intensivos. Mallett y cols. (1991) también refieren alto burnout en enfermeras de cuidados críticos, en comparación con las que trabajan en un hospicio y presentan bajos niveles del síndrome.

Otros estudios en la década de los noventa refieren los afrontamientos y encuentran que los sujetos que utilizan afrontamientos directos o activos tuvieron los más bajos niveles de burnout, a diferencia de los que utilizan afrontamientos inactivos. Son resultados reportados por Simoni y Paterson (1997), Ceslowitz (1989) y Boyley y cols. (1991), citados todos ellos en Grau y Chacón (1998).

En España, se desarrolla el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) para la evaluación de los factores en el proceso de burnout: antecedentes, síndrome de burnout y consecuentes. El objeto del CBB no es evaluar específicamente las dimensiones del burnout, sino obtener una evaluación global del mismo, así como de los antecedentes y consecuentes del síndrome. La validez convergente con el MBI es alta: $r=0.6881$, son 21 reactivos (Moreno, Bustos, Matallana y Mirales, 1997). Arita (1999) desarrolla una investigación con enfermeras del ISSSTE Culiacán, utilizando el CBB, encontrando correlaciones significativas entre el síndrome de burnout y las variables de afrontamiento evitativo, síntomas de estrés y ansiedad rasgo.

Avanzado el siglo XXI, los estudios sobre el síndrome de burnout lo conceptualizan como proceso y respuesta al estrés laboral crónico (Gil-Monte, 2005; Apiquian, 2007) y nuevos inventarios surgen para su medición. Según Gil-Monte (2001, 2005), el MBI-General Survey, nuevo instrumento utilizado en el estudio del burnout, refiere sus ítems no sólo a las personas destinatarias del trabajo; tienen un carácter más genérico no exclusivo para profesionales de servicios: se evalúa una crisis en la relación de una persona con su trabajo y no necesariamente una crisis en las relaciones entre una persona y la gente con la que se relaciona en el trabajo. Se asume que la relación de las personas con su trabajo se sitúa sobre un continuo que va de compromiso con el trabajo (*engagement*) a quemarse por el trabajo (*burnout*). El MBI-GS maneja tres dimensiones: eficacia profesional (similar a realización profesional), agotamiento (incluye fatiga física y emocional) y cinismo (a diferencia de la despersonalización, refleja indiferencia o actitudes de distanciamiento hacia el trabajo).

En Culiacán, Zárate (2009) utiliza el cuestionario de evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) en un estudio con médicos y odontólogos que ejercen

su profesión y que son, además, profesores universitarios. Este cuestionario fue construido en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO) de la Universidad de Valencia en España (<http://www.uv.es/unipsico>) (activo, diciembre de 2004, citado en Gil-Monte, 2005). Es un cuestionario que evalúa el síndrome de burnout en profesionales de la salud y en profesionales que trabajan con personas discapacitadas.

Con estos antecedentes, el objetivo de este trabajo se dirigió a analizar la autoevaluación que las enfermeras hacen de su tarea laboral, la presencia o no de síntomas de estrés y de las dimensiones del síndrome de burnout.

METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo en el verano de 2009 con la colaboración de dos estudiantes de Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa, campus Los Mochis. Para ello, se realizaron talleres teóricos y metodológicos para el análisis conceptual del síndrome de burnout y otras variables, como fueron la tarea laboral y los síntomas de estrés crónico. Posteriormente, las actividades se encaminaron a la explicación metodológica, ubicando los instrumentos que se aplicarían, para lo cual se llevó a cabo un breve ensayo metodológico con la aplicación de los instrumentos.

Posteriormente, los alumnos hicieron contacto con la jefa de enfermeras del IMSS Los Mochis, a través de una maestra de la Licenciatura en Enfermería. Los muchachos trabajaron con 76 enfermeras de base del IMSS 49 de la ciudad de Los Mochis, Sinaloa, de los servicios de consulta externa (10), cirugía general (10), control de equipo y esterilización (10), medicina interna (13), quirófano (9), urgencias (9) y hemodiálisis (15). Las participantes fueron elegidas al azar, considerando más o menos un número equilibrado por servicio.

Los instrumentos utilizados se eligieron, considerando la evaluación que las enfermeras debían realizar de sus actividades, para lo cual se utilizó la escala de tarea laboral. Asimismo, se eligió el inventario de síntomas de estrés crónico, como referencia de síntomas presentes en las enfermeras, ante situaciones laborales que provocan reacciones estresantes y que al ser continuas conforman síntomas crónicos. Finalmente, se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout para estudiar las dimensiones del síndrome, sus causas y consecuencias.

1. Tarea laboral. Arita (1998). Es una escala tipo Lickert que contempla cinco valoraciones de la tarea laboral que van de muy poco a muchísimo con calificación de uno a cinco, siendo el valor 1 el de menor peso y que corresponde a muy poco, 2 significa poco, 3 regular, 4 mucho y 5 el de mayor peso y significa muchísimo. Las aseveraciones son: cantidad de trabajo, responsabilidad por el trabajo, dificultad del trabajo,

responsabilidad por la vida de los pacientes y libertad de decisión en el trabajo. Fue elaborada y probada por Arita (2005, 2006).

2. Inventario de síntomas de estrés crónico. Elaborado por Domínguez y Méndez (1993). Son 42 reactivos que consideran síntomas referidos a trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, del sueño, conductas de enfermedad, ansiedad y depresión, entre otros. Mide la frecuencia de la presencia del síntoma en los últimos seis meses. Es una escala tipo Lickert que va de nada a siempre. Ha sido utilizado en múltiples estudios con población de la ciudad de México, Guadalajara y Culiacán, entre otras ciudades.
3. Cuestionario breve de burnout. Desarrollado por Moreno y Olivier (1995). Cuestionario para la evaluación de los factores presentes en el proceso de burnout: antecedentes, síndrome y consecuentes. Su objetivo es evaluar específicamente las dimensiones del burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal reducida.

Procedimiento

Se solicitó permiso a la jefa de enfermería del IMSS 49 y se procedió a explicar a cada enfermera que accedió a contestar las instrucciones y contenido de cada escala. La aplicación de todas las escalas tuvo una duración de dos semanas. Posteriormente, se revisaron en gabinete que las escalas estuvieran bien contestadas y se procedió a elaborar la base de datos con el paquete SPSS. El análisis refirió datos relativos a la descripción de la tarea laboral, los síntomas de estrés crónico y el síndrome de burnout.

RESULTADOS

Tarea laboral

En la Tabla 1 se observan las valoraciones que las enfermeras dieron a las cinco subescalas de la tarea laboral. Respecto a la cantidad de trabajo, con excepción del servicio de quirófano, todos los demás servicios son evaluados como mucha y muchísima la cantidad de trabajo; lo considera arriba de 70% de las enfermeras. La evaluación de la responsabilidad por el trabajo es en 100% como mucha o muchísima; sólo los servicios de control de equipo/esterilización y el de hemodiálisis son evaluados como regular por 10% y 6.7% de las enfermeras, respectivamente. Arita (2006) realiza un estudio con enfermeras del ISSSTE Culiacán trabajando con 122 participantes de los diferentes servicios y turnos. Los resultados dicen que 75% de las enfermeras reporta como excesiva la cantidad de trabajo, siendo reportada la responsabilidad por el mismo en 53.6% como mucha y 46.3% como muchísima, es

decir, 100% la reporta con valores altos. Al comparar los resultados de Arita (2006) y los de esta investigación, los datos son muy similares.

TABLA 1
Evaluación de la tarea laboral, enfermeras del IMSS 49 Los Mochis,
según servicio (n=76)

Servicio	Cantidad de trabajo	Responsabilidad por el trabajo	Dificultad del trabajo	Responsabilidad por la vida de los pacientes	Libertad de decisión en el trabajo
Nivel de evaluación* Servicio	3 4 5	3 4 5	3 4 5	3 4 5	1 2 3
Consulta externa	30% 50% 20%	50% 50%	70% 20% ---	--- 30% 70%	30% 10% 60%
Cirugía general	30 60 10	20 80	60 10 10	--- 40 60	60 10 30
Control de equipo y esterilización	20 70 10	10 60 30	50 --- 10	--- 40 60	50 10 40
Hemodiálisis	20 73.3 6.7	6.7 53.3 40	73.3 26.7 ---	6.6 40 53.4	46.6 13.4 40
Medicina interna	15.4 46.2 38.4	46.2 53.8	84.6 7.6 ---	15.4 46.2 38.4	61.5 30.8 7.7
Quirófano	33.3 14.5 22.2	66.7 33.3	11.1 33.4 ---	--- 44.4 55.6	54 23 23
Urgencias	22.3 55.6 22.2	77.7 22.3	44.4 11.1 ---	--- 55.6 44.4	45 22 33

Fuente: elaboración propia.

* Nivel de evaluación de las enfermeras: 1=muy poca, 2=poca, 3=regular; 4=mucha; 5=muchísima.

Respecto a la evaluación de la tarea de acuerdo con su dificultad, en consulta externa 20% de las enfermeras lo evalúa como mucha, cirugía general 10%, hemodiálisis 26.7%, medicina interna 7.6%, quirófano 33.4% y urgencias 11.1%; el 10% de las enfermeras de los servicios de cirugía general y control de equipo/esterilización evalúan la dificultad del trabajo como muchísima. En la investigación de Arita (2006), 57% de las enfermeras evalúa la dificultad como regular. La diferencia en la evaluación de la dificultad de la tarea puede deberse a los años de antigüedad de las enfermeras, donde las enfermeras del ISSSTE Culiacán tienen más años de antigüedad y, por tanto, de experiencia en el manejo técnico. Esto probablemente explique la diferencia; sin embargo, son argumentaciones que habrá que probar.

La responsabilidad por la vida de los pacientes es evaluada como mucha y muchísima por la mayor parte de los servicios. La diferencia está en el servicio de hemodiálisis. El 6.6% de las enfermeras lo evalúa como regular y en medicina interna 15.4 por ciento. Arita (2006) reporta datos similares, donde 46.3% de las enfermeras

del ISSSTE evalúa como mucha la responsabilidad por la vida de los pacientes y 53.3% como muchísima.

Al analizar las respuestas sobre la libertad de decisión en el trabajo, ninguna de las enfermeras de los distintos servicios refirió los valores de mucha o muchísima libertad. Las enfermeras evalúan como regular la libertad de decisión: en consulta externa 60% de ellas; control de equipo, 40%, y hemodiálisis, 40% de las enfermeras. En la mayor parte de los servicios, la libertad de decisión para las enfermeras es muy poca o poca, destacando medicina interna, cirugía general y quirófano donde 61.5%, 60% y 54% de las enfermeras, respectivamente, declaran tener muy poca libertad de decisión. El 46.4% de las enfermeras del ISSSTE (Arita, 2006) evalúa como poca la libertad de decisión.

Tanto en los antecedentes reportados por Arita (2006) como en los resultados de esta investigación dieron una visión respecto al trabajo, en específico la tarea desempeñada por la enfermera, en donde se considera excesivo el trabajo, cargado de gran responsabilidad, lo cual lo puede estar volviendo tedioso; además, las decisiones no le corresponden directamente a la enfermera; es decir, ella no controla el proceso, pero debe realizar las labores. Todo lo anterior está relacionado con la alta responsabilidad sentida por el trabajo y por la vida de los pacientes.

Síntomas de estrés crónico

Con el trabajo cotidiano y considerando que la tarea laboral es evaluada como excesiva, con alta responsabilidad y bajo control del trabajo, el estrés cotidiano como forma de vida va contribuyendo a la aparición de síntomas fisiológicos, psicológicos y conductuales negativos, propios del proceso de estrés crónico.

Respecto a los síntomas de estrés que se presentan de manera muy frecuente entre las enfermeras, fueron declarados con dolor de cuello y espalda 18% de las enfermeras (16.3% en enfermeras del ISSSTE); cefalea por tensión, 16%; migraña, 12%; colitis, 11% (16.3% en enfermeras del ISSSTE); gastritis, 6.5%; ansiedad, fatiga y sudoración excesiva, 5.2%, cada síntoma y las alergias (14.3% en enfermeras del ISSSTE), imperiosa necesidad de moverse, insomnio e indigestión en 3.9% de las enfermeras para cada síntoma (explosiones de coraje, 14.3% de las enfermeras del ISSSTE). Es de tomarse en cuenta que por lo menos un síntoma de estrés crónico está presente en poco más de la mitad de las enfermeras de Los Mochis (42.9% de Culiacán).

TABLA 2
Número de enfermeras que presentan las dimensiones del síndrome de burnout según servicio, IMSS 49 de Los Mochis, Sinaloa (n=76).

Servicio	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal reducida
Consulta externa		2	1
Cirugía general		1	2
Control de equipo y esterilización		1	4
Hemodiálisis		5	7
Medicina interna	2	4	5
Quirófano		4	3
Urgencias		3	2
Total	2 2.6 ^a %	20 26,3%	24 31.5%

Fuente: elaboración propia.

Síndrome de burnout

En la Tabla 2 se observa la prevalencia de las dimensiones del síndrome de burnout, donde 2.6% de las enfermeras presenta cansancio emocional, 26.3% despersonalización y 31.5% realización personal reducida. El cansancio emocional está presente únicamente en dos enfermeras de medicina interna, pero la despersonalización y la realización personal reducida se manifiestan en algunas enfermeras, pero de todos los servicios. Ninguna de las enfermeras presenta las tres dimensiones, es decir, el síndrome de burnout. Los datos reportados por Arita (2006) para las enfermeras del ISSSTE Culiacán refieren que 10.7% de las enfermeras presentan cansancio emocional, la despersonalización fue reportada por 46.4% de las enfermeras y 32.1% realización personal reducida. Los datos del IMSS y del ISSSTE son similares para la dimensión de realización personal reducida; respecto al cansancio emocional, lo reporta 2.6% de las enfermeras del IMSS, comparado con 10.7% de las de Culiacán. La despersonalización está presente en 26.3% en el IMSS, en comparación con 46.4% del ISSSTE. Estas dos últimas dimensiones se presentan en menor medida en el IMSS, lo cual es de tomarse en cuenta, pues se refleja en que ninguna de las enfermeras presenta las tres dimensiones, es decir, el síndrome de burnout. No así en las enfermeras del ISSSTE, donde tres de ellas sí presentaron las tres dimensiones.

DISCUSIÓN, PROPUESTAS Y CONCLUSIONES

Las evaluaciones cotidianas que los trabajadores realizan respecto a su trabajo son el fundamento principal que da fuerza a la comprensión del tipo y estilo de respuestas que ellos presentan ante las exigencias del mismo. Seward (1993) caracteriza las dimensiones de estudio de la tarea laboral haciendo referencia a la cantidad, dificultad y responsabilidad por el trabajo. Al respecto, más de 70% de las enfermeras del IMSS 49 evalúan como mucha o muchísima la cantidad de trabajo. Respecto a la dificultad, 33.4% de las enfermeras de quirófano evalúa como mucha, 26.7% de hemodiálisis, consulta externa 20% y urgencias 11.1 por ciento. En este mismo rubro de evaluación, 20% de las enfermeras de cirugía general evalúa como mucha o muchísima la dificultad de la tarea que desempeñan. En relación con la responsabilidad por el trabajo y por la vida de los pacientes, con excepción de los servicios de control de equipo/esterilización y el de hemodiálisis, en los demás las enfermeras evalúan en 100% como mucha o muchísima la responsabilidad. Y más delicado es el asunto de la responsabilidad por la vida de los pacientes, donde también la mayor parte de los servicios evalúan como mucha o muchísima ésta; un porcentaje pequeño de las enfermeras de los servicios de hemodiálisis y medicina interna la evalúan como regular: 6.6% y 15.4%, respectivamente.

De entrada, se tiene que tanto la cantidad de trabajo y su dificultad, así como la responsabilidad por el mismo y por la vida de los pacientes, son aspectos muy importantes que influyen en la forma en que las enfermeras viven su labor cotidiana, considerando alta la cantidad y dificultad como la responsabilidad. Si a ello agregamos que perciben como poca o muy poca la libertad de decisión, entonces las situaciones de estrés son constantes y se agrega sentir cansancio, desilusión y emocionalidad intensa reflejados en síntomas.

Al observar los síntomas que se van presentando de manera frecuente, se puede decir que éstos están en lo que Fontana (1992) menciona como de resistencia, es decir, síntomas de estrés que se presentan por más de seis meses, es decir, de estrés crónico, y que de continuar pueden desencadenar el agotamiento físico y mental y desembocar en enfermedades mortales. Así, están presentes en las enfermeras estudiadas el dolor de cuello, espalda, cefálea y ya algunas de ellas presentan migraña, colitis y gastritis, además de fatiga, sudoración excesiva y alergias que de continuar la situación es posible que se presente la cronicidad y la complicación de sus malestares y desemboque el proceso en enfermedades que surgen por un debilitamiento sistémico del organismo y de la mente.

Estos síntomas están en relación a otras dimensiones de tipo emocional que pueden referirse al síndrome de burnout; son el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal reducida. El 2.6% de las enfermeras manifiesta cansancio emocional, 26.3% de ellas despersonalización y 31.5% realización personal reducida. En todos los servicios hay enfermeras que presentan las dos últimas

dimensiones. Esto quiere decir que la despersonalización es una dimensión del síndrome de burnout que es de tomarse muy en cuenta; es decir, las enfermeras muestran una relación despersonalizada con sus pacientes, ante las exigencias excesivas y comportamientos irritantes de algunos enfermos que a la larga hacen que la enfermera vaya acumulando emocionalidad negativa y ésta se va protegiendo y despersonaliza su relación (Moreno y Olivier, 1995). La realización personal reducida, presente en una tercera parte de las enfermeras, aproximadamente, refiere cuando el trabajo ya no es un reto y no es lo que la persona esperaba de él; hay desilusión y apatía.

Hace doce años, Arita y Arauz (1998) llevaron a cabo una investigación similar a la presente con enfermeras del ISSSTE Culiacán. El 46.4% presentó despersonalización y 32.1% realización personal reducida. El 20% más de las enfermeras del ISSSTE presentaron despersonalización, en comparación con las del IMSS Los Mochis. Aunque los datos no son comparables, pues la muestra es distinta y los estudios se llevaron a cabo en diferentes años, resalta la importancia de analizar con mayor fuerza las características laborales del trabajo de enfermería, que requiere de un gran esfuerzo relativo a la responsabilidad, y si además se constata que la cantidad de trabajo es mucha, entonces allí están los cambios que deben surgir en las instituciones hospitalarias y dar más apoyo de grupo y de reconocimiento a la labor de enfermería.

Propuestas

1. Desarrollar talleres de evaluación del trabajo donde se analicen las cargas de trabajo y cómo efficientar el tiempo.
2. Llevar a cabo talleres vivenciales acerca de las experiencias emocionales que las enfermeras tienen cotidianamente, buscando reducir la emocionalidad negativa, compartiendo y platicando las experiencias.
3. Analizar las consecuencias del trabajo mal evaluado por la enfermera, que se dirige hacia una despersonalización de la relación con el paciente y con los demás partícipes del trabajo.
4. Realizar actividades de ocio serio que busquen la convivencia sana entre los trabajadores del IMSS 49 de Los Mochis.

CONCLUSIONES

El síndrome de burnout se presenta como un asunto que hay que estudiar con detenimiento y darle la importancia que requiere, toda vez que el trabajo representa más de la mitad del tiempo de la vida de la mayoría de las personas. El actuar cotidiano tiene cada vez más requerimientos de capacidades de trabajo relaciona-

das con la habilidad para tener contacto con los demás. La alta emotividad que ello conlleva, ante situaciones de tener que lidiar con diversas personas y su forma de ser, requiere del apoyo de especialistas que consideren el fenómeno del síndrome de burnout como característica distintiva del nuevo entorno laboral que se va gestando en este nuevo milenio.

REFERENCIAS

- ALBALADEJO R., R. Villanueva, P. Ortega, P. Astasio, M.E. Calle y V. Domínguez (2004), Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 78, núm. 4, Madrid, julio/agosto, Scielo.
- APIQUIAN, A. (2007), El síndrome de burnout en las empresas, *Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac*, 26-27 de abril, Mérida, Yucatán.
- ARITA, B. (1998), Escala de tarea laboral, documento interno de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
- _____ (1999), Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de burnout en Enfermeras, tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Psicología, México.
- _____ (2006), *Síndrome de burnout. Estrés crónico asistencial*, Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Psicología, Cosío Impresiones, México.
- ARITA, B., y J. Arauz (1998), Tarea laboral, síntomas de estrés crónico y síndrome de burnout en el personal de enfermería en un hospital regional del ISSSTE, estudio de prevalencia, en *Revista Médica de la UAS*, segunda época, núm. 3, vol. 1, Coordinación Universitaria del Hospital Civil, Universidad Autónoma de Sinaloa, México, julio/diciembre 3-10.
- DOMÍNGUEZ B., y B.M. Méndez (1993), Importancia de la elaboración de instrumentos en el estudio del estrés, *Primer Coloquio Interno de Investigación, Estrés y Salud*, Centro de Servicios Psicológicos, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- DOYLE W., S. Foster y S. Froehling (1982), Psychologic response to situational stress in intensive and non intensive nursing, en *Burnout in nursing profession, coping strategies, causes and costs*, The C.V. Mosby Company.
- FONTANA D. (1992), *Control del estrés*, primera edición, El Manual Moderno, México.
- GIL-MONTE, P. (2001), Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey, *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 1, enero/febrero, 33-40.
- GIL-MONTE, P. (2003), El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout), en profesionales de enfermería, revista electrónica *Interacao Psy*, año 1, núm. 1, agosto:19-33.
- GIL-MONTE, P. (2005), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*, Pirámide, Madrid.
- GRAU, J. (1995), El estrés en el equipo de cuidados paliativos: el burnout, revista *Higia*, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Sinaloa, México, 8-15.
- GRAU J., y M. Chacón (1998), Burnout: una amenaza a los equipos de salud, conferencia magistral en el *Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud*, Cali, Colombia.
- LAZARUS R.S. y S. Folkman (1991), *Estrés y procesos cognitivos*, Roca, México.
- MALLET K., y J.H. Price (1991), Relationships among burnout, death anxiety and social support in hospice and critical care nurses, *Psychological Reports*, 68 (Pt2). 1347-59.

- MASLACH C., y W.B. Schaufeli (1993), Historical and conceptual development of burnout, en W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research*, Taylor & Francis, Londres, 1-16.
- MASLACH C., y V. Florian (1988), Burnout, job setting, and self-evaluation among rehabilitation counselors, *Rehabilitation Psychology*, vol. 33 (2), 85-93.
- MASLACH C., y S. Jackson (1982), Burnout in health professions: a social psychological analysis, *Social Psychology of Health and Illness*, G.S. Sanders and J. Suls (editors), Lawrence Erlbaum associates, New Jersey: Hills dale.
- MORENO J.B. y H.C. Olivier (1995), El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales, adaptación y nuevas versiones, documento de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- MORENO J.B., R. Bustos, A. Matallana y T. Miralles (1997), La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13(2), 185-207.
- MORENO B., y C. Peñacoba (1999), El estrés asistencial en los servicios de salud, en M.A. Simon (ed.), *Manual de psicología de la salud*, Biblioteca Nueva, Madrid.
- OEHLER J.M. y M. Davidson (1991), Burnout, Job stress, anxiety and perceived social support in neonatal nurses, *Hearth and Lung*; 20 (Spt.1), 500-505.
- PERA G., y M. Serra (2002), Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal, *Gac Sanit*, 16(6): 480-6.
- TUESCA R., M. Iguarán, M. Suárez, G. Vargas y D. Vergara (2006), Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla, *Salud Uninorte*, Barranquilla, 22(2): 84-91.
- SEWARD J.P. (1993), Estrés profesional, en J. LaDou, Medicina laboral, El Manual Moderno, México.
- VINACCIA S., y L. Alvaran (2004), El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería. Un estudio exploratorio, *Terapia Psicológica*, año/vol. 22, núm. 001, Sociedad chilena de Psicología Clínica. 9-16, Chile.
- ZÁRATE, N. (2009), Condiciones organizacionales predisponentes del síndrome de quemarse por el trabajo en docentes de la salud, tesis de Maestría en Psicología de las Organizaciones, Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Psicología, México.