

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales Humanidades y Artes
Programa de Psicología

CARACTERIZACION DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA CLINICA CARLOS ARDILA
LULLE

Presentado por
Soraya Elena Quintero Niño
Olga Patricia Torres Sánchez

Trabajo de Grado presentando para optar el título de
psicólogo

Bajo la dirección de la Ps. Nimia Arias Osorio y el Ps.
Chacón

mayo 2004

Agradecemos a Dios por la sabiduría que nos dió para salir
adelante, a nuestros familiares por su apoyo
incondicional, quienes nos animaron a dar siempre lo mejor,
haciendo de este sueño una realidad

MA-BEL C. ELA MEDICA

02 JUN 2004

Agradecemos a nuestros profesores por compartir con nosotras su conocimiento; especialmente a la Ps. Nimia Arias y el Ps. Jorge Chacón por su dedicación y apoyo para la realización de esta investigación

02 JUN 2004

Tabla de Contenido

	Pág.
CARACTERIZACION DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA CLINICA CARLOS ARDILA LULLE.....	13
División de Enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle	15
<i>Filosofía de la División de Enfermería.....</i>	15
Misión.....	16
Visión.....	16
Objetivos.....	16
Funciones	17
Factores Claves del Exito	17
Horarios.....	18
Problema.....	18
Objetivos.....	20
Objetivo General.....	20
<i>Objetivos Específicos.....</i>	20
Antecedentes	22
Marco Conceptual.....	34
<i>Factores de Riesgo Psicosocial.....</i>	34
<i>Estrés Laboral.....</i>	37
Consecuencias de Estrés en el Individuo.....	41
Estrés y burnout en los profesionales de la salud. ...	43
<i>Síndrome de Burnout.....</i>	51
<i>Diferencias entre estrés y burnout.....</i>	57

Factores potenciales de burnout en el área sanitaria . . 60

 1 Factores institucionales..... 61

 2. La fatiga..... 62

 3. Ausencia de entrenamiento..... 63

 4. La ausencia de apoyo asistencial..... 63

 1. Edad..... 65

 2. Estado civil..... 65

 3. Tiempo de experiencia profesional..... 66

 4. Tipo de contrato..... 67

 5. Nivel de escolaridad..... 67

 6. Antigüedad en la organización..... 67

 7 . Género..... 68

 8. Turnicidad laboral..... 68

Prevención del burnout..... 69

Variable..... 77

Metodología..... 7 9

Tipo de investigación..... 79

Instrumento..... 80

 Características psicométricas..... 82

 Validez convergente CBB y las escalas respectivas del
 MBI..... 83

Procedimiento..... 84

Resultados..... 85

Descripción sociodemográfica 85

Edad..... 8 6

Estado civil..... 87

Tipo de contrato..... 89

Tiempo de experiencia profesional..... 90

Antigüedad en la clínica..... 91

<i>Nivel de escolaridad</i>	92
Resultados del Cuestionario Breve de Burnout.....	93
<i>Factores Antecedentes</i>	94
Características de la tarea.....	95
Tedio.....	95
Organización.....	96
<i>Características del Síndrome de Burnout</i>	97
Cansancio emocional.	98
Despersonalización.....	99
Falta de realización personal	99
<i>Consecuencias del síndrome</i>	100
Factores Antecedentes, Elementos y Consecuentes del Síndrome respecto a los datos Sociodemográficos.....	102
<i>Edad</i>	103
Factores Antecedentes de Burnout.....	103
Característica del Síndrome de Burnout.....	105
Consecuencias del Burnout.....	106
<i>Estado Civil</i>	108
Factores Antecedentes de Burnout.....	108
Características del Síndrome de Burnout.....	109
Consecuencias de Burnout.....	111
<i>Tipo de contrato</i>	112
Factores Antecedentes de Burnout.....	112
Característica del síndrome de burnout.....	114
Consecuencias del Burnout.....	115
<i>Tiempo de Experiencia</i>	117
Factores Antecedentes de Burnout.....	117
Características del Síndrome de Burnout.....	119
Consecuencias del Burnout.....	120
<i>Antigüedad en la Clínica</i>	122
Factores Antecedentes de Burnout.....	122

Características del Síndrome de Burnout.....	124
Consecuencias del burnout.....	125
<i>Nivel de Escolaridad</i>	127
Factores Antecedentes de burnout.....	127
Características del Síndrome de burnout.....	128
Consecuencias del burnout.....	130
Discusión.....	133
Sugerencias.....	142
Recomendaciones.....	148
Referencias.....	149
Apéndices	157
Apéndice A: Resultado ítem por ítem subescala característica de la tarea	158
Apéndice B: Resultado ítem por ítem subescala tedio!	159
Apéndice C: Resultado ítem por ítem subescala organización	160
Apéndice D: resultado ítem po ítem subescala cansancio emocional	161
Apéndice E: Resultado ítem por ítem subescala despersonalización	162
Apéndice F: Resultado ítem por ítem subescala falta de realización personal	163
Apéndice G: Resultado ítem por ítem Consecuencias del síndrome	164

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Escalas de la variable burnout	77
Tabla 2. Número de población y muestra	80
Tabla 3. Estructura del CBB	81
Tabla 4. Características psicométricas de los elementos Del SB	84
Tabla 5. Escala de medición de los factores del burnout	85
Tabla 6. Resultados generales del CBB	95
Tabla 7. Factores antecedentes del burnout según edad	104
Tabla 8. Características del SB según la edad	105
Tabla 9. Consecuencias del burnout según la edad	107
Tabla 10. Factores antecedentes del burnout según estado civil	108
Tabla 11. Características del SB según el estado civil	109
Tabla 12. Consecuencias del burnout según estado civil	111
Tabla 13. Factores antecedentes del burnout según tipo de Contrato	112
Tabla 14. Características del síndrome de burnout según tipo de contrato	113
Tabla 15. Consecuencias de burnout según el tipo de contrato	115
Tabla 16. Factores antecedentes de burnout según el tiempo de experiencia	116
Tabla 17. Características del SB según tiempo de experiencia	117

Tabla 18. Consecuencias del burnout según el tiempo de experiencia	118
Tabla 19. Factores antecedentes del burnout según la antigüedad en la clínica	120
Tabla 20. Características del burnout según la antigüedad en la clínica	121
Tabla 21. Consecuencias del burnout según la antigüedad en la Clínica	122
Tabla 22. Factores antecedentes del burnout según nivel de escolaridad	124
Tabla 23. Características del burnout según el nivel de escolaridad	125
Tabla 24. Consecuencias de burnout según el nivel de escolaridad	126

Lista de Figura

	Pág.
Figura 1. Distribución de edades	87
Figura 2. Distribución de estado civil	88
Figura 3. Distribución tipo de contrato	90
Figura 4. Distribución tiempo de experiencia	91
Figura 5. Distribución de antigüedad en la clínica	92
Figura 6. Distribución del nivel de escolaridad	94
Figura 7. Factores antecedentes	96
Figura 8 . Factores antecedentes y subescalas	98
Figura 9. Características del SB	99
Figura 10. Características del SB y sus subescalas	101
Figura 11. Consecuencias del SB	102
Figura 12. Consecuencias del SB y sus subescalas	103
Figura 13. Factores antecedentes del burnout según la Edad	104
Figura 14. Características del SB según la edad	105
Figura 15. Consecuencias del burnout según la edad	107
Figura 16. Factores antecedentes de burnout según Estado civil	109
Figura 17. Características del SB según estado civil	110
Figura 18. Consecuencias de burnout según el estado Civil	111
Figura 19. Factores antecedentes de burnout según Tipo de contrato	113
Figura 20. Características del SB según tipo de Contrato	114
Figura 21. Consecuencias del burnout según tipo de Contrato	115
Figura 22. Factores antecedentes de burnout según	

tiempo de experiencia	116
Figura 23. Características del SB según el tiempo de Experiencia	118
Figura 24. Consecuencias del burnout según tiempo De experiencia	119
Figura 25. Factores antecedentes según antigüedad en La clínica	120
Figura 26. Características del síndrome según antigüedad En la clínica	122
Figura 27. Consecuencias del burnout según antigüedad En la clínica	123
Figura 28. Factores antecedentes según nivel de Escolaridad	125
Figura 29. Características del SB según nivel de Escolaridad	125
Figura 30. Consecuencias del SB según nivel de Escolaridad	126
Figura 31. Servicios hospitalarios	131

Resumen

La presente investigación descriptiva transversal identifica el síndrome de burnout (SB) en los profesionales de enfermería de la clínica Carlos Ardila Lulle, a través del cuestionario breve de burnout (CBB), instrumento creado por B.M. Jiménez, constituido por 21 ítems de los cuales 9 miden los factores antecedentes del síndrome, 9 las características y 3 las consecuencias del mismo. Los resultados de la prueba permitieron determinar que en cuanto a los factores antecedentes estos tuvieron una prevalencia significativa en todos los aspectos sociodemográficos, dentro de ellos se destacó la característica de la tarea siendo el ambiente y clima de trabajo el aspecto que más afectan a los profesionales de enfermería.

En cuanto a las características del síndrome el nivel de prevalencia fue bajo, pero se destaca dentro de ellas el cansancio emocional siendo el estrés la manifestación más clara de este agotamiento. Así mismo las consecuencias fueron bajas sobresaliendo las físicas por su prevalencia en todos los datos sociodemográficos.

A su vez se encontró que los servicios hospitalarios de mayor prevalencia frente al síndrome fueron la unidad de cuidados intensivos y ortopedia.

Finalmente, se sugiere para la prevención del síndrome realizar intervención a nivel individual, grupal y organizacional.

CARACTERIZACION DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA CLINICA CARLOS ARDIDA

LULLE

En esta investigación se pretende conocer con mayor claridad las características del síndrome de burnout (S.B), teniendo como base de investigación los estudios realizados por distintos autores, que permiten establecer que los trabajadores de los servicios de salud se enfrentan a diario a factores que producen estrés, propios del trato con los pacientes y del tratamiento de la enfermedad. Esta situación se afronta con diferentes estrategias cuya eficacia no siempre garantiza su control. Si el estrés laboral crónico desborda los mecanismos de compensación, acaba conduciendo al S.B. Este se caracteriza por presentar una tríada de dimensiones que explican el fenómeno de burnout o desgaste profesional, y consiste en agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización. (López 2002)

El S.B afecta a individuos que trabajan con personas, es decir a trabajadores del sector servicios, como respuesta a una situación laboral intolerable. Conduce a alteraciones indeseables del estado de salud y del comportamiento y a alteraciones de la actitud hacia los clientes y hacia la organización, factores individuales, factores externos, y factores socioculturales interactúan a lo largo del tiempo dando .como resultado la aparición del síndrome. (López 2002).

El síndrome clínico de Burnout fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger quien lo definió como "un estado de fatiga o

frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo ", se presenta con mayor riesgo en profesionales jóvenes idealistas, optimistas, que se entregan en exceso al trabajo; Se da en las llamadas profesiones de ayuda, en las cuales lo habitual es el enfrentamiento con emociones intensas de dolor o enfermedad y/o sufrimiento psíquico (Solano 2002).

Está aceptado que el desgaste profesional es el resultado de un proceso dinámico de mal adaptación a una situación de estrés crónico. Hasta llegar al agotamiento emocional, el profesional desarrolla diferentes fases. De una primera de entusiasmo y altas expectativas, de idealización, se pasa a una fase de estancamiento, después de frustración, en la que se cuestiona incluso la utilidad de su trabajo, destacándose todas las dificultades o aspectos negativos de éste y se presentan problemas emocionales y conductuales. Al fin se alcanza un estado de apatía o indiferencia hacia el trabajo. Esta desmotivación como consecuencia de las condiciones de trabajo repercute negativamente en la calidad de vida del trabajador y por tanto, también en la calidad asistencial (López 2002).

Con este estudio se pretende determinar la caracterización del S.B presente en los profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardilla Lulle, mediante la aplicación del instrumento "Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.)" (Moreno 1997) a través del cual se dará respuesta al problema planteado y el logro de los objetivos propuestos, para ello se describen los resultados teniendo en cuenta la descripción de las siguientes características o factores sociodemográficas: edad,

estado civil, tiempo de experiencia, tipo de contrato, antigüedad en la clínica y nivel de escolaridad; finalmente se realiza la observación de la prevalencia de las características del SB términos generales en los datos sociodemográficos, una vez realizado este análisis se procede a sugerir pautas de intervención enfocadas a la prevención del síndrome en el personal de enfermería.

División de Enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle

Dentro de la estructura organizacional de la Clínica Carlos Ardila Lulle (CAL), está la división de enfermería que es un sistema vital para la organización y funcionamiento de la CAL, la cual opera dentro de los marcos filosóficos y conceptuales del mismo.

El personal de esta división comparte con otros profesionales la responsabilidad de proteger la vida, combatir la enfermedad y obtener la salud a través de la administración y aplicación del cuidado durante las 24 horas.

Filosofía de la División de Enfermería

La división de enfermería de la CAL cree que el desarrollo humano es un proceso dinámico y continuo, que ocurre dentro del contexto de la interacción de procesos biológicos, psicológicos y ambientales. El nivel de salud de los individuos, grupos o comunidades es la respuesta a la influencia de dichos factores durante el proceso de su vida.

Por lo tanto, define la práctica de enfermería como el desempeño de actividades que requieren conocimiento especializado, juicio clínico y habilidad en enfermería,

basado en los principios aplicados de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales. Dichas actividades conforman el proceso de enfermería que se basa en la observación, diagnóstico, planeación, aplicación, supervisión y control del cuidado; enseñanza y orientación al paciente para el mantenimiento de la salud, prevención y curación de la enfermedad y rehabilitación o adaptación del paciente a sus limitaciones y medio ambiente.

La enfermería es una profesión basada en conceptos, teorías y modelos cambiantes de disciplinas propias y relacionadas con la educación e investigación, están orientadas al crecimiento y desarrollo del personal y de la profesión para mantener y mejorar el nivel de servicio.

Misión

"Es un equipo de trabajo calificado y comprometido, facilitador del bienestar y desarrollo personal y profesional, que brinda calidad y calidez de cuidado a las personas a nivel de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; mediante la preparación científica y tecnológica del personal, teniendo en cuenta el proceso de enfermería, la gestión administrativa y los cambios y avances institucionales e internacionales".

Visión

"Excelencia en el cuidado de enfermería con sentido social".

Objetivos

1. Lograr un ambiente laboral positivo basado en el respeto, apoyo y trabajo en equipo.
2. Desarrollar e implementar sistemas administrativos y clínicos que permitan la práctica de enfermería segura y

adecuada para proporcionar una atención de óptima calidad a los usuarios.

3. Desarrollar programas de orientación, educación en servicio, educación continua que permita el desarrollo y la actualización del personal de enfermería, para mejorar la práctica clínica.

4. Establecer e implementar sistemas de selección, supervisión, evaluación y promoción de personal que asegure un trabajador altamente calificado y que responda al nivel científico de la CAL.

5. Incentivar el desarrollo de programas piloto de investigación en enfermería.

Funciones

1. Desarrollar un sistema de administración de enfermería, que permita el mejoramiento de los servicios y de la actividad de enfermería como una ciencia en y para beneficio de los pacientes.

2. Aplicar programas óptimos de cuidado a pacientes, desarrollados a través de la aplicación y evaluación de guías y protocolos de cuidado, verificando siempre que al aplicarlos el paciente no pierda su individualidad como persona.

3. Garantizar la excelencia en los cuidados de enfermería.

4. Establecer mecanismos que permitan el desarrollo del personal, siguiendo la estrategia que el personal es la base de toda organización y esta es el reflejo de cada una de las personas que laboran en ella.

Factores Claves del Exito

Oportunidad, amabilidad, servicio, respeto, responsabilidad, motivación, capacitación, trabajo en

equipo, compromiso, equidad, liderazgo, eficiencia y eficacia.

Horarios.

El tiempo de trabajo semanal en la división de enfermería es de 48 horas, con un período de 24 horas seguidas de descanso a la semana, que corresponde al compensatorio del trabajo dominical.

Las jornadas diarias serán de 12 horas o de 6 horas, según los turnos establecidos por la enfermera coordinadora de cada servicio. El trabajo mayor a 12 horas podrá ser autorizado por la enfermera coordinadora del área y bajo una necesidad apremiante del servicio en donde no es posible conseguir una persona capacitada y entrenada.

El horario de inicio de los turnos es el siguiente : 7am, 1pm, y 7pm; en cirugía el horario de ingreso es a las 7:30 horas. El horario laboral en los servicios como cirugía ambulatoria, Fundación Oftalmológica de Santander, consulta externa se define de acuerdo a las necesidades de atención de los pacientes, cumpliendo siempre 48 horas semanales.

La puntualidad se considera un requisito indispensable para permanecer en el cargo.

Problema

En numerosos trabajos se ha considerado al personal de enfermería como grupo vulnerable. La enfermería es una profesión especialmente vocacional de ayuda y cuidados; posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, lo que hacen a este colectivo más vulnerable al estrés laboral.

En esta investigación se escogió el personal de enfermería debido a que existen algunas circunstancias propias del trabajo desarrollado en esta profesión, como son: Muchas horas unidas al sufrimiento del paciente; ser el intermediario entre el paciente, el médico y la familia; soportar críticas y exigencias de ambos lados; la devaluada imagen de la profesión; el poco reconocimiento social de esta profesión, son el marco adecuado para que pueda instaurarse el estrés laboral con todas sus manifestaciones psicofísica y/o el síndrome de Burnout.

Por otro lado, se responsabiliza a este síndrome como el causante de la insatisfacción laboral, absentismo, situaciones depresivas, aumento del consumo de alcohol, así como de otras drogas, y de una amplia variedad de alteraciones emocionales y comportamentales.

Aunque son pocos los estudios que se han realizado en nuestro país y especialmente en el área metropolitana de Bucaramanga sobre este síndrome en profesionales de enfermería, García y Schotlander (1995) en su investigación concluyeron que entre las enfermeras predominan un alto nivel de estrés y que esta población se ve enfrentada a numerosos factores de riesgo, por consiguiente la salud tanto física como mental de este personal está en riesgo y si esta se ve afectada va a incidir tanto en el servicio que presta a sus pacientes, como en su vida familiar y social, pensando en todo esto y en la importancia que tiene para los directivos de la clínica el mejorar la calidad de vida laboral de su personal, es que se considera importante estudiar el síndrome de Burnout con el fin de establecer pautas de intervención enfocadas a la prevención del síndrome.

En este orden de ideas, la intención de este estudio se definió a través de la pregunta de investigación: ¿Cómo se caracteriza el Síndrome de Burnout en los Profesionales de Enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle?

Objetivos

Objetivo General

Identificar el síndrome de burnout presente en los Profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle, a través del Cuestionario Breve de Burnout, para establecer el grado de prevalencia de éste mismo.

Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas como edad, estado civil, tiempo de experiencia profesional, tipo de contrato, antigüedad en la clínica y nivel de escolaridad en los profesionales de enfermería de la Clínica Carlos .Ardila Lulle.

Identificar los factores antecedentes tales como característica de la tarea, tedio y organización del Síndrome de Burnout más relevantes en los Profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

Delimitar las características del síndrome de burnout respecto al cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal; de mayor prevalencia en los profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

Establecer las consecuencias a nivel social, físico y psicológico del Síndrome de Burnout más sobresalientes en los profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

Dar a conocer la prevalencia del síndrome de acuerdo con la descripción sociodemográfica de los profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

Identificar el servicio hospitalario de mayor riesgo de síndrome de burnout, en los Profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

Sugerir pautas de intervención enfocadas a la prevención del síndrome de burnout, en los Profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

Antecedentes

/ El síndrome de Burnout, tema principal de esta investigación no es muy conocido en nuestro país pero a nivel internacional se han realizado diversos estudios en países como Cuba y España especialmente. Sin embargo, las investigaciones realizadas en algunos países muestran como está cobrando importancia este síndrome sobretodo en lo que a la prevención de la población más expuesta se refiere ✓

✓ Un primer antecedente es el de García (1991) quien en su estudio sobre Burnout en profesionales de enfermería, respecto a los antecedentes del síndrome encontró que existe una asociación entre éste y el clima laboral donde no estén claros los objetivos que se pretenden conseguir, no existan relaciones adecuadas entre los miembros del equipo de trabajo y no se estimule el trabajo en equipo y la participación en la toma de decisiones. Este autor señaló igualmente como causas del desgaste profesional el horario de trabajo (turnos), la relación con los médicos, la falta de coordinación en el trabajo y los conflictos con la empresa, sin encontrar esta tendencia dentro de las variables asociadas a la interacción directa con los pacientes, aspectos éstos que, sin embargo, se han señalado repetidamente como especialmente estresantes dentro de esta profesión. Este autor también ha analizado las consecuencias para la salud asociadas al burnout de enfermería, encontrando una importante asociación entre el síndrome y los problemas físicos. En esta línea, el agotamiento emocional ha sido señalado como la dimensión más asociada con los indicadores de salud física, y se han encontrado amplias correlaciones entre el burnout en general, las alteraciones de tipo cardiaco (palpitaciones y

taquicardia), y la tensión emocional. Otra consecuencia del síndrome que se ha señalado a un nivel individual es el deterioro de la vida social y familiar del individuo. De igual modo, se han encontrado amplias correlaciones entre el burnout y la aparición de ciertas consecuencias derivadas para la organización en la que el profesional desarrolla su trabajo, entre ellas el aumento del absentismo y de las solicitudes de traslado, el incremento en el número de rotaciones, la disminución de la productividad y de la eficacia del trabajo y la pérdida del compromiso e implicación con la organización .\//

En la investigación de Bohórquez, Ramírez y Várela (1993) se buscó establecer un instrumento que discriminase y midiese las principales fuentes de estrés en profesionales de la salud, específicamente en médicos residentes que laboran en tres hospitales de tercer nivel de la ciudad de Santa fé de Bogotá. Simpson y Grant (citados en Bohórquez, Ramírez y Várela 1993) tomaron una muestra de 225 médicos y encontraron que los más altos estresores se relacionaban con la competencia profesional, las presiones del tiempo, lo relacionado con las finanzas de la profesión y lo relacionado con la relación médico / paciente. Este estudio situó divisiones en tres grupos: En el Grupo 1 el factor que con más frecuencia e intensidad impactaba al grupo fue el aspecto ambiental del trabajo, refiriéndose a condiciones de trabajo, materiales, clima y localización geográfica. A este le siguieron el área personal y el área profesional. En el Grupo 2 el estresor más impactante fue el área personal y en el Grupo 3 también el aspecto ambiental del trabajo fue el más significativo. En términos generales, las fuentes de estrés que mayor impacto tenía sobre los profesionales de la salud en este

estudio eran de carácter exógeno y por tanto, mas fácilmente identificables y modificables.

Otro de los antecedentes es Horne, Lyons y Nikkel (1995) quienes encontraron que la satisfacción laboral y el soporte organizacional están asociados con un menor ausentismo por enfermedad y menor desgaste físico. También encontraron que proveedores de la salud con altos niveles de estrés (enfrentados a mayores riesgos) tienden a ver sus pacientes como triviales, con diagnósticos incurables y que presentan déficits significativos en niveles de relaciones sociales, influyendo negativamente en la calidad del servicio. Por su parte Alonso - Fernández (1988) encontró que para los profesionales de la salud es un riesgo significativo el abuso de drogas y la depresión como consecuencias del estrés laboral - asistencial y las características y condiciones inherentes a la práctica profesional. En la misma tendencia, Agius y Coladoradores (1996) encuentran que el trabajador de la salud con responsabilidades administrativas y clínicas además de los riesgos biológicos inherentes a la práctica profesional, se enfrentan a una mayor experiencia de tensión diaria, presentan tasas de suicidio mas elevadas comparativamente, así como una edad de retiro menor que el promedio de profesionales.

Por su parte, García y Schottlander (1995) trabajaron con un grupo de 14 enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, utilizando un estudio descriptivo para valorar los niveles de estrés en esta población. Este estudio permitió concluir que entre las enfermeras predomina el nivel alto de Tensión (dentro de las escalas trabajadas allí), dadas las condiciones inherentes al tipo de pacientes que se atienden

en la UCI. Afirman que las enfermeras no eran conscientes de su propio nivel de estrés y que tomaban como algo lógico y natural las consecuencias de la tensión en sus vidas, dado el tipo de trabajo que desempeñaban.

Es de gran interés que se encuentren fuentes de estrés laboral a nivel asistencial altamente significativas dentro de las funciones administrativas para profesionales de la salud. [^]Ramírez y Cois (1996) encontraban que solo pequeñas porciones de profesionales o personal de la salud eran entrenadas en algún tipo de técnicas de dirección o técnica de comunicación laboral, y de forma concluyente, los niveles de Tensión y de desgaste en estas pequeñas porciones de personal entrenado eran menores mientras que la calidad de su trabajo e interacción con los pacientes era mayor.

Otro antecedente lo encontramos en Cuba (Chacón, 1995) en donde se han realizado algunos estudios, siguiendo una línea de investigación que trata de poner en claro las variables causales, moduladoras, antecedentes y consecuentes del estrés en personal de enfermería. Por otro lado, Chacón (1995) encontró que las reacciones afectivas más frecuentes en auxiliares de enfermería era de ira, asociadas a sentimientos de impotencia, cuando existía una alta demanda emocional.

El estudio realizado por Ramírez, Graham, Richards (1996) también realiza una división por grupos de especialistas de la salud, en la búsqueda de síntomas e indicadores de Burnout. Encontraron para los cuatro grupos de especialidades (gastroenterólogos, cirujanos, radiólogos y oncólogos) una prevalencia del 27% para trastornos psiquiátricos. Esta tasa de morbilidad psiquiátrica estuvo altamente correlacionada con la cantidad de Burnout y

estrés laboral asistencial. Sin embargo, aquí se encontró que el grupo de profesionales especializados en radiología presentó una puntuación que indicó mayor sentimiento de bajas expectativas de realización personal en el trabajo frente a los demás especialistas, seguidos de los gastroenterólogos (usando el inventario de Burnout Maslach, MBI) En este estudio, se encontró que las principales fuentes de estrés laboral - asistencial en dichos profesionales eran en primer lugar, el exceso de trabajo y su efecto sobre la vida en el hogar, seguido del sentimiento de sentirse sin guía, sin dirección y sin los recursos suficientes. Posteriormente, asumir responsabilidades de dirección y manejo; y por último, tratar con pacientes que se encuentran sufriendo. Por otra parte, en el estudio citado se encontró que las principales fuentes de satisfacción laboral para personal trabajador de la salud se referían a las buenas relaciones con pacientes y grupo de trabajo, seguido de la adquisición de reconocimiento y status profesional,

^De otra parte, Portales (1997), realizó una investigación con enfermeras de servicios médicos y de urgencias de un hospital general, encontrando niveles discretamente más altos de estrés en las enfermeras de los servicios de urgencias. En el estudio de Landeros (1997), se encontró que los indicadores de estrés no diferenciaban sustancialmente a las enfermeras de servicios médicos y las de urgencias, aunque en este último grupo era superior el promedio de respuestas psicofisiológicas de tipo cardiovascular.]/

Martín y Sánchez (1997) en su artículo descriptivo basado en el trabajo de los profesionales de la Salud mental en el hospital San Juan de Dios citan como factores

facilitadores para la presentación del burnout (BO) entre otras:

1. Sentirse el responsable del bienestar y la curación del paciente a quien se ayuda.
2. Pensar que los pacientes crónicos no aprecian el trabajo del terapeuta.
3. No tener la adecuada supervisión de pacientes crónicos
4. Percibir a los pacientes como de segunda.
5. Sentir que a pesar de todo el esfuerzo los pacientes no cambian.
6. Creer que la terapia de apoyo no es una terapia real.
7. Afectarse demasiado cuando se pierde un paciente.

Buscar una curación rápida y sobre dimensionar la efectividad de las intervenciones terapéuticas .

^ün estudio exploratorio sobre el estrés laboral - asistencial en los servicios de salud desarrollado por Hernández (1998), encontró que la población de auxiliares de enfermería está más afectada de estrés que los médicos; en particular, en la dimensión despersonalización: Dos tercios de las auxiliares puntuaban un estrés moderado y alto, mientras que sólo un tercio de los médicos lo hacía en esas categorías .

AOtro antecedente es Sánchez (1998) quien encontró que el burnout evidenciaba una alta presencia en médicos que trabajan en la familia (82%), encontró como factor relacionado para la presencia del Síndrome que el género no incidía, así como tampoco el nivel técnico o de complejidad. Sin embargo, al comparar profesionales con residentes de primer año, estos últimos arrojaban en un 100% datos que indicaban la presencia del Burnout .*

Se encuentran datos contradictorios con respecto al número de hijos y su relación con el síndrome del Burnout dado que Rivera (1997) encuentra que el tener familia estable con hijos disminuye la presencia del BO. Sin embargo, Sánchez no encuentra relación atenuante entre el número de hijos y el Burnout.

+Desde el punto de vista de la personalidad como variable, al estudiar los principales estresores laborales se encuentran entre los más importantes el conflicto del rol y la ambigüedad del rol a partir de las diferencias individuales debidas al sexo, Omar (1995) en su estudio encontró que aquellas personas que se venían afectados por el conflicto del rol buscaban el alcohol como estrategia de afrontamiento, mientras que quienes experimentaban ambigüedad del rol tendían a la evitación de acciones directas. Los pensamientos positivos fueron utilizados por personas tipo A y por aquellos que tenían una mayor experiencia gerencial. Los empleados con mayor sentimiento de identificación con la empresa disminuían la búsqueda de apoyo social, y aumentaba la resignación como estrategia^

AMatrai (2001) en su estudio de Estrés y Burnout, aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil, utilizó una población de 76 personas pertenecientes al área de urgencias, asistencia y traslado; encontró que el estrés y burnout son más frecuentes en los individuos idealistas, dedicados, comprometidos con su profesión. Los síntomas sugestivos de estrés y burnout pueden aparecer en individuos con cualquier ocupación, pero son más susceptibles aquellos que ejercen profesiones humanitarias. Las manifestaciones físicas sólo aparecerán si el individuo maneja estos factores estresantes con los que se enfrenta diariamente de una forma maladaptativa. El

individuo afectado comienza a sufrir pequeñas somatizaciones y evidencia físicamente síntomas de agotamiento crónico, trastornos gastrointestinales, cefaleas, taquicardia, arritmias, hipertensión, insomnio, dolores inespecíficos, alteraciones de peso. Las manifestaciones físicas localizadas que se encontraron con mayor frecuencia fueron las contracturas musculares, seguidas por síntomas digestivos varios, dolores inespecíficos y cefaleas. También apareció insomnio en un considerable porcentaje y, en menor incidencia, trastornos en el peso, hipertensión arterial, arritmias y crisis de pánico y

Otro antecedente de investigación que se debe tener en cuenta en este estudio es el relacionado con los instrumentos que han sido utilizados a través del tiempo para el estudio y análisis del síndrome de burnout (SB) . Entre estos instrumentos tenemos el MBI y el CBB.

En esta investigación, el instrumento empleado para el estudio del SB fue el CBB, el cual debe ser comprendido a partir del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) el que contribuyó en la operacionalización de este.

La aparición del MBI significó poder contar con una definición operativa del SB que figura claramente, y explicaba que se entendía por Burnout, el cual fue descrito en el MBI como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal" (Maslach y Jackson, 1981).

Las características psicométricas del cuestionario han sido contrastadas en diferentes investigaciones; los estudios de Firth y col (1986) con 200 enfermeras encontraron que el cansancio emocional estaba sustancialmente relacionada con la depresión evaluada con

el inventario de depresión de Beck (Oliver 1993), siguiendo el criterio multirasgo - multimétodo de Fiske y Campbell, encontró resultados semejantes de forma que si el cansancio emocional correlacionaba significativamente con la depresión (al igual que ocurría con la realización personal), la variable de despersonalización obtenía correlaciones no significativas. Aunque los autores mantienen en el manual del inventario que su correlación con la satisfacción laboral es baja, otros estudios han encontrado correlaciones significativas (Dolan 1987, Koeske 1989).

A pesar de problemas psicométricos, el MBI en general puede considerarse con una validez factorial y consistencia interna de sus escalas satisfactoria, de igual forma su validez convergente y divergente es aceptable y no presenta problemas significativos; los posibles problemas están principalmente en su concepción teórica ya que en primer lugar, el modelo del que parte Maslach se centra en la respuesta emocional, motivo por el que la dimensión de cansancio emocional es la mas representada en el número de ítems, así como la que mayor número de correlaciones obtiene con otras escalas. Sin embargo, y paradójicamente, es la escala menos específica del constructo (Buunk y Schaufeli 1993, citados por Moreno 1997) y la que más se asocia con los problemas generales del estrés laboral. Por otro lado, una dimensión tan crítica desde la perspectiva de Maslach y Jackson como la despersonalización, es la que posee menor número de ítems y mayores problemas factoriales y de consistencia interna; probablemente es la dimensión más frágil del cuestionario, aunque críticamente sea la que evalúa la repercusión del Burnout en el ejercicio asistencial, así mismo los análisis factoriales muestran

que ésta escala no resulta consistente cuando se Utilizan en contextos no asistenciales. Por otra parte, resulta difícil negar que en el fenómeno del Burnout se producen procesos cognitivos consistentes en la pérdida de expectativas y del contexto justificativo del propio trabajo y de la implicación laboral personal. No obstante el MBI no incluye elementos estrictamente cognitivos en la evaluación del proceso ni tampoco elementos conductuales que evalúen las prácticas de despersonalización o de pérdida de la realización personal. Por ello el ámbito de evaluación del MBI, es sin duda el emocional y sin dejar de ser válido, su exclusiva consideración constituye un enfoque parcial. Por otro lado, el MBI es un instrumento exclusivamente para la evaluación del síndrome, que no tiene en cuenta los elementos antecedentes y los factores consecuentes del proceso.

Por todo ello, se propone como instrumento el CBB para la evaluación del proceso de Burnout: antecedentes, síndrome y consecuentes. De esta forma surge un cuestionario de 21 ítems, cuyo autor Bernardo Moreno Jiménez plantea como objetivo del instrumento: Obtener una evaluación global del síndrome, así como de los antecedentes y consecuentes del mismo. No obstante en su elaboración se ha atendido a los factores del síndrome propuestos por Maslach y Jackson (1981), así como a los componentes teóricos de los antecedentes y consecuentes propuestos por la literatura sobre el tema.

El CBB es un cuestionario que consta de 21 ítems teóricamente organizados en tres grandes bloques: el primer bloque integra posibles *antecedentes del Burnout*. Específicamente se han tenido en cuenta tres factores que la teoría ha puesto en repetidas ocasiones relacionadas con

el burnout: Características de la tarea. Tedio y Organización. La elección del factor *Características de la Tarea* viene determinada por la importancia que tiene en la génesis del burnout el desarrollo de tareas no motivantes para el sujeto. El tema ha suscitado una importante atención en el estudio del estrés laboral (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1995 citados por Moreno 1997) y propiciado la aparición de algunos modelos específicos, de los cuales los más conocidos son el de Herzberg y col. (1967) y el de Hackman y Oldham (1980) citados por Moreno 1997. En el CBB se ha optado por seguir más directamente algunas de las propuestas elaboradas por estos últimos autores. La variable *Tedio* como antecedente del burnout tiene su base en los mismos orígenes del estudio del burnout, concretamente en el modelo específico de Pines, Aronson y Kafry (1981) citados por Moreno 1997, del burnout como tedio. En este caso se ha optado por darle una operativización centrada en la monotonía y la repetición. El último factor antecedente considerado, la *Organización* tiene igualmente sus raíces en los modelos que han insistido en las bases organizacionales del síndrome, entre los cuales probablemente el más conocido es el de Cherniss (1980) citado por Moreno 1997. En este caso la operativización se ha centrado en los aspectos funcionales de la organización. Dado el reducido número de ítems por escala, se ha optado por ítems que pudieran cubrir un amplio espectro de la variable en cuestión, por lo que, en principio, en la elaboración del cuestionario se ha subordinado la consistencia interna del mismo a su validez de medida.

El segundo bloque integra los tres factores del *síndrome* recogidos en el modelo presentado por Maslach y

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Jackson (1981). En su elaboración se ha mantenido el criterio expuesto de asegurar la validez de medida a costa, posiblemente, de su consistencia interna. Finalmente, en el tercer bloque, la elaboración de los Ítems relativos a las *consecuencias del burnout* ha atendido a las consecuencias *físicas*, a las consecuencias *sobre el clima familiar* y el *rendimiento laboral*, aspectos todos ellos que han sido abundantemente recogidos en la literatura sobre el tema, como recoge el resumen de Schaufeli y Buunk (1996) citado por Moreno (1997) . En todas las escalas el rango de respuesta es de 0 a 6.

Marco Conceptual

Dentro de ésta investigación, se hace necesario hacer referencia a temáticas que se relacionan de forma directa e indirecta con el síndrome de Burnout, como son los factores de riesgo Psicosocial y el estrés laboral, así como del síndrome en particular.

Factores de Riesgo Psicosocial

El comité de la organización internacional del trabajo (OIT) y la organización mundial de la salud (OMS), definen los factores Psicosociales como "las interacciones entre el trabajo su medio ambiente la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización por una parte, y por otra como las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo"(P. 16). Así mismo la interacción negativa entre las condiciones laborales (medio ambiente de trabajo, tareas y características de la organización laboral) y los factores humanos (capacidades, necesidades, expectativas del trabajador, costumbres, cultura y las condiciones personales fuera del trabajo) originan consecuencias nocivas en tres aspectos fundamentalmente como son: el rendimiento en el trabajo, la satisfacción laboral y la salud del trabajador, aspectos que forman parte del trabajo como tal, el cual debe ser entendido como una actividad específicamente humana, consciente y orientada a un fin, que da a los individuos la capacidad de crear intencionalmente, nuevos objetos o servicios junto a nuevas relaciones sociales, todo esto en un medio laboral ó

contexto en el que el individuo no sólo debe actuar frente a una tarea asignada sino también interactuar con un medio específico en el que constantemente reflejará su estado actual en cuanto a frustraciones y satisfacciones, por esta razón aunque el trabajo es necesario como un medio de subsistencia, también debe ofrecer al individuo la posibilidad de encontrar sus intereses y satisfacer sus necesidades personales, si el trabajador se puede identificar con los objetivos de la organización en la que trabaja y si se le brinda una estructura segura en la cual pueda trabajar y donde su rol éste definido claramente, esto contribuirá a su salud mental (Da Silva 2000), cuyo campo contempla desordenes comunes considerados en dos categorías: la primera contiene aquellos no relacionados directamente con la situación de trabajo como dificultades personales o familiares que se reflejan en el trabajo y la segunda contiene aquellos que surgen específicamente de la interacción entre el trabajador y su situación de trabajo, éstos desordenes son reflejados a través de síntomas mentales, somáticos, ó comportamentales que afectan no solo al trabajador sino también a la organización la cual debe estar atenta para minimizar éstos factores de riesgos Psicosociales que según Arenal (1987) se potencializan cuando las condiciones de trabajo y los factores humanos entran en desequilibrio. Este autor clasifica los riesgos Psicosociales en:

1. Medio Ambiente físico de trabajo, haciendo referencia a los factores de orden físico general que aparte de sus influencias directas como causas de accidente y enfermedades profesionales tienen una potencialidad estresante que inciden en el bienestar y la satisfacción del trabajador, al respecto estudios realizados confirman

que la salud física peligra cuando el medio de trabajo tiende a deshumanizar a la persona debido a una combinación de circunstancias que la exponen a riesgos físicos y mentales.

2. Factores propios de la tarea; en este nivel se incluyen: sobre carga de trabajo la cual puede ser cuantitativa (demanda de trabajo extra dentro de las habilidades del individuo) ó cualitativa (el trabajador es forzado mas allá de sus habilidades); subcarga laboral que consiste en un sometimiento o una disminución excesiva de trabajo produciendo insatisfacción y desconfianza en sí mismo; promoción laboral y adaptación donde el individuo deberá tolerar la incertidumbre y manejar la ansiedad despertada por situaciones específicas y por la presión de quienes consideran dicha promoción contraria a sus intereses; incertidumbre que genera ansiedad e inseguridad de las propias capacidades, conduciendo en ocasiones a padecimientos físicos; conflicto de roles en donde el trabajador experimenta tensión frente a la ambigüedad de la tarea.

3. Organización del tiempo de trabajo donde la duración de la jornada laboral, los turnos, el tipo de horario, el establecimiento de pausas, descansos y los ritmos de trabajo, estructuran en gran medida la forma de vida de los trabajadores y son factores vinculados tanto con la participación social como con los problemas de salud.

Si existe un equilibrio entre las condiciones del trabajo y el factor humano, el trabajo puede incluso crear sentimientos de confianza en sí mismo, aumento de la motivación, de la capacidad de trabajo y una mejora de la calidad de vida, por ello es necesario en toda organización evaluar este riesgo, proceso que consiste en estimar la

magnitud de aquellos riesgos que no hallan podido evitarse. obteniendo y facilitando la información necesaria para que la organización esté en condiciones de adoptar una decisión apropiada sobre el tipo de medidas preventivas que deben adoptarse para lo cual es indispensable identificar los riesgos y los trabajadores expuestos a ellos, hacer una valoración cualitativa y cuantitativa del riesgo y determinar la necesidad de evitar, controlar, reducir o eliminar el riesgo, de esta forma el riesgo al ser controlado se minimiza y tenderá a desaparecer favoreciendo tanto a la organización como al trabajador.

Los factores de riesgo Psicosocial según (G. Villalobos, 1999 citado por Calero J. 1990) no se constituyen en un riesgo sino hasta el momento en que se convierten en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran su relación con el trabajo o con el entorno. Selye (1995) uno de los autores mas citados por los especialistas del tema, plantea la idea del "Síndrome general de adaptación" para referirse al estrés catalogado como una de las enfermedades ocupacionales más representativas en la actualidad, diversos estudios nacionales internacionales muestran que en los países desarrollados parece estar dándose un relativo estancamiento de la incidencia de riesgos laborales tradicionales (accidentes de trabajo y enfermedades específicas o monocausales) , mientras que asciende la prevalencia de enfermedades multicausales, relacionadas con el trabajo y en particular los síntomas asociados al estrés.

Estrés Laboral

En 1995 Selye utiliza el término inglés *stréss* (que significa esfuerzo tensión) para cualificar el conjunto de reacciones de adaptación que manifiesta el organismo, las cuales pueden tener consecuencias positivas (como mantenernos vivos), ó negativas si muestra reacción demasiado intensa ó prolongada en tiempo, resultado nociva para nuestra salud. Selye se refiere, al Estrés cómo " la respuesta no especifica del organismo frente a toda demanda a la cual se encuentre sometido" (p.36), el estrés es entonces una respuesta general adaptativa del organismo ante las diferentes demandas del medio, cuando éstas son percibidas como excesivas o amenazantes para el bienestar e integridad del individuo.

El estudio del estrés laboral ha cobrado gran importancia dadas sus implicaciones en la salud de los trabajadores y en el desempeño laboral, es por ello que muchos autores han formulado diversos modelos para lograr aproximarse objetivamente a éste fenómeno.

El modelo de ajuste entre individuo y ambiente laboral formulado por Harrison en 1978 (citado por Selye, 1995) propone que lo que produce el estrés es un desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de las personas para afrontarlas, es decir, por una falta de ajuste entre las habilidades y capacidades disponibles por la persona y las exigencias y demandas del trabajo a desempeñar, y también entre las necesidades de los individuos y los recursos del ambiente disponibles para satisfacerlas, esta falta de ajuste entre el trabajador y el entorno puede conducir a diversos tipos de respuestas: a nivel Psicológico puede producir insatisfacción laboral, ansiedad, quejas o insomnio; a nivel Fisiológico puede elevar la presión sanguínea o incrementar el colesterol; y

a nivel comportamental puede estimular las conductas autodestructivas como fumar, comer, ingerir bebidas alcohólicas etc. Por el contrario un buen ajuste tendrá resultados positivos en relación al bienestar y desarrollo personal, ésta aproximación permite identificar 3 factores importantes en la generación del estrés laboral: 1) los recursos con los que cuentan las personas para hacerle frente a las demandas y requisiciones del medio, 2) la percepción de dichas demandas por parte del sujeto, 3) las demandas por si mismas. Es necesario aclarar que niveles muy bajos de estrés están relacionados con desmotivación, conformismo, y desinterés, por ello toda persona requiere de niveles moderados de estrés para responder satisfactoriamente no solo ante sus propias expectativas o necesidades, sino de igual forma frente a las exigencias del entorno.

Entre los modelos conceptuales de respuesta, el de Matteson e Ivancevich (1987) trata de clasificar más específicamente los tipos de respuesta de las personas ante situaciones estresantes, para ello distingue cuatro componentes:

1) Los estresores que incluyen tanto factores internos a la organización (del puesto, de la estructura organizacional, de los sistemas de recompensas, de los sistemas de recursos humanos y de liderazgo) como factores externos (relaciones familiares, problemas económicos, etc), estos estresores inciden sobre 2) la apreciación de la situación por el individuo que a su vez incide en 3) los resultados de esa apreciación a nivel Fisiológico, Psicológico y comportamental y éstos a su vez inciden sobre 4) las consecuencias, tanto las referidas a la salud del individuo como las referidas a su desempeño en la

organización. Estos 2 autores consideran cinco conjuntos de estresores que son los ambientales, individuales, grupales, organizacionales y extraorganizacionales, que activan el estrés de forma inminente ocasionando en los trabajadores todo tipo de malestar.

El modelo planteado por R. Karasek (1990) citado por Calero J. (1990) relaciona las demandas o exigencias y el control que los trabajadores pueden ejercer, como método productivo para identificar y modificar situaciones potenciales de estrés. Para éste autor al modificar las exigencias del trabajo o el control sobre él, se puede reducir la tensión y los trabajadores pueden alcanzar más altos niveles de autonomía; lo interesante de éste modelo es que en primer lugar, la tensión psicológica aumenta cuando lo hacen las exigencias de la tarea y disminuye el control que el trabajador ejerce sobre el, y en segundo lugar los niveles de competencia aumentan cuando al alto nivel de exigencia le acompaña un alto nivel de control sobre la tarea.

Por su parte J. Edwards (1990) citado por Calero J. (1990) utiliza un modelo cibernético para dar cuenta del comportamiento del empleado en interacción con los fines de la organización, de acuerdo con éste modelo los factores del medio ambiente producirán estrés sólo en la medida en que el empleado lo perciba así.

El estrés en el lugar de trabajo se puede detectar precozmente, pues suele venir precedido de los siguientes síntomas: poca disposición a asumir responsabilidades, quejas numerosas sin presentar soluciones, falta de relación personal con los compañeros, dificultad para realizar tareas corrientes, llegar tarde y salir temprano, dolor de cabeza y malestar gástrico frecuente, aumento del

número de accidentes, fallos y distracciones frecuentes; sólo el diagnóstico precoz puede evitar enfermar tanto física como mentalmente.

Es necesario entender el estrés desde un enfoque Psicológico el cual consiste en una reacción adaptativa a las circunstancias y demandas del medio con el cual la persona está interactuando, es decir que el estrés es un motor para la acción, impulsa a la persona a responder a los requerimientos y exigencias de entorno, entonces se puede hablar de Eustress ó estrés positivo, no obstante, cuando el entorno que rodea una persona impone un número de respuestas para las cuales la persona no se encuentra en la capacidad o no posee las habilidades para enfrentar se convierte en un riesgo para la salud y se hablará de distres ó estrés de consecuencias negativas.

Consecuencias de Estrés en el

Individuo.

Los efectos y consecuencias del estrés organizacional pueden ser muy diversos y numerosos, algunas consecuencias pueden ser primarias y directas; otras, la mayoría, pueden ser indirectas y constituir efectos secundarios ó terciarios, unas son, casi sin duda, resultados del estrés, y otras se relacionan de forma hipotética con el fenómeno; también pueden ser positivas, como el impulso exaltado y el incremento de automotivación; muchas son disfuncionales, provocan desequilibrio y resultan potencialmente peligrosas. Para Caros Calero Jaén y Rogelio Navarro (1990) las consecuencias del estrés pueden organizarse taxonómicamente, de la siguiente manera:

a. Entre los efectos subjetivos se encuentra la ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, vergüenza, irritabilidad

y mal humor, melancolía, falta de autoestima, amenaza , tensión nerviosismo y soledad.

b. Como efectos conductuales está la propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingesta de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de alcohol o tabaco, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectado, risa nerviosa, inquietud y temblor.

c. En los efectos cognoscitivos, se encuentra la incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, existen también olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental

d. Dentro de los efectos fisiológicos, se da el aumento de las catecolaminas y corticoides en sangre y orina, elevación de los niveles de glucosa sanguínea, incremento de ritmo cardiaco y de la presión sanguínea, sequedad de boca, exudación, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar, escalofríos, nudos de la garganta, entumecimiento y escozor de las extremidades.

e. En cuanto a efectos organizacionales se presenta el absentismo, relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación de personal, clima organizacional pobre, antagonismo e insatisfacción en el trabajo.

Estas consecuencias mencionadas anteriormente se convierten en un peligro constante para el trabajador y la organización, ya que entra en juego no solo la salud de éste, sino también la productividad de la empresa, es decir, para lograr productividad y calidad, es necesario tener al individuo saludable y generador de calidad (Da Silva 2000) . Es por esto que el trabajo en una organización debe ser motivante y generador de

expectativas, por ello la organización juega un papel importante ya que dentro de sus parámetros debe contemplar tanto la salud física como psíquica y solo así la organización como tal se experimenta como un ente sano y fructífero, evitando de antemano enfermar al punto de llegar a un estado disfuncional, por esta razón el trabajo debe convertirse en un factor que motive y gratifique, según Kanane (1994), cuando es realizado con afecto y exige esfuerzo, capacidad de concertación, de raciocinio, implica desgaste físico y mental, actuando proactivamente en la calidad de vida del trabajador.

Es indispensable dentro de la organización la valoración psicológica de cada uno de los empleados, para de éste modo prevenir la enfermedad y promover la salud, que de forma global e integral con los exámenes médicos periódicos permita identificar objetivos claros que orienten el programa de salud ocupacional minimizando con ello, las enfermedades laborales, los accidentes de trabajo y los costos para la empresa por demandas del trabajador.

A continuación se realizará un abordaje del estrés y el Burnout en los profesionales del área de la salud, para brindar al lector un acercamiento mas real de estas enfermedades en los profesionales de enfermería, población base de ésta investigación.

Estrés y burnout en los profesionales de la salud.

Las personas del área de la salud, tanto profesional como voluntario, trabajan frecuentemente con pacientes que experimentan graves traumas y crisis personales, los cuales pueden variar desde enfermedades crónicas, incapacidades y traumas agudos, hasta enfermedades psiquiátricas mayores y

enfermedades terminales; aunque la respuesta emocional de éstos trabajadores a tales circunstancias es un aspecto importante de su motivación para aliviar la pena y brindar una atención adecuada, puede ocurrir una recarga traumática, debido a la confrontación constantemente dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte, ésta recarga traumática y la ansiedad asociada a la interacción cercana con personas en desgracia puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales en quienes brindan cuidados médicos, las cuales pueden traer consecuencias tanto en la capacidad para brindar los cuidados adecuadamente, como sobre su bienestar emocional y su vida particular. Mientras que la angustia se suscita a nivel individual, algunas organizaciones han desarrollado modelos que reflejan las ansiedades del grupo de trabajadores y que afectan la habilidad del servicio para realizar las labores requeridas (De Board, 1978).

Existen dentro del desarrollo de la atención médica aspectos considerados como estresantes, que pueden ser entendidos bajo las siguientes premisas:

1. La naturaleza de la enfermedad, que implica en cuanto al trabajo con personas en desgracia puntos críticos que indiscutiblemente los afecta como son las experiencias vividas ante el trauma, la muerte, el desfiguramiento, la vida en peligro y en algunos casos, el conflicto moral que suscita su cuidado, a esto se añade la naturaleza de muchas enfermedades crónicas. La impotencia de éstos profesionales del área de la salud para contrarrestar el progreso inexorable de enfermedades malignas, crónicas y debilitantes que afectan a la comunidad y abundan en los centros de salud, pueden en su mayoría provocar

sentimientos muy arraigados de imposibilidad y desesperanza terapéutica.

Algunas enfermedades en pacientes, pueden producir desgaste en las capacidades y funciones de quienes le proporcionan cuidados y atenciones; la empatía e identificación con éstas personas enfermas puede llegar a ser difícil de mantener, cuando dicha enfermedad causa el deterioro progresivo y la muerte, ya que ante esto, el trabajador puede enfrentar con temor la enfermedad y su posibilidad de contagio (Gerbert 1988).

2. En las labores relacionadas con la atención médica, los roles y actividades desarrolladas por el personal de la salud varían de acuerdo a su tipo de trabajo, sin embargo, mientras esto se aplica por igual a trabajadores profesionales y voluntarios, no ocurre lo mismo con los límites profesionales tradicionales, lo cual genera una mayor diversidad de necesidades y roles que debe asumir cada individuo.

Es necesaria la clasificación de conocimientos y habilidades por áreas para suministrar atención especializada de forma apropiada y para hacerse cargo de las múltiples labores a desarrollar (por ejemplo, revisión y examen médico, enfermería, terapia ocupacional etc.). Un elemento importante en éstas labores es la confianza implícita que se da en el cuidado del paciente, convirtiéndose la intimidad en un aspecto fundamental de esta confianza.

Aquí, tal vez el estrés del personal médico es menos susceptible de ser identificado a pesar del enfrentamiento permanente con las exigencias para la toma de decisiones; el manejo de aspectos difíciles, dolorosos o vergonzosos para los pacientes; y el ser receptor de la confianza del

paciente e información suya, estos aspectos son factores desgastantes que pueden crear fuertes lazos de unión, pero también pueden generar reacciones contrarias como la despersonalización (característica fundamental del Síndrome de Burnout) que afecten su normal desarrollo por la vergüenza, frialdad, ó aún repulsión a realizar su labor.

Hay ciertas labores en las que se pueden presentar conflictos entre el tratamiento y el cuidado; muy común es la orden de " no resucitación", cuando el paciente no tiene un favorable diagnóstico, éste aspecto genera en el personal médico y de enfermería por el conflicto existente, estrés, pero a su vez por las consecuencias del procedimiento desesperanza y en últimas desrealización (una de las tres características del S.B).

En otras circunstancias, por ejemplo en la curación de quemados ó frente a la administración de quimioterapia citotóxica o pacientes con enfermedades malignas, el personal del área de la salud se enfrenta al dilema, de aparecer como los que inflingen el sufrimiento, a través de tratamiento, experimentando no solo estrés ante tal situación, sino también agotamiento emocional (una de las tres característica del S.B.)

Aquellos que trabajan en el cuidado de la salud también se enfrentan a las variadas y complejas reacciones de los pacientes, sus familiares y sus seres queridos, causadas por el estrés de la enfermedad y el trauma, las relaciones que se establecen a partir de éste contacto pueden producir en el personal una evaluación a fondo y al tiempo pena de sí mismo, ésta experiencia es observable frente al dolor de una madre por su niño enfermo, el fallecimiento de su esposo, un padre etc, situaciones que son difíciles de observar y que pueden ser manejadas por el personal a

través de barreras emocionales que impiden el involucramiento con la situación.

Otro factor existente en el personal de la salud en particular el vinculado a los hospitales ó el que trata con pacientes terminales, es el llegar a intimar con la muerte, a través de la vida de otras personas, dichas experiencias pueden ser difíciles de compartir fuera del trabajo, con el cónyuge o la familia, en especial para médicos, enfermeras y demás testigos de aspectos de la vida humana, a los cuales otras personas no están expuestos; esta intimidad con la muerte y el sufrimiento pueden inducir a éstas personas a evaluar su vida y los nexos que la unen a ella, proceso que no solo es emocionalmente desgastante sino también en muchas personas desmotivante por el contexto que les rodea.

3. En cuánto a la naturaleza de las relaciones con el paciente, la atención médica está dada para que se desarrollen relaciones estrechas entre el personal de salud y los pacientes, sin embargo, los procedimientos establecidos parecen restarles énfasis, tal vez como una forma de paliar las experiencias potencialmente perturbadoras para la vida de los pacientes. En las unidades de quemados, salas de oncología ó, más recientemente, de enfermos con SIDA, los trabajadores deben concentrarse en tareas prácticas, que le permiten integrarse de una manera 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 a ella con una atención sensitiva, competente o compasiva; sobre éste vínculo establecido, cualquiera de las dos partes

puede responder inapropiadamente, ya que pudo haber existido experiencias importantes y significativas ocurridas en el pasado que influyan en tal relación, por ejemplo, un paciente que ha tenido relaciones poco satisfactorias con personas de mayor autoridad, inconscientemente revive las dificultades del pasado y ocasiona problemas a largo plazo con el personal que lo atiende. Esta clase de problemas se expresan, por parte del paciente, como sentimientos confusos hacia el personal, exagerado enfado, dependencia o necesidad de mantener un control excesivo en la relación; de igual manera, el personal de la salud aporta a ésta relación un cúmulo importante de experiencias con otros pacientes que inconscientemente, influyen en su forma de acercarse a los nuevos pacientes, lo cual se debe principalmente a la carga emocional presente en todos los aspectos de su trabajo.

Un trabajador puede tener dificultades particulares con ciertos pacientes que otros no experimentan o verse más involucrados con unos que con otros. Algunos pacientes o trabajadores pueden desarrollar sentimientos más fáciles cuando empiezan a mostrarse así mismos o sus circunstancias, lo que puede coincidir con debilidades ya manifestadas en relaciones pasadas del mismo tipo.

En muchos servicios hospitalarios, el gran número de pacientes manejados y su alta rotación (Frecuentemente admisiones y salidas) tienden a romper la continuidad del cuidado y el nivel de satisfacción para quién lo 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 ayudarla considerablemente a desarrollar una

apreciación mas satisfactoria de la humanidad de sus pacientes.

Esta situación se presenta especialmente en unidades especializadas, tales como cuidados intensivos o coronarios, en las cuales se suministran cuidados breves y con frecuencia, altamente técnicos, éstos factores contribuyen a la insatisfacción en el trabajo, ó desrealización y el agotamiento emocional, que en ocasiones se experimenta en estas salas. El vacío y la tristeza experimentados por la muerte de un paciente pueden ser críticos, y el tiempo empleado en las unidades mencionadas puede sumergirlo en un estoicismo y automatización del trabajo, sin permitirle siquiera expresar manifestaciones de vacío, impotencia y desacuerdo; para quienes trabajan en áreas de alta mortalidad (como cuidados intensivos, unidades para enfermos de SIDA, salas de Oncología) los decesos frecuentes se pueden convertir en el factor más importante para que se presente una "sobrecarga traumática" en la que el personal de salud aparte de experimentar la situación como algo estresante por estar enfrentado a la inminencia de muerte desarrolla las características del S.B.

El desarrollo de la tecnología médica ha dado una mayor complejidad al asunto; los efectos potenciales por la deshumanización de los pacientes y el distanciamiento entre estos y el personal, han sido sufragados en informes recientes, debido a la creciente preocupación de los usuarios de éstos servicios por la pérdida del sentido psicosocial en la medicina (Doherty et al, 1988).

El enfrentarse con tales factores en la atención médica, involucra procesos cognoscitivos, emocionales y de comportamiento, la adaptación a ellos depende de los

recursos personales del individuo (como su estilo usual de enfrentar las situaciones con las defensas emocionales que posee), y de los recursos que le proporcione el ambiente laboral, amistoso y familiar. El mantenimiento de la autoestima y la sensación de dominio se pueden considerar como las metas hacia las cuales se deben encausar los esfuerzos para enfrentar estos factores; la manifestación de los esfuerzos por mantener una sensación de dominio variará en cada individuo, de acuerdo con la percepción de su papel sus expectativas y sus atributos particulares, sus estrategias de lucha; la habilidad para mantener el sentimiento de voluntad hacia el trabajo, combatir la desesperanza, mantener la motivación, disminuir la autocensura, establecer expectativas reales y sentir orgullo de los éxitos alcanzados es muy importante.

Recientemente se ha hecho alusión a la sobrecarga traumática en el personal de la salud, como el " Síndrome de Agotamiento" (Burnout Síndrome), sus características son cansancio emocional y un sentimiento de que no se ha dejado nada para los demás, despersonalización con desarrollo de actitudes negativas, en algunos casos dureza con los compañeros de trabajo, y una desvalorización de los éxitos personales (por ejemplo, la percepción de que sus logros en el trabajo se quedan cortos con respecto a sus expectativas personales, acompañado de una evaluación totalmente negativa de sí mismo).

Las características anteriormente mencionadas, a continuación, serán ampliadas abarcando y dando a conocer todo lo referente al Síndrome de Burnout, objeto de estudio de ésta investigación.

Síndrome de Burnout

El término Burnout, hace referencia a un tipo de estrés laboral introducido por Freudenberguer (1974), generado específicamente en aquellos profesionales que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo (trabajadores sanitarios, personal docente, fuerzas de orden público etc).

Freudenberguer, desde una perspectiva clínica afirma, que el S.B es consecuencia de una sobrecarga laboral, igualmente concibe el BO como un estado consecuencia de unos ideales sobre el trabajo poco realista y del fracaso en afrontar un tipo de trabajo que no proporciona las satisfacciones esperadas.

Maslach y Jackson (1997) citado por Moreno (1997), definen el S.B pero desde una perspectiva psicosocial, en donde lo describen como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y desrealización, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en la atención a otras personas. Desde éstas dos perspectivas parte ésta investigación, por ello se llevará al lector a un recorrido conceptual del S.B. según las posturas adoptadas por los autores más significativos en ésta temática. En 1997, la Psicóloga Cristina Maslach utilizó el mismo término que empleaban los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo: Burnout. Cherniss (1980), citado por J,C Migóte (1998), definió el burnout como una respuesta defensiva hacia un estrés crónico, siendo el factor fundamental en la aparición del burnout la estructura de la organización donde se presentan los servicios mas, que las

características personales, influyendo determinantemente para la presentación del síndrome:

La estructura de roles en la organización, referente a los conflictos de roles, de sobre carga cuantitativa o cualitativa; la organización de la tarea y valor motivante de la misma, que abarca el número de actividades a realizar, el número de clientes a atender, fragmentación excesiva de la tarea y presencia de oportunidades para aprender, la estructura de poder, en donde la capacidad para decidir y la sensación de autonomía dificultan la aparición del BO, y la estructura normativa que la constituye, la situación de liderazgo e interacción con grupo de trabajo.

En 1984, Brill propuso una definición de BO menos conocida y más precisa: es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que padece otra alteración psicopatológica mayor en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento como de satisfacción personal y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención extrema de ayuda o por un reajuste laboral, y que está en relación con las expectativas previas; éste malestar se relaciona con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos o con cualquier otro trastorno mental existente y por ello, no se puede interpretar como burnout, por que no está mediado por las expectativas y creencias iniciales, aquellas personas que tienen un menor rendimiento laboral transitorio y que son capaces de superarse por su propio esfuerzo; sin embargo para Bill el desarrollo de Burnout puede tener lugar en cualquier

trabajo, y no solo en los que existe un trato directo con el usuario receptor de los servicios laborales.

Golembiewski y Cois (1986) definen el burnout como un fenómeno multidimensional y un proceso multifásico, las dimensiones del burnout se presentan en un orden determinado expresadas como sentimientos de despersonalización, como respuesta al estrés crónico, baja en el sentimiento de realización personal y experiencia del cansancio emocional.

En 1988, Pines y Aronson proponen una definición mas amplia, no restringida a las profesiones de ayuda, catalogando el SB, como el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo, en situaciones emocionalmente demandantes. Para éstos autores el factor mediador mas importante depende de las condiciones laborales objetivas, que faciliten la consecución de los objetivos propuestos, con relación a las expectativas personales, o que el medio laboral sea vivido como frustrante, con predominio de características negativas. Pines destaca la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, de la supervisión, de las oportunidades de aprendizaje continuado y de desarrollo de la carrera profesional, ya que el desarrollo del burnout puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión, o evitar el trato directo con los clientes a través de la realización de trabajos administrativos o de investigación, o bien el estrés laboral puede ser vivido como un reto positivo, que promueve el desarrollo personal.

Leiter (1989) citado por J.C. Migóte (1998), consideró al Burnout como un proceso multifásico que posee las siguientes dimensiones: cansancio emocional, generándose

como mecanismo de defensa, la despersonalización, y como respuesta la evaluación negativa de la realización personal, siendo en ésta última fase donde se define la presencia del síndrome.

Retomando a Maslach (1997) en éste aspecto, al definir las tres dimensiones del Burnout se refiere al Desgaste Emocional como el cansancio o agotamiento consecuencia del intento de modificar las situaciones estresantes fracasando en el intento, de éste modo la actividad laboral pierde para el individuo su atractivo y se genera en él la fatiga y una pérdida progresiva de la energía; a la despersonalización la describe como el núcleo del burnout que se manifiesta como consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y como un mecanismo de defensa construido por el sujeto para evitar experimentar sentimientos de indefensión, impotencia y desesperanza personal, ésta característica es reflejada por medio de irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; por último en cuanto a la desrealización personal, Maslach la define como la pérdida de la valoración del trabajo en el individuo, es decir, una valoración negativa surgiendo reproches propios por no haber alcanzado los objetivos propuestos, además de vivencias de insuficiencia personal que suponen respuestas negativas hacia si mismo y hacia el trabajo, evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad e incapacidad para soportar la presión.

Para Chermis (2001) el S.B recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la tensión al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas, dando lugar a su manifestación en los siguientes aspectos:

- Psicosomáticos: Caracterizado por fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desordenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares etc.

- Conductuales: Induciendo al absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conducta violentas.

- Emocionales: Dando lugar al distanciamiento afectivo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimientos de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.

- Sociales: Experimentándose la dificultad para relacionarse asertivamente con compañeros de trabajo, hijos y cónyuge.

- En ambiente laboral: Produciendo detrimento de la capacidad del trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles y comunicaciones deficientes.

Chermis (2001) al hacer referencia al síndrome de Burnout, lo describe como un proceso continuo y fluctuante en el que las actividades y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa como respuesta al estrés laboral; para éste autor el S.B. es un proceso evolutivo que se desarrolla de la siguiente manera: En la primera fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos, lo que da lugar a una situación de estrés psicosocial; en la segunda se da un estado de tensión psicopsicológica, y en la tercera fase se presentan una serie de cambios conductuales que consisten

en la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada, la evitación de las tareas estresantes y la satisfacción de las propias necesidades en detrimento del servicio al cliente.

Existen muchos autores que coinciden con Chermis en la caracterización del SB, encontrando como características predominantes:

1. La incidencia, que consiste en la manifestación del Síndrome de forma no permanente, por ello es difícil establecer hasta que punto se padece el síndrome, o simplemente si se está experimentando un desgaste propio de la profesión.

2. La negación, en donde el trabajador no es capaz de reconocer que se está enfermo, ya que percibe el BO como un fracaso profesional y personal.

3. La irreversibilidad, fase en la que el síndrome se potencializa de tal forma que conlleva al trabajador al abandono de la asistencia.

En consecuencia el S.B. debe ser detectado a tiempo y es un problema tanto social como de salud pública, que daña la calidad de vida profesional y asistencial de los trabajadores, éste SB puede ser percibido conscientemente por quien lo padece, o bien puede negarse como ya se afirmó anteriormente y mantenerse no reconocido durante mucho tiempo, con él la persona se va sintiendo poco a poco afectada, va cambiando sus actitudes hacia el trabajo y hacia sus compañeros hasta que el proceso cristaliza, experimentándolo a nivel emocional como una activación excesiva por sus concomitantes somáticos (palpitaciones, dolores, cansancio, etc.), siendo la técnica formal o estilo que utiliza cada persona para afrontar las diferentes señales de alarma como lo son la ansiedad y el

estrés negativo, lo que en últimas determine el desarrollo o no del burnout. Desde ésta perspectiva se concibe el S.B. como un proceso constituido por 3 etapas; la primera se caracteriza por la presencia de uno o varios síntomas de estrés como lo son la irritabilidad y ansiedad persistente, bruxismo, tensión arterial alta, insomnio, lapsus u olvidos, taquicardia, incapacidad de concentración y jaquecas, éste es considerado el inicio del ciclo de agotamiento. En la segunda etapa catalogada como de conservación de la energía, también se deben presentar 2 o más de los siguientes síntomas: Retardos en el trabajo, retrasos y dilataciones en responsabilidades adquiridas, necesidad de un fin de semana de 3 días, disminución del apetito sexual, cansancio persistente al comenzar el día, disminución de la agilidad en el trabajo, distanciamiento social, actitudes cínicas, apatía, resentimiento hacia los demás, incremento del consumo de café, té, bebidas de cola y alcohol. En la tercera y última etapa denominada de cansancio se incluyen uno o varios síntomas como son: la tristeza o depresión crónica, problemas gastrointestinales crónicos, fatiga mental crónica, fatiga crónica, migrañas, deseos de huir del trabajo, los amigos, la familia, en fin deseos de suicidarse.

Existen diferencias entre el estrés y el burnout que a continuación se expondrán para brindarle al lector mayor claridad con respecto de esta temática.

Diferencias entre estrés y burnout

No existe consenso en la diferenciación, sin embargo, la tendencia es a considerarlo (SB) como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna

que agrupa sentimientos, cogniciones y emociones, y que tiene un matiz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psico-fisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y la institución.

Existen dos abordajes del Burnout: 1) Clínico caracterizado por concebir el Burnout como un estado al que se llega como consecuencia del estrés laboral (trabajos iniciales de Freudenberguer y Pines & Aaronson), y 2) Psico-social donde se considera como proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas. Bajo esta concepción se han desarrollado la mayoría de los trabajos desde 1982 sobre el síndrome .

Al concebir al burnout como proceso, es tomado como una estrategia de afrontamiento a la que recurre el sujeto cuando fallan las demás estrategias de afrontamiento al estrés laboral, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido - consecuencias (Ibañez, 2000).

Con lo anterior debe hacerse claridad que todo sujeto con presencia de burnout padece o se enfrenta al estrés, sin embargo, esto no opera al contrario. Es decir, no toda persona que se enfrente a situaciones de trabajo con pacientes y que padezca estrés deberá presentar burnout.

Según Ibañez (2000) otras diferencias que se pueden relacionar son:

- 1) El estrés se presenta en mas situaciones y en mayor número que el burnout
- 2) El estrés puede desaparecer después de un período de descanso, el burnout no funciona así. Esto a raíz de que el burnout no se asocia con la fatiga física sino con los aspectos motivacionales de la labor. Un trabajo

escasamente estresante pero desmotivador puede conducir al burnout, dado que el burnout no es un proceso asociado a la fatiga sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en determinado momento fueron importantes para el sujeto.

- 3) El burnout aparece cuando se pierde la justificación de un esfuerzo.
- 4) El burnout es entendido también como una forma de cansancio cognitivo (Shiron, 1989 citado en Rivera, 1997) . El burnout es una variable del estrés específicamente relacionada con la pérdida de los elementos cognitivos que valorizan un trabajo.
- 5) El burnout es un proceso que debe atravesar determinadas fases, mientras que el estrés puede ser una condición situacional. Este se genera en un largo proceso, que puede ser ignorado por el sujeto y que evoluciona lentamente del entusiasmo a la decepción a través de un continuo (Moreno y Peñacoba citados por Hernández 1998).
- 6) El estrés puede tener efectos positivos (Eustrés de Selye) y negativos; el burnout siempre tendrá efectos negativos.
- 7) El burnout es un síndrome contagioso. Puede llevar a la formación de grupos con características parecidas que son en si mismas otro factor precipitador del síndrome, presentándose la declinación de iniciativas de mejora y cambio produciéndose un clima de no - pertenencia y derrotismo en el equipo de trabajo (Moreno y Peñacoba citados por Hernández 1998).

El proceso de burnout supone una interacción de variables afectivas (agotamiento emocional y despersonalización), cognitivo - aptitudinales (falta de realización personal) y actitudinales (despersonalización y

falta de realización personal), que se articulan entre si en un episodio secuencial. Mas que un estado, es una respuesta particular a corto y mediano plazo al estrés crónico que se presenta en el trabajo.

Al diferenciar el burnout de otros estados, autores como Pines y Aronson (citados en Rivera 1997) definen el burnout como un fenómeno social frente a la concepción clínica de la depresión. Por su parte, Freudenberguer considera la depresión como sintoma del burnout.

Factores potenciales de burnout en el área sanitaria

Enfrentar el burnout es un proceso dinámico, por lo que a nivel individual como colectivo el personal de la salud puede manifestar diferentes estilos de adaptación a los lugares de trabajo.

La esperanza y el altruismo son cualidades importantes que todo trabajador del área de la salud debe poseer para enfrentar la desesperación y ansiedad ante la impotencia. La presencia de una patología defensiva puede llevar a disminuir en el trabajo ocasionando el distanciamiento y la deshumanización, pues el trabajador termina por pensar que aislar sus emociones y proporcionar un cuidado frío y mecánico, es todo lo que puede dar de si.

Como factores potenciales de Burnout en el área sanitaria se han determinado los siguientes : Factores institucionales, la fatiga, la ausencia de entrenamiento, la ausencia de apoyo asistencial y dado el supuesto papel modulador que tienen las variables personales o sociodemográficas actuando como elementos facilitadores o inhibidores de la aparición del síndrome se toman en cuenta: la edad, el estado civil, el tiempo de experiencia profesional, tipo de contrato, el nivel de escolaridad, la

antigüedad en la organización, el género, y la turnicidad laboral, los cuales se detallan a continuación :

1 Factores institucionales.

El Burnout puede afectar en determinado momento las unidades de servicio o a sus integrantes, ya que debido a sus consecuencias surgen conflictos entre el personal o entre la unidad y otros servicios.

Existe en todo centro de salud "pacientes problemas", que son aquellas personas enfermas que generan gran tensión y conflictos en la unidad en la que se encuentran por su complicado estado de salud; es también posible que un miembro del personal puede llegar a convertirse en chivo expiatorio de todos los sentimientos negativos y ansiedades, logrando ser percibido como incompetente y odioso, siendo posible que otro miembro del personal sea considerado como la encarnación de todo lo bueno; todo esto puede llevar a la convicción de que los problemas del grupo quedarían resueltos si el "miembro malo" se marcha (De Board, 1978).

Si bien tales fenómenos a menudo manifiestan intentos de hacer frente a la desrealización, malestar y ansiedad suscitados por éste trabajo, ésta clase de percepciones y conductas son potencialmente perjudiciales tanto para el paciente como para el personal, dificultando una evaluación realista de los problemas, además son un obstáculo para que el servicio alcance sus metas, particularmente en lo relacionado con la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes.

La despersonalización hacia el paciente, o el surgimiento de la desesperanza institucional y del nihilismo terapéutico pueden ser los rasgos distintivos de

algunos servicios, lo cual puede ocurrir particularmente en sitios donde los pacientes reciben un cuidado institucional a largo plazo (por ejemplo, algunos establecimientos psiquiátricos para tratamiento prolongados), el estilo y la práctica de algunas instituciones por lo tanto pueden reflejar los medios que se usan en el servicio para enfrentar situaciones de angustia (De Board, 1978).

Es común también que puedan llegar a surgir sentimientos intensos y exagerados entre grupos de profesionales de la salud (por ejemplo, la enojosa sensación de que si los otros servicios hicieran bien su trabajo todo mejorarla incluyendo a los pacientes) o que todas las dificultades sean consecuencia de una administración incompetente; si bien es cierto, algunas veces estas afirmaciones pueden tener algo de cierto, pero por lo general obstaculizan la prestación del cuidado integral y coordinado que se requiere.

2. *La fatiga.*

Existen ciertos factores que pueden mitigar el desgaste emocional de éste trabajo; las investigaciones con socorristas, enfermeras de oncología y otros grupos resaltan la importancia de los grupos de ayuda mutua en el trabajo; éstos grupos de apoyo para el personal permiten la expresión de sentimientos relacionados con el trabajo y ayudan a dominar la impotencia producida por estas preocupaciones, reconociendo sus temores, inquietudes y quejas (Clark, 1980).

Estos grupos deben reunirse en un sitio diferente al área de trabajo con el fin de hacer referencia e interpretación compartida de experiencias traumáticas, ya que éste procedimiento en forma de reuniones regulares

ayuda a evitar el distanciamiento y la descompensación que en últimas puede llevar a la vivencia del BO.

3. *Ausencia de entrenamiento.*

Este factor es sumamente importante ya que hay una mayor probabilidad de que el personal experimente tensión psicológica cuando no se siente bien entrenado para desempeñar sus funciones, lo cual se ha demostrado con estudios en enfermos de secciones de oncología (Me Elroy, 1982) .

El entrenamiento efectuado antes y durante el periodo de atención es importante, no solo para asegurar que el personal esté debidamente preparado para realizar su labor, sino también para realizar una educación permanente en el área, el mantenimiento de la calidad de la atención y de la moral del personal.

4. *La ausencia de apoyo asistencial.*

El poder consultar con otros servicios como el de salud mental, es un valioso elemento para el entrenamiento y supervisión del personal, además es útil para el desarrollo de mecanismos de apoyo adicionales.

La claridad de las pautas en las funciones de trabajo y en los niveles de responsabilidad puede contribuir a evitar la ambigüedad de tales funciones y la eventual sobrecarga de trabajo, particularmente de aquellos voluntarios que tengan horarios de trabajo no muy bien definidos.

Es evidente la importancia de las condiciones de trabajo, por ello es necesario que siempre haya un adecuado número de profesionales para reducir el exceso de éste y mejorar así, la salud física y mental de los profesionales de la salud.

Un estilo administrativo, representado por el "dictador benevolente", ha sido descrito por algunos autores como el más apropiado para lograr un funcionamiento coherente en ciertas secciones especializadas tales como las unidades de cuidados intensivos (Hackett and Cassem, 1978). Claras líneas de responsabilidad, una administración bien organizada y un liderazgo fuerte son factores importantes que permiten al personal de todos los niveles discutir problemas e inquietudes con los líderes del equipo o unidad. Cuando el personal sienta que es capaz de intervenir en la toma de decisiones importantes, es posible que la moral de todos se vea influida por este hecho.

También es importante que el traslado desde cierta unidad o la renuncia a una organización se realice sin estigmas o prejuicios; a veces es necesaria la asesoría y tratamiento de un psiquiatra y otro profesional de la salud mental por las dificultades emocionales experimentadas por los profesionales del área de la salud, de aquí radica la importancia que el servicio sea de fácil acceso para éstas personas y que se preste en forma confidencial.

La importancia del factor estrés laboral (el cual perfectamente sin una atención adecuada puede desembocar en el S.B) se ve claramente cuando se examinan las funciones que éstos profesionales tienen que asumir con frecuencia, así como la naturaleza de los problemas y desordenes con los cuales deben trabajar, y además, la tensión emocional relacionada con la atención de personas en tiempos de crisis, dolor o enfermedad; estas consideraciones son potencialmente importantes ya que influyen poderosamente en la calidad de la atención brindada y en el propio bienestar emocional de los profesionales, son éstos aspectos humanos de la atención al paciente los que deben considerarse por

los encargados de la planificación de los servicios de salud, ya sean profesionales o voluntarios, y en la evaluación y desarrollo del servicio.

Existe otro tipo de factores diferentes a los organizacionales que influyen en el desencadenamiento del S.B., y que en ésta investigación son considerados como datos de estudio, por ello surge el interés de abarcarlos presentándolos de la siguiente manera:

1. Edad.

Es un factor que al parecer no es muy determinante en cuanto a la aparición del SB, pero que cobra valor cuando se relaciona con los primeros años de experiencia laboral puesto que en esta etapa de la vida se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la realidad de la practica profesional (Almedro, 2001) . En su estudio Zabel (1982) encontró que este patrón estaría relacionado con el aprendizaje a lo largo de la vida de estrategias de afrontamiento eficaces y con la adquisición de expectativas más realistas acerca de la profesión.

2. Estado civil.

Al parecer en este factor, el síndrome ha sido más asociado con aquellas personas que son solteras o no tienen una pareja estable (Cuevas y de la Fuente, 1994), aunque la presencia de hijos en estas personas, por el grado de madures que adquieren frente a la resolución de problemas personales y conflictos emocionales, los hace menos propensos a padecer el S.B, En contraste con estos autores García (1991) expone que mejor que hablar sobre el papel del estado civil en relación al burnout, es preferible hacerlo acerca de la relación personal que mantiene el sujeto. Por otra parte, cuando se está ante una relación

de pareja, resulta necesario prestar una atención específica a la calidad de esta relación, así como al nivel de apoyo socioemocional que presta el compañero (Maslach 1985) . Según García (1991) la omisión de este aspecto podría explicar la aparición de diferencias no significativas en el nivel de desgaste profesional (en función del estado civil) encontradas por algunos estudios que se descubren entre un mayor número de trabajos que sí han encontrado diferencias significativas en este sentido.

3. *Tiempo de experiencia profesional.*

Existe un consenso general frente a este factor, en cuanto a que la mayoría de los autores coinciden en que en los dos primeros años de experiencia profesional existe mayor vulnerabilidad a experimentar el SB. (Naissber y Fenning, 2000).

Algunos trabajos han encontrado una relación positiva entre la experiencia y el síndrome, argumentando la posible existencia de un proceso acumulativo de desgaste en función del tiempo que se permanece expuesto a las fuentes potenciales de estrés (Friedman 1996), aunque también cabe la posibilidad de que los sujetos más veteranos sean precisamente los que se encuentren con los niveles más elevados de responsabilidad y no dispongan de un supervisor inmediato que les apoye.

En su estudio sobre el síndrome de burnout Mancilla (2002) encontró que en los profesionales sanitarios los años de experiencia favorecen el control personal percibido disminuyendo el grado de indefensión. Sin embargo entre los profesionales administrativos el aumento de años de experiencia les lleva a mayor indefensión.

Existe también una relación inversa, puesto que aquellos sujetos que más burnout experimentan, acabarían abandonando su profesión y entonces, aquellos con menos señales del SB serán los que poseen más años de experiencia.

4. Tipo de contrato.

Aunque no existe unanimidad en éste criterio, al parecer existe un alto índice de desarrollar el SB; en aquellas personas que están sujetas a un tipo de contrato a termino indefinido, influenciada por la incertidumbre frente a la renovación del mismo. (Almedro, 2001). García (1991) ha obtenido que los sujetos con contrato fijo muestran mayores niveles de burnout que los que poseen contrato indefinido. Por su parte, Gil Monte, Peiró y Valcarcel y Moreno-Jiménez no han encontrado diferencias en este sentido.

5. Nivel de escolaridad.

Se ha encontrado que entre más alto sea el nivel de estudios alcanzados, menor será la presencia del SB, ya que la exigencia personal frente a la tarea realizada proporciona altos niveles de seguridad. (Naissber, 2000)

6. Antigüedad en la organización.

Todavía no se ha logrado llegar a un consenso frente a tal factor, pero autores como (Naissber y Fenning 2000) expresan que aquellas personas con una antigüedad de 6 - 10 años en una misma institución son los más vulnerables al SB.

7. Género.

Las mujeres son consideradas por autores como Almendro (2001), el grupo más vulnerable al SB, y aún con más incidencia aquellas dedicadas a los servicios de salud, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que tradicionalmente son femeninas cuentan con unas actividades altamente estresantes como es el caso de la enfermería. Acerca del sexo, los estudios que han ofrecido resultados positivos respecto a su influencia han mostrado generalmente cómo los hombres tienden a obtener puntuaciones más altas en despersonalización que las mujeres, lo que es interpretado desde el punto de vista de la socialización diferencial que conduce al desarrollo de los roles masculinos y femeninos. Además se ha señalado cómo, bajo condiciones de estrés, los hombres utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento evitativas y menos encaminadas a la búsqueda de apoyo social (Greenglass, 1988).

8. Turnicidad laboral.

El horario laboral puede convertirse en un factor potencial del SB., y aunque todavía no existe unanimidad frente a éste concepto, se ha establecido que es la enfermería el área laboral que con relación a los horarios está mayormente influenciada (Gil - Monte y Peiro, 1997). La incidencia del trabajo nocturno y del trabajo a turnos sobre el desgaste profesional no ha sido demasiado tratada en la literatura, aunque sí se ha señalado como un importante estresor para gran parte de los trabajadores afectados por él. Entre las múltiples implicaciones que genera la desincronización de los ritmos biológicos circadianos cabe destacar la aparición de trastornos del

sueño, la presencia de una forma de fatiga persistente difícil de recuperar , así como el desarrollo de trastornos gastrointestinales y cardiovasculares. Todo ello se ve acompañado por una repercusión negativa sobre la esfera sociofamiliar del individuo debido a la discordancia existente entre su ciclo de sueño-actividad y los de su pareja, familiares y amigos, lo que dificulta la obtención del apoyo social necesario y facilita el advenimiento de trastornos de carácter afectivo (Ardanza 1985).

Dado que el burnout es un problema que se extiende más allá del fenómeno de la contratransferencia, las instituciones y entidades de salud deben estar también involucradas en la prevención del mismo, por ello a continuación se abordará de forma general esta temática.

Prevención del burnout

Las entidades deben generar actividades que faciliten la creación de un ambiente laboral en el cual se reconozca y tenga cabida el impacto emocional que pueden suscitar entre los profesionales de la salud el tipo de trabajo con los pacientes.

Por su parte, debería realizarse inversión para facilitar procesos de capacitación para mantener actualizados los profesionales de la salud, generar actividades que permitan la reducción de niveles de estrés en los profesionales de la salud.

El manejo y la administración del tiempo deben ser considerados, pues no es suficiente si el profesional de la salud o el directivo trabajan como máquinas, sino que la entidad debe generar estrategias para la educación en la distribución del tiempo, tanto para las labores como para actividades personales y familiares.

Maslach y Jackson (1982 citados en Rivera 1997) proponen como medidas preventivas el apoyo social y la búsqueda de información acerca del síndrome.

Shinn y Morch (ibid) le dan un enfoque grupal a las medidas preventivas y lo complementan con apoyo fuera del trabajo. Celslowitz (1989) propone un plan que incluye estrategias de auto-control, solución de problemas y percepción positiva de los acontecimientos. Clinton (ibid) propone un plan con relajación, clarificación de valores, modificación de redes de apoyo, dieta y ejercicios.

Entre las técnicas más trabajadas y estudiadas para prevenir el burnout en el personal de la salud se encuentran las habilidades de comunicación y habilidades sociales. Una revisión sobre los trabajos de diversos autores realizada por Hernández (1998) a este respecto, confirma la importancia de estas técnicas en el manejo efectivo del burnout.

Con respecto a las técnicas de afrontamiento individual, se busca la capacitación del sujeto en la modificación de respuestas a los estímulos y situaciones generadoras del burnout.

Se prepara al sujeto para que controle sus respuestas emocionales, cognitivas y conductuales a las solicitudes que recibe.

Podemos encontrar dos ejes en el tipo de afrontamiento a las situaciones que generan burnout: eje directo e indirecto, eje activo y pasivo (Hernández 1998).

El primero se dirige hacia el intento de cambio de los problemas desde el lugar donde se generan, mientras que el indirecto se refiere a modificar respuestas y emociones del sujeto ante el estrés laboral asistencial.

El eje activo - pasivo se refiere al tipo de conducta seguido por el sujeto que interviene sobre los problemas o los evita. Diferentes estudios han confirmado que el afrontamiento activo y directo es el menos asociado con el burnout.

Algunas modificaciones de la conducta para mejorar la vida personal del trabajador tratan de que este respete las vacaciones y el descanso natural del trabajo, tanto dentro del ciclo diario, semanal y anual con vacaciones debidas y un excelente manejo del tiempo libre. Es importante mantener la debida pausa en la consecución de objetivos para favorecer el cambio de actividades. El afrontamiento conductual se basa en un cambio en el estilo de vida. El afrontamiento cognitivo dirige la reestructuración cognitiva en dos sentidos. Uno la eliminación de pensamientos irracionales sobre su propia eficacia y reconocimiento de sus superiores, clientes, pacientes y subalternos. Dos, lo que concierne a su interpretación sobre la contingencia del refuerzo tratando de aumentar su percepción de control poseído sobre las fuentes de estrés.

Para Matteson e Ivancevich (1987) existen programas a través de los cuales se pueden adquirir y mejorar los estilos de afrontamiento, éstos deben contener técnicas que faciliten el objetivo de los programas, entre ellas se encuentran las técnicas de resolución de problemas, asertividad, manejo eficaz del tiempo, optimización de la comunicación, cambios en el estilo de vida, técnicas para la adquisición de habilidades para la expresión de emociones, el manejo de sentimientos de culpa y la relajación. Algunos programas deben orientarse a aumentar la competencia profesional y al rediseño de la ejecución;

así mismo. Mancilla (2002) al respecto opina, que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir tratar de forma afectiva el SB de modo que el abordaje engloba intervenciones en 3 niveles: Individual, social y laboral u organizacional.

En el ámbito individual se han utilizado técnicas como el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva, el rol playing, el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas y la organización y gestión del tiempo, además enumera una serie de consejos que el sujeto deberla tener en cuenta para poder evitar el SB:

1) Evitar la soledad. Procurar estar en compañía.

Desarrollar o renovar las relaciones con los compañeros, amigos o familia.

2) Intentar modificar las situaciones o relaciones que le incomodan.

3) Procurar aliviar la intensidad de su trabajo, no sobrecargarse, tomarlo con cierto grado de tranquilidad.

Practicar alguna técnica de relajación.

4) Aprender a decir no. A veces es necesario rehusar las demandas de los otros.

5) Practicar el delegar funciones.

6) Intentar estar en paz contigo consigo mismo.

Toma la vida con moderación ya que sólo tiene una cantidad de energía disponible.

7) Procurar cultivar el sentido del humor. Muy pocas personas de las que se divierten sufren el síndrome de burnout.

8) Procura hacer deporte y tener una alimentación sana.

9) Reevaluar la escala de valores, Procurar
diferenciar lo que son valores temporales o menos
importantes de los que son esenciales.

10) No comprometerse en responsabilidades laborales
para las cuales no se sienta capacitado o no disponga de
los recursos suficientes para cumplirlas.

11) Organiza su tiempo libre y de ocio. Dedicar
tiempo a sus aficiones y hobbies.

En el ámbito social, interpersonal o grupal, por un lado Shinn y Morch (1983) recomiendan hacer énfasis en el apoyo social y el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas. Mancilla 2002 destaca como técnicas la dinámica de grupos y los encuentros regulares con compañeros y amigos. En el ámbito organizacional Matteson e Ivancevich (1987) proponen programas de socialización anticipatoria a la realidad laboral, de evaluación y retroinformación; Mancilla (2002) propone estimular la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, mejorar la comunicación interna a niveles jerárquicos, asignación de presupuesto suficiente, desarrollar los sistemas de gestión de recursos humanos y potenciar las unidades de salud laboral - Medicina Preventiva. Gil Monte, Peiro (1997) contemplan el desarrollo sistemático y planificado del equipo de trabajo; Maslach hace incapie en la disminución de la sobrecarga laboral y las disfunciones de los roles profesionales y con Orlosky y Gulledge (1986) coinciden en la asistencia psicológica; Para Gulledge (1986) y Bolle (1988) es necesaria la participación del sujeto en su trabajo de forma flexible y tener acceso a reuniones multidisciplinarias con presencia de superiores.

El apoyo social cumple seis funciones en la prevención del burnout:

1) Escuchar sin dar consejos o emitir juicios para facilitar el desahogo del sujeto

2) Apoyo técnico, que se refiere al reconocimiento de la competencia profesional

3) Desafío técnico, que se refiere a la posibilidad que ofrece el grupo de trabajo para aumentar capacitación y competencia.

4) El apoyo emocional que busca la aceptación como persona dentro del rol laboral

5) Retos emocionales que se refieren a la necesidad del sujeto de experimentar problemas y preocupaciones distantes del mundo laboral.

6) Participación en la realidad social, que trata de fomentar la vida social de los individuos a través de grupos, equipos, comunidades científicas activas etc.

El apoyo social es una estrategia por medio de la cual se buscan otros individuos, generalmente personas consideradas por el sujeto como conocidos o con quienes tienen vínculos afectivos. Entre los efectos que las adecuadas redes de apoyo social tienen sobre los individuos se encuentran dos modelos: El modelo del almacenamiento, según el cual el apoyo social tiene efectos benéficos sobre la salud fundamentalmente cuando los individuos están expuestos al estrés; y el modelo de los efectos directos, donde el apoyo social promueve la salud de forma independiente a la exposición ante la tensión diaria (Bakal 1996).

Dentro de las estrategias de afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986) incluyen la búsqueda, obtención y uso de apoyo social, aunque otros autores estiman el apoyo social como una variable más independiente. El punto de vista

sociológico o epidemiológico considera el apoyo social como una característica del ambiente, y se ha centrado tradicionalmente en la llamada red social, o sea, el conjunto específico de relaciones entre un conjunto definido de personas. Esa red puede proporcionar apoyo, pero también crea exigencias. Su influencia puede ser positiva o negativa. Sin duda, puede aceptarse que el entramado de relaciones personales tiene importancia para el bienestar del sujeto, y también es admisible, en general, que la pobreza de relaciones interpersonales aumenta la vulnerabilidad de las personas.

Shaefer y Cois (1982) distinguen tres tipos de funciones de apoyo social. En primer lugar, el apoyo emocional, que incluye el dar confianza y ánimo, el preocuparse, el amor y el cuidado etc. En segundo lugar, el apoyo informacional, proporcionando consejo, información y crítica constructiva acerca de lo que el sujeto hace. En tercer lugar, el tangible es forma de ayuda financiera, atención personal o servicios diversos. Pero lo psicológicamente importante es la percepción del apoyo social, es decir aquella información que conduce a la persona a creer que es atendida y amada, estimada y considerada miembro de una red de mutuas obligaciones.

El apoyo social puede contemplarse como un recurso de afrontamiento. Una cosa es "las estrategias" y otra "los recursos". Ante una situación estresante determinada el sujeto emplea, si la situación es suficientemente seria, la totalidad de sus recursos y estrategias.

Para el profesional de la salud en el sector salud es fundamental regular sus labores para lograr mantener una red de apoyo social básica, a saber, el núcleo familiar.

Es claro que el trabajo del sector salud implica cambios de horarios y trabajo en turnos, que con el paso del tiempo deterioran las relaciones familiares y crean otro tipo de conflictos de carácter tensionante. De esta forma, el mismo trabajo pesado (horarios difíciles y desgastantes, estresores propios de la carrera) puede desencadenar en nuevas y más intensas fuentes de tensión diaria, al empobrecer las relaciones afectivas - familiares del profesional de la salud involucrado.

Hay una nueva evaluación de las estrategias de afrontamiento, del apoyo social, de las consecuencias, con variaciones de la tensión emocional que convierten tanto la tensión diaria como al estrés en un proceso altamente dinámico. De esta forma, el fenómeno del estrés laboral asistencial no puede trabajarse o intervenirse utilizando herramientas tradicionales y formulaciones generales, dado que los factores intermedios deben ser siempre considerados y por tanto su estudio y análisis debe conducir de forma imperativa hacia la adaptación y casuística de los modelos y procedimientos de intervención.

Otras técnicas que pueden servir para afrontar la tensión diaria y el estrés laboral asistencial pueden ser:

- 1) Convertir la amenaza en un reto, en la cual una situación estresante puede ser controlada, tratando la situación como un reto centrándose en los modos de controlarla.

- 2) Disminuir la intensidad de la amenaza de la situación, modificando la evaluación de la situación, analizarla desde otros puntos de vista y cambiar la actitud.

- 3) Modificar las metas personales, adoptando nuevas metas prácticas según la situación.

4) Optar por acciones que incidan en aspectos físicos, produciendo cambios en las reacciones fisiológicas frente a situaciones estresantes utilizando técnicas auxiliares como la bio-retroalimentación, el ejercicio físico, el entrenamiento en relajación y el cambio de dieta.

5) Prepararse para el estrés antes que ocurra, a través de una explicación previa y detallada de las situaciones estresantes a las cuales el individuo deberá enfrentarse, describiendo la situación con las emociones que posiblemente se experimentarán y los factores ambientales que van a rodear el evento.

Variable

El SB es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado al haber estado involucrado el sujeto por un largo período, en una situación de extrema demanda emocional la variable se define a partir de 3 escalas, que se describen en la tabla 1:

Tabla í
Escalas de la variable burnout

Escala y subescala	Definición
Factores antecedentes	Hacen referencia a aquellas situaciones a nivel de la tarea que realiza cada persona a nivel de la organización, que contribuyen a la aparición del síndrome
Característica de la tarea	Conjunto de atributos que intervienen en el desempeño de las labores propias del trabajo de cada persona.
Tedio	Característica particular del trabajo que en el CBB se basa en la pérdida de interés en la tarea, acciones repetitivas tendientes a la monotonía y aburrimiento
Organización	Es un predictor del síndrome relacionado con el apoyo social con compañeros y jefes, y las gratificaciones con las relaciones interpersonales
Características del síndrome	Se refieren al proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.
Cansancio emocional	Son los sentimientos y percepciones sobre agotamiento psicológico y emocional por parte del profesional que atiende personas, el cual se manifiesta psíquica o físicamente, también como combinación de estos dos.
Despersonalización	Es la tendencia desarrollada en el profesional de la salud a tratar las personas como objetos impersonales, a generar un distanciamiento con el cliente o a culpabilizarlo de sus problemas.
Falta de realización personal	Consiste en la tendencia a generar actitudes negativas a cerca de si mismo particularmente con respecto a la competencia profesional y el logro en el trabajo
Consecuencias del burnout	Se refiere a las consecuencias a nivel físico , social y psicológico producto del síndrome
Físicas	Hace referencia a las repercusiones sobre la salud como: la elevación del pulso, insomnio, fatiga, cambio en el peso, problemas de memoria
Sociales	Se refiere a la dificultad en las relaciones sociales con los compañeros de trabajo, hijos y esposa
Psicológicas	Es la tendencia a tener una actitud apática , despersonalización en la relación con los pacientes, frustración, depresión, ansiedad, desesperanza, pobre concentración, entre otros .

Metodología

Tipo de investigación

El presente estudio es de carácter descriptivo transversal ; se considera descriptivo ya que pretende describir la situación prevalente en el momento de realizar la investigación con el fin de determinar cual es el estado actual en cuanto a las características del S.B presente en los profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle, y transversal por que apunta a un momento y tiempo definido.

Al respecto, Dankhe (1986) considera los estudios descriptivos como los que buscan desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Describir es sinónimo de medir. Miden variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes de comunidades, personas, grupos o fenómenos bajo análisis. En algunos casos los resultados pueden ser usados para predecir. Para Dankhe la investigación según el período de tiempo en que se desarrolla puede ser de tipo transversal.

Participantes

Como se observa en la tabla 2 de un total de 60 enfermeras, se trabajó con 45 profesionales, las cuales son jefes adscritas a los siguientes servicios hospitalarios: Hospitalización, Neurocirugía, Oncología, Ortopedia, Pediatría, Promoción y Prevención, Sala de Partos, UCI y Urgencias.

Tabla No. 2
Número de población y muestra

Servicio	Población	Muestra
Hospitalización	5	4
Neurocirugía	6	5
Oncología	6	4
Ortopedia	8	6
Pediatría	7	5
Promoción y prevención	3	2
Sala de partos	5	2
UCI	12	10
Urgencias	8	7
Total	60	45

Para este estudio se realizó un muestreo incidental, Cohén (1996) considera que la muestra empleada obedece a la conveniencia o disponibilidad para su uso. Del total de la población (60) se contó con las tres cuartas partes de la de esta equivalente a una muestra de (45 profesionales) a quienes se repartió el instrumento, considerándose ésta muestra significativa para el logro de los objetivos de investigación.

Instrumento

El Cuestionario Breve de Burnout (CBB) fue propuesto por Moreno (1998), es un instrumento que mide tres factores del SB : Antecedentes, elementos del Burnout y los consecuentes. Su objetivo es evaluar el proceso del SB o desgaste profesional de forma breve traducido este en el cansancio emocional, despersonalización y la falta de realización personal. Igualmente y de manera específica el instrumento permite evaluar de forma global los antecedentes y consecuentes . (ver tabla No. 3)

Tabla 3
Estructura del cuestionario breve de burnout

Escala	Subescala	Ítems	Total Ítems
Antecedentes	Característica de la tarea	2*, 10, 16*	9
	Tedio	6, 14, 20	
	Organización	4*, 8*, 9*	
Características	Cansancio emocional	1/7, 15	9
	Despersonalización	3, 11, 18	
	Falta de realización personal	5, 12, 19	
Consecuentes	Físicos	13	3
	Sociales	17	
	Psicológicos	21	
Total			21

*son ítems con clave de corrección invertida

El instrumento consta de 21 ítems que incluye : 9 ítems que miden los factores antecedentes del síndrome los cuales hacen referencia a los modelos que han insistido en las bases organizacionales, donde se destacan tres aspectos que son : a) Características de la tarea, se define como todas las funciones propias del rol de la enfermera y que permiten un desempeño laboral óptimo. b) Tedio, hace referencia a la monotonía y repetición de las tareas realizadas por el personal de enfermería ; c) Organización, se refiere a todos los aspectos funcionales de la institución que afectan el desempeño del profesional de enfermería.

El cuestionario también incluye 9 ítems que miden todo lo relacionado con los elementos del S.B como son : a) Cansancio emocional, se define como la pérdida de energía y fatiga tanto física como psíquica que se presenta en el desarrollo de las actividades del personal de enfermería ; b) Despersonalización. Hace referencia a la actitud negativa de las enfermeras hacia los pacientes, igualmente tiene que ver con la irritabilidad y la pérdida de la motivación hacia el trabajo ; c) Falta de realización

personal. Se define como las respuestas negativas por parte de las enfermeras hacia ellas mismas y el trabajo.

El instrumento consta de 3 ítems que miden las consecuencias del síndrome las cuales abarcan los aspectos físicos, psicológicos y sociales que pueden afectar el desarrollo de unas buenas relaciones interpersonales por parte del profesional de enfermería.

La escala de respuesta es de tipo likert de 5 niveles, las respuestas dependen de la opinión personal del contestador frente a las situaciones planteadas por las afirmaciones.

Debido a su reducida extensión, se le ha denominado Cuestionario Breve de Burnout. Por razones de su amplitud, el objetivo del CBB no es el de evaluar específicamente las dimensiones del burnout, sino obtener una evaluación global del mismo, así como de los antecedentes y consecuentes del síndrome. No obstante, en su elaboración se ha atendido a los factores del síndrome propuestos por Maslach y Jackson (1997), así como a los componentes teóricos de los antecedentes y consecuentes propuestos por la literatura sobre el tema. Al cuestionario así elaborado se le ha sometido a diferentes análisis con el fin de confirmar su validez convergente global con el MBI.

Características psicométricas.

La información psicométrica del CBB (Moreno 1998), se sustenta en los siguientes reportes suministrados por el autor del instrumento:

El análisis factorial del SB explica el 60% de la varianza. El primer factor, falta de realización personal explica el 31,8% de la varianza, el segundo factor

cansancio emocional explica el 14,4% de la varianza y el tercer factor despersonalización explica el 13,2%.

El análisis de consistencia del SB se explica así: Cansancio emocional $\alpha = 0,8220$. Despersonalización $\alpha = 0,3460$. Falta de realización personal $\alpha = 0,6455$. Desgaste profesional global $\alpha = 0,7413$.

Validez convergente CBB y las escalas respectivas del MBI.

Cansancio emocional = 0,7215; Despersonalización = 0,2866; Falta de realización personal = 0,1173. Desgaste profesional global 0,6881. En la tabla 4 se observa el análisis psicométrico del CBB.

Tabla 4
Características psicométricas de los elementos del SB

Subescala	Análisis factorial Varianza	Análisis de Consistencia	Validez Convergente
Cansancio emocional	14.40%	$\alpha = 0.8220$	0.7215
Despersonalización	13.20%	$\alpha = 0.3460$	0.2866
Falta de realización personal	31.80%	$\alpha = 0.6455$	0.1173

Aunque existe una estructura teórica del CBB, y su factorialización correspondiente, el objetivo del CBB es evaluar los factores de burnout, características y consecuentes globalmente, sin embargo, por razones de esta investigación se detallan las subescalas propuestas por el CBB.

Como se observa en la tabla 5 y para efectos de evaluación global y diagnóstico se puede atender a los siguientes criterios:

Tabla 5
Escala de medición de las dimensiones del burnout

Dimensiones del burnout	Escala de medición		
	Bajo	Medio	Alto
Antecedentes	9-20	21-28	29-45
Características del síndrome	9-20	21-26	27-45
Consecuentes	3-7	8-9	10-15

En el CBB las escalas de medición están dada en los niveles bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones del burnout.

Procedimiento

Los pasos para realizar esta investigación fueron los siguientes:

1. Presentación del Anteproyecto: Definición de objetivos y selección del marco conceptual.
2. Consulta de antecedentes investigativos, selección del instrumento y construcción del marco conceptual.
3. Aplicación del CBB e interpretación estadística
4. Análisis de los resultados
5. Elaboración de la discusión teórica conclusiva de la investigación
6. Construcción del informe final
7. Socialización de resultados

Resultados

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron recolectados a través del Cuestionario Breve de Burnout y se analizaron estadísticamente por medio del programa View Builder, Access y Excel. Con la ayuda de estas herramientas se realizaron los cálculos estadísticos pertinentes, las tablas de análisis y los gráficos de distribución.

Los resultados se clasificaron en las siguientes categorías: a) Análisis de la descripción sociodemográfica ; b) Análisis de los factores antecedentes del síndrome de Burnout (FASB) ; c) Análisis de las características del SB ; d) Análisis de las consecuencias del síndrome e) Se realizó un análisis de los factores antecedentes, las características y las consecuencias respecto a la descripción sociodemográfica (edad, estado civil, tipo de contrato, tiempo de experiencia en la clínica, antigüedad en la clínica y nivel de escolaridad) y la estructura del CBB, para establecer si éstas se pueden considerar como predictoras de la aparición del SB en los profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle; f) Identificación del servicio hospitalario que presenta mayor riesgo de prevalencia del síndrome; g) Establecimiento de sugerencias de intervención enfocadas a la prevención del síndrome.

Descripción sociodemográfica

La descripción sociodemográfica que se tuvo en cuenta en la realización de esta investigación fueron: edad,

estado civil, tiempo de experiencia, tipo de contrato, antigüedad en la clínica y nivel de escolaridad.

Edad

Para la caracterización de la muestra en función de la edad, se establecieron cinco categorías de rango de edad, con el fin de facilitar la clasificación de los participantes y poder contrastar dicha información con los criterios evaluados por la prueba (CBB).

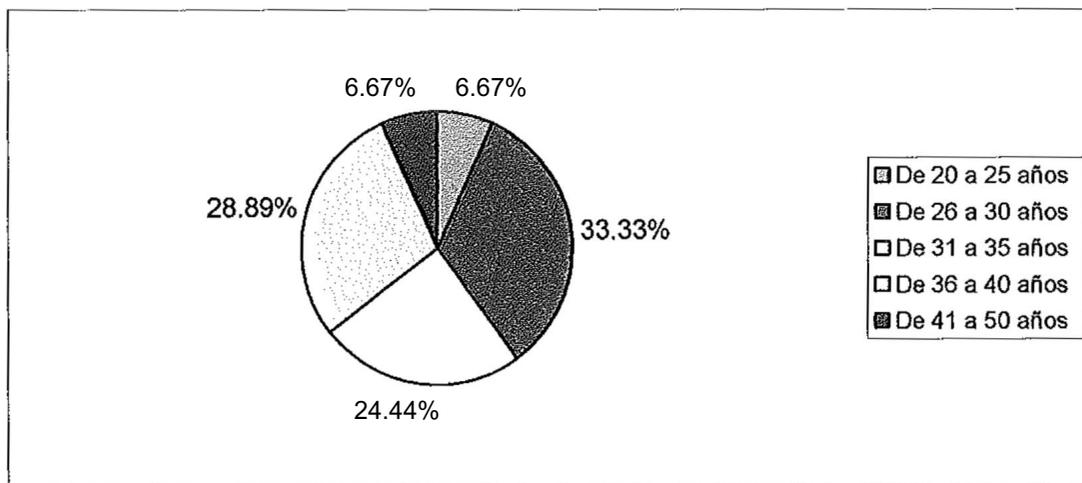


Figura 1. Distribución de edades

Como se observa en la figura 1 los resultados mostraron que 15 de las enfermeras (33,33%) tienen entre 26 y 30 años, seguidas por 13 quienes tienen entre 36 y 40 años (28,89%), mientras que 11 tienen entre 31 y 35 años (24,44%); 3 profesionales tienen una edad entre 20 y 25 años (6.67%) existe igual número de enfermeras que tienen entre 41 y 50 años.

Las personas ubicadas dentro del rango de edad de 26 y 30 años se enfrentan a cambios decisivos en su vida como lograr la independencia y convertirse en adultos. Estas

personas desean conquistar el mundo, lograr un estatus, ocupar un lugar en la sociedad, ser reconocidas por sus logros, son personas emprendedoras que luchan con firmeza por sus creencias, desean formalizar sus relaciones, formar un hogar si no lo tienen, es decir realizarse como personas sin dejar a un lado su realización profesional. Así mismo, en su afán de lograr todo lo que se proponen dentro de la institución donde laboran pueden llegar a dar más de lo que realmente sus condiciones se lo permiten, experimentando desgaste físico, emocional y estrés. De otro lado, el campo de las relaciones sociales es amplio a pesar de la sobrecarga laboral que la misma persona se ha impuesto, estableciendo vínculos duraderos para toda la vida (Gil Monte 1986).

Estado civil

El estado civil, se organizó en 3 grupos, en donde se buscó determinar el estado de las relaciones personales de los participantes, ya que algunos son casados, otros solteros, y otro grupo no posee pareja.

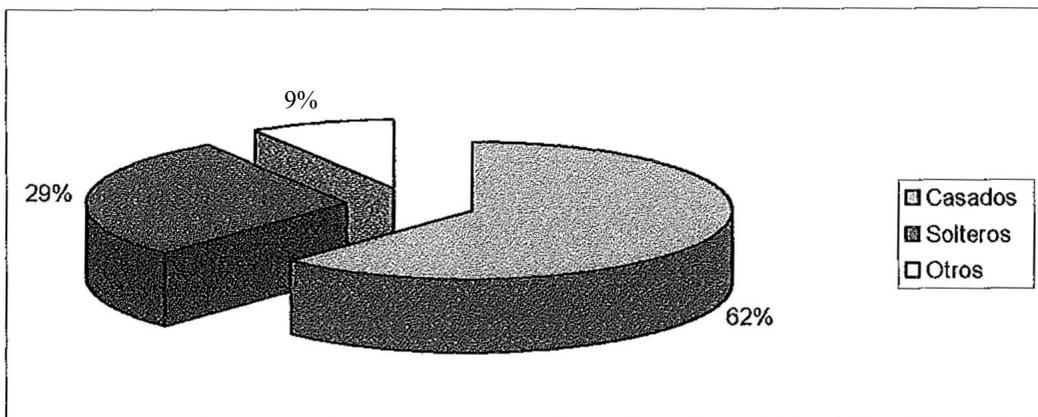


Figura 2. Distribución de Estado Civil

En la figura 2 se observa que en términos del estado civil, el mayor porcentaje fue obtenido por el grupo de

casadas con 62% enfermeras (f=28), a continuación aparece el grupo de solteras con 29% profesionales (f=13) y por último encontramos el grupo de otros con 4 enfermeras (9%) .

Las profesionales evaluadas comentan con respecto al estado civil, en el caso del grupo de casadas que el vínculo del matrimonio es un cúmulo de responsabilidades para toda la vida, los deberes como esposa y como madre culturalmente son mayores que los deberes de los hombres dentro del matrimonio, en ellas recaen en gran proporción el cuidado de los hijos, del esposo y el buen funcionamiento del hogar; así mismo deben responder acertadamente en su trabajo, lo que le implica otra gran cantidad de responsabilidades que no deberían interferir con las adquiridas como esposa y madre de familia, desafortunadamente las mujeres casadas se ven sometidas a 2 grandes presiones, como son el mantener su empleo y a la vez mantener un matrimonio en el que deben satisfacer las demandas del esposo y de los hijos siendo una de las más importantes no solo el tiempo que ellas disponen para sus familias, sino la calidad del mismo, esta situación puede ser consecuencia de la turnicidad laboral a la que están sometidas, dado lo anterior es así como estas mujeres en su afán de mantener el equilibrio en sus vidas, se pueden enfrentar al estrés ; de igual forma su entorno social se reduce casi por completo al ámbito laboral y familiar.

Con respecto al estado civil vale la pena aclarar que según Maslach y Jackson (1985) no es el vínculo como tal, sino la calidad de la relación lo que va a determinar la aparición de diferencias significativas en la presentación del síndrome.

Tipo de contrato

La información relacionada con el tipo de contrato (figura 3) Permite establecer que 32 enfermeras de la muestra poseen contrato a termino fijo (69%), el 29% correspondió a los participantes que poseen contrato a término indefinido, el 2% de la muestra es decir 1 enfermera posee otro tipo de contrato.

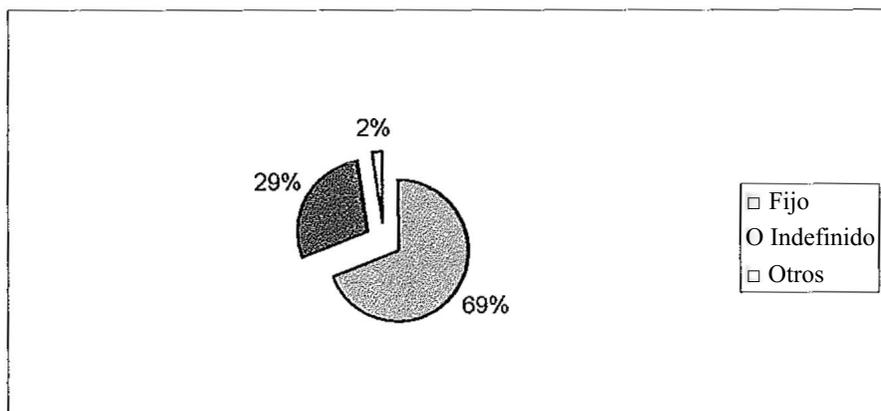


Figura 3. Distribución Tipo de Contrato

Las personas vinculadas a la institución a través de contrato a término fijo, experimentan cierto grado de incertidumbre, pues a pesar de conocer la fecha en la que su contrato se les dará por terminado, no saben con certeza si este le será o no renovado, originando a su vez inestabilidad emocional, ansiedad y angustia. De igual forma es posible que el sentido de pertenencia de estas personas hacia la institución no sea sólida, ni logren identificarse plenamente con ella, obstaculizando el campo de las interacciones sociales con compañeros y usuarios de los diferentes servicios de la clínica.

Con relación a lo anterior , Gil Monte(1986) sostiene que a mayor antigüedad las personas experimentan menor incertidumbre.

Tiempo de experiencia profesional

La información relacionada con el tiempo de experiencia, fue dividida en rangos para poder obtener resultados más confiables, ya que algunos de los participantes tienen un año y otros tienen 16 años o más de experiencia.

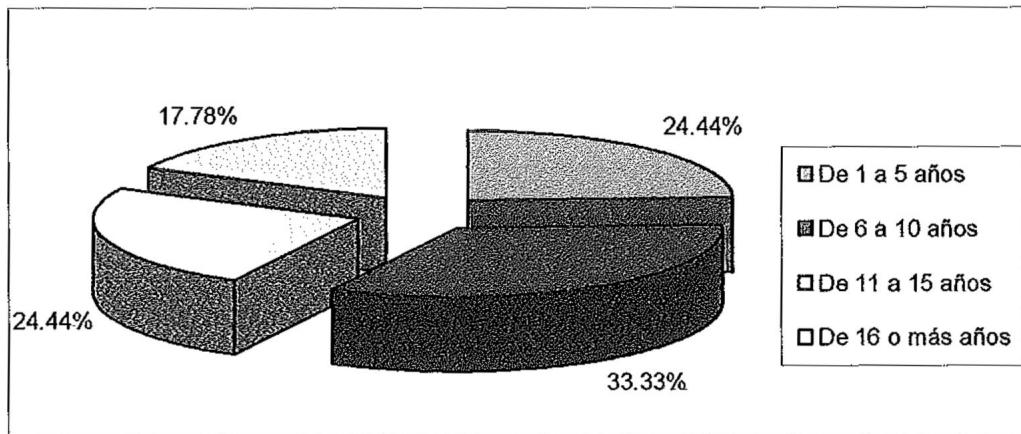


Figura 4. Distribución Tiempo de Experiencia

En la figura 4 se aprecia que, en lo que hace referencia a la experiencia profesional , el mayor porcentaje lo obtuvo el rango de 6 y 10 años con 16 enfermeras (35.6%), seguidos de los rangos de 11 y 15 años con 11 personas (24.4%), el rango de 1 y 5 años con 10 profesionales (22.2%)y los participantes con 16 años o más de experiencia obtuvieron el 18% (f=8) .

Las personas encuestadas pertenecientes al rango de experiencia profesional de 6 y 10 años, comentan que en este nivel de experiencia se posee cierto grado de

conocimientos adquiridos a lo largo de su carrera profesional, pero que a su vez, se perciben así mismas como personas poco productivas a nivel laboral y con escasos logros profesionales, lo cual las puede llevar a experimentar sensaciones de angustia y ansiedad; es un periodo en el que los proyectos laborales que se propusieron en el inicio de la carrera no se han llevado a cabo, situación que puede provocar irritabilidad y poca tolerancia, lo que afecta las relaciones personales y laborales que posteriormente van a interferir en la prestación de los diferentes servicios de salud. Al respecto Mancilla (2002) en su investigación encontró que a mayor tiempo de experiencia existe mayor exposición a las fuentes potenciales de riesgo dando lugar a la indefensión frente al síndrome.

Antigüedad en la clínica

Para la antigüedad en la clínica se establecieron 5 rangos determinados como se observa en la figura 5 .

Los resultados de esta variable mostraron que el rango 6 y 10 años obtuvo el 55.56% (f=25), el 42.22% correspondió al rango 1 y 5 años (f=19) y el 2.22% (f=1) al rango 11 y 15 años.

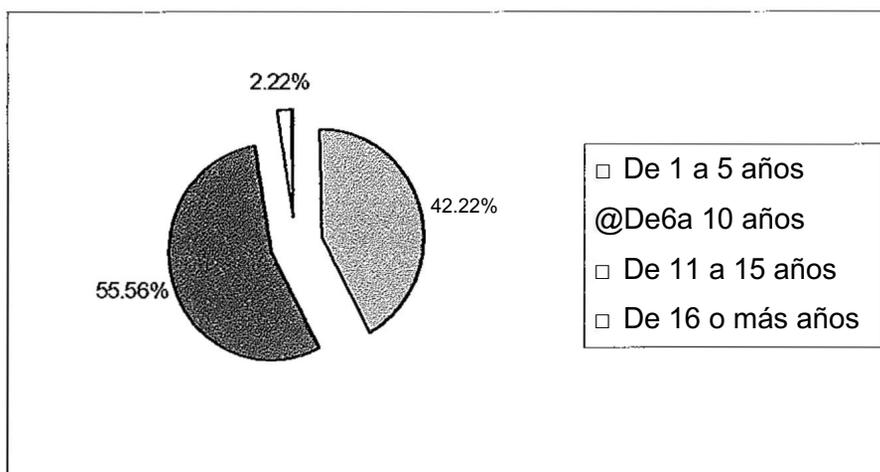


Figura 5. Distribución de Antigüedad en la Clínica

Las personas con un rango de antigüedad en la clínica de 6 - 10 años, ya han logrado adaptarse a los objetivos de la institución e introyectado la misión y visión de la misma, pero a su vez se sienten desmotivadas y tal vez frustradas por las escasas posibilidades de ascenso dentro de la organización, situaciones que a nivel laboral son reflejadas asumiendo actitudes de desinterés y despreocupación frente al buen ejercicio de la tarea profesional, a nivel personal con actitudes de arrogancia e hipersensibilidad con compañeros, familiares y amigos. Estas personas pueden estar en un periodo crítico en cuanto a que los logros propios alcanzados dentro de la institución, por lo general no suelen ser los logros anhelados situación que puede llevarlos a una pobre autopercepción y baja autoestima, marcando las relaciones con compañeros y usuarios a través de comportamientos irritantes y explosivos.

Nivel de escolaridad

La información relacionada con el nivel de escolaridad se describe en la figura 6 .

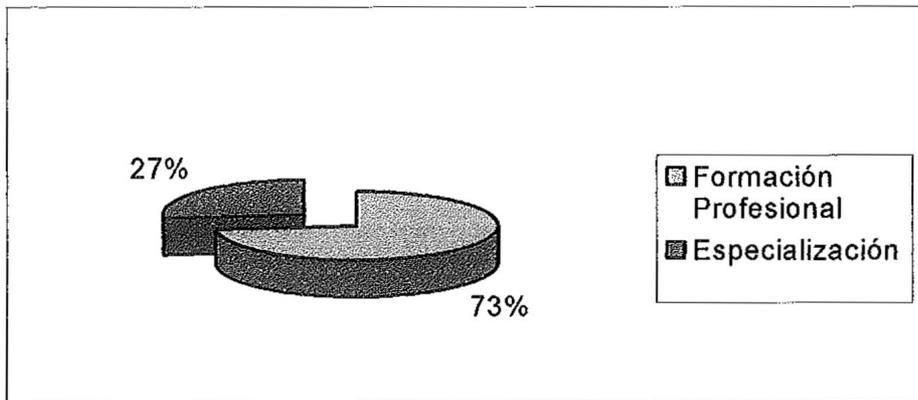


Figura 6. Distribución del Nivel de Escolaridad

El 73% de la muestra (f=33) correspondió a los participantes que poseen una formación profesional, y el 27% (f=12) a los participantes con título superior.

Las personas caracterizadas en tener nivel de formación profesional esperan escalar dentro de la institución y lograr una mejor posición social y económica; en el ramo de la enfermería esto no es fácil de alcanzar, esta situación conlleva a que estos profesionales se conviertan en personas susceptibles de experimentar tensión, estrés, inseguridad, ansiedad y manifiestan conductas irritantes en sus relaciones personales y laborales, poca tolerancia y susceptibilidad a sugerencias y críticas; todo esto debido a que se ven enfrentadas diariamente a una constante competencia profesional.

Resultados del Cuestionario Breve de Burnout

Como ya se ha descrito en las páginas anteriores, el Cuestionario Breve de Burnout, mide de forma global tres escalas del SB, que son: Los antecedentes, las características y las consecuencias del mismo.

Para la medición global se tomaron las puntuaciones de los participantes y se clasificaron según la clave de corrección descrita en la presentación del instrumento, para calcular el nivel de incidencia experimentado, con base en tres categorías: a) bajo; b) medio; y c) alto.

Tabla 6
Resultados generales CBB

Dimensiones	Niveles						Total
	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	
Factores antecedentes	0	0%	15	33.33%	30	66.67%	45
Características Burnout	35	77.77%	7	15.56%	3	6.67%	45
Consecuentes	34	75.56%	9	20%	2	4.44%	45

La tabla 6 ilustra los resultados encontrados los cuales se analizan a continuación.

Factores Antecedentes

Del análisis estadístico efectuado, a la tabla 6, se puede establecer que de la muestra de 45 enfermeras, 30 (66,66%) se ubicaron en el nivel alto y 15 profesionales (33, 33%) en un nivel medio, lo cual indica que la mayor parte de la muestra se encuentra en un nivel de prevalencia alto en cuanto a los factores antecedentes lo que puede llegar a incidir en la presencia del síndrome de burnout.

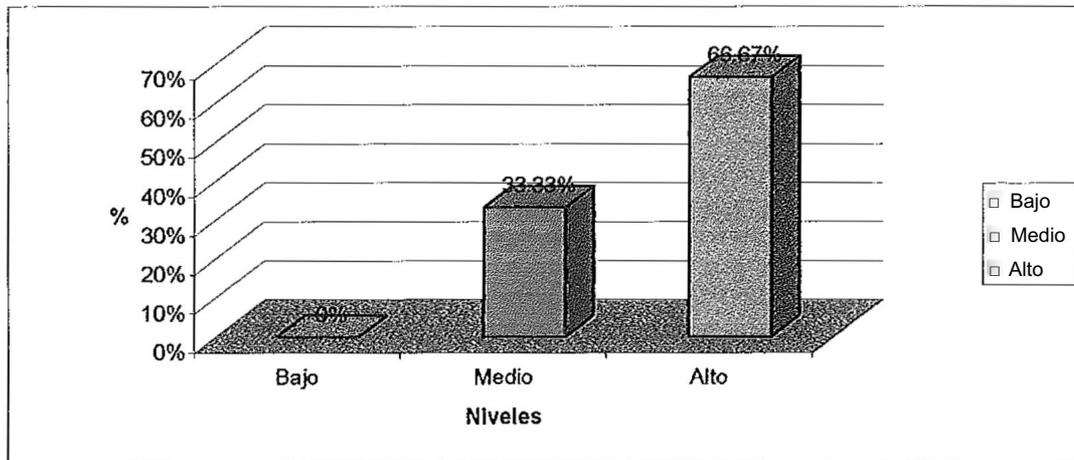


Figura 7 Factores antecedentes

Debido a que el instrumento no presenta información específica del comportamiento de cada una de las subescalas correspondiente a los factores antecedentes, y para dar cumplimiento a los objetivos de esta investigación a continuación se analizan los resultados arrojados por cada ítem, resultando ser significativos aquellos cuya respuesta sea la más negativa.

Características de la tarea.

Los resultados obtenidos en el apéndice A permiten establecer en cuanto a la característica de la tarea que el 15,56% (f=7) de las personas afirman que el ambiente y clima de su trabajo les gusta muy poco, el 11,11% (f=5) están de acuerdo con que dada las responsabilidades que tienen en su trabajo, no conocen bien los resultados y alcances del mismo, y el 2,22% (f=1) raramente se sienten identificados con su trabajo.

Tedio.

Según los resultados obtenidos (ver apéndice B) y de acuerdo con el tedio se logró establecer que el 6,67% (f=3) de los encuestados, coinciden con que algunas veces su

trabajo les resulta muy aburrido, el 4.44% (f=2) están totalmente de acuerdo en que su trabajo actual carece de interés y el 31.11% (f=14) afirman que frecuentemente su trabajo es repetitivo.

Organización.

En cuanto a los factores antecedentes en lo que hace referencia a la organización, (ver apéndice C) los resultados observados permiten establecer que el 11,11% (f=5) de las personas consideran que las relaciones personales que establecen en el trabajo algunas veces son gratificantes para ellas, el 4,44% (f=2) concuerdan en que el supervisor las apoya raramente en las decisiones que toman, y el 2,22% (f=1) afirman que raramente los compañeros se apoyan en el trabajo.

De acuerdo con los resultados más significativos de cada subescala de los factores antecedentes, se puede establecer que la característica de la tarea (28,89%) es el factor que más incide en la aparición del síndrome, la organización se ubicó en segundo lugar con el 17,77% (f=8) y por último el tedio con el 13,32% (f=6).

La figura 8 muestra gráficamente estos datos, destacándose la prevalencia de las características de la tarea.

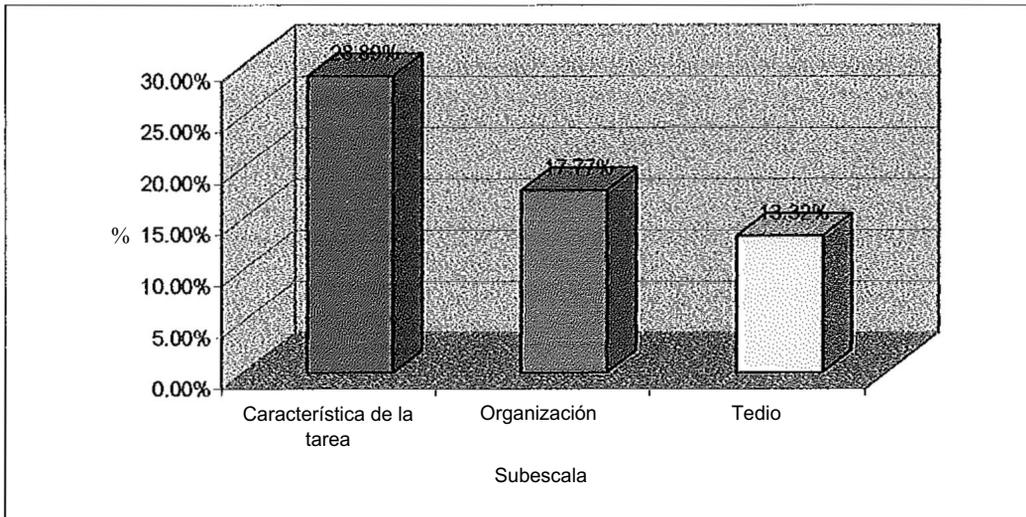


Figura 8 Factores antecedentes del síndrome

En consecuencia con estos resultados se puede establecer que las enfermeras de la clínica Carlos Ardila Lulle en relación con las característica de la tarea, se están viendo afectadas por el ambiente y clima de trabajo aspectos que juegan un papel importante en el rendimiento, la satisfacción laboral y la salud del trabajador, por lo que son considerados un factor de riesgo psicosocial. (OMS - OIT 1993).

Sobre este particular Simpson Grant (citados por Bohorquez, Ramírez y Varela 1993) en su estudio sobre los estresores en médicos, encontraron que dentro de los factores analizados el ambiente del trabajo resulta ser una de las situaciones más significativas para el desarrollo del estrés.

Características del Síndrome de Burnout

En cuanto a las características del síndrome de burnout, descritas en la tabla 6 y figura 9, los resultados permiten

inferir que el 77,77% (f=35) de la muestra se ubica en un nivel bajo de presencia del síndrome; tomando en cuenta que de 45 enfermeras tan sólo 3 alcanzaron una prevalencia significativa (alto).

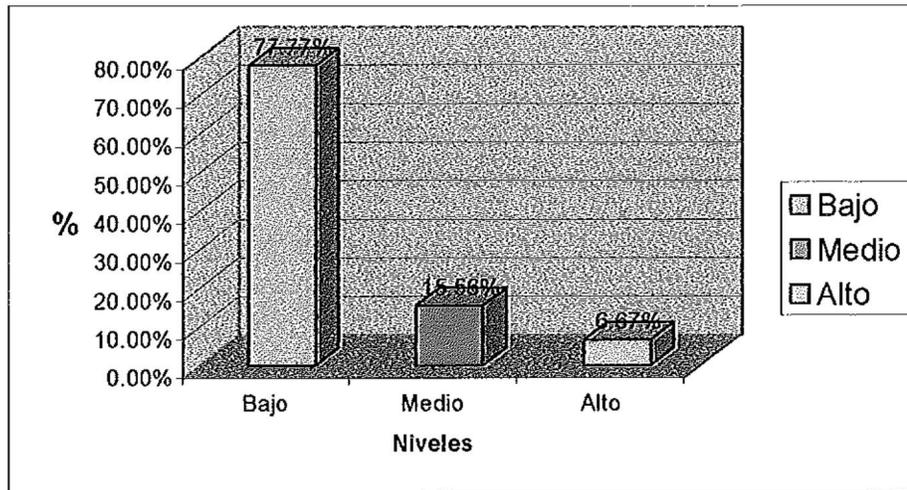


Figura 9 Características del síndrome de burnout

En cuanto las subescalas de las características del síndrome estas arrojaron los siguientes resultados:

Cansancio emocional.

Los resultados relacionados con la subescala cansancio emocional (ver apéndice D) permiten establecer que el 11.11% (f=5), de las personas encuestadas consideran que algunas veces se sienten estresadas por su trabajo, el 8.89% (f=4) coinciden en que algunas veces en general están mas bien hartas de su trabajo, y el 2.22% (f=1) esta de acuerdo con que frecuentemente cuando está en su trabajo se siente de mal humor.

Despersonalización.

Los resultados obtenidos en cuanto a la subescala de Despersonalización (ver apéndice E) permiten establecer que el 6.67% (f=3) están totalmente de acuerdo con que las personas que tienen que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos, el 4.44% (f=2) coincide, con que en la mayoría de las ocasiones los usuarios de su trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamiento irritantes; y otro 4.44% (f=2) afirma, que siempre procura despersonalizar las relaciones con los usuarios de su trabajo.

Falta de realización personal .

Los resultados obtenidos en cuanto a la falta de realización personal, (ver apéndice F) permiten inferir que el 4.44% (f=2) de los encuestados están totalmente de acuerdo con que su interés por el desarrollo personal es actualmente muy escaso, el 2.22% (f=1) está totalmente de acuerdo con que su trabajo profesional le ofrece actualmente escasos retos profesionales y el 2.22% (f=1) coincide con que el trabajo que hace dista bastante de ser el que hubiera querido.

De acuerdo con los resultados de las subescalas correspondientes a las características del síndrome, se evidencia que el cansancio emocional se presenta como la característica del síndrome más sobresaliente con un 22.22% (f=10) seguido de la despersonalización con un 15.5% (f=7) y la falta de realización personal con un 8.88% (f=4).

La figura 10 muestra gráficamente estos datos, resaltándose la incidencia del cansancio emocional.

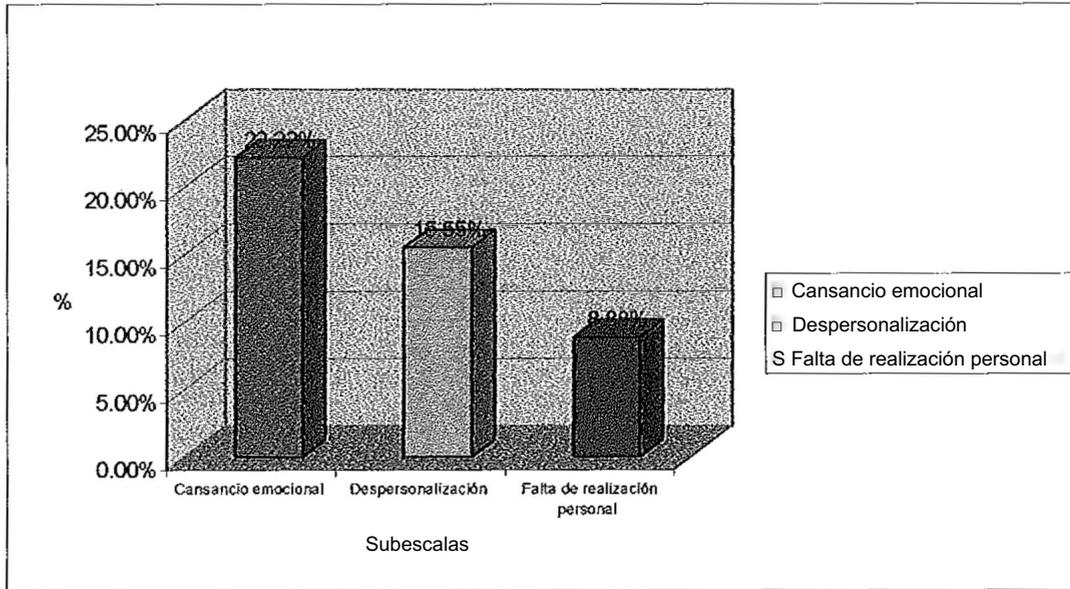


Figura 10. Características del síndrome y sus subescalas

De acuerdo con la puntuación arrojada por cada ítem relacionado con el cansancio emocional se puede observar que el 11,11% (f=5) de las profesionales de enfermería de la CAL, están experimentando estrés en el desarrollo de su trabajo, lo cual puede ser consecuencia de factores como: La naturaleza de la enfermedad, las labores relacionadas con la atención médica (Gerbert 1988) y la naturaleza de las relaciones con el paciente (Doherty et al 1988) . En consecuencia es necesario tener en cuenta el estrés para la elaboración de programas de prevención encaminados a controlar la presencia del síndrome en estas profesionales.

Consecuencias del síndrome

En lo que hace referencia a las consecuencias del síndrome descritas en la tabla 6, y figura 11 el 75,56% (f=34), de la muestra se ubica en el nivel bajo. Estos resultados permite establecer que para la muestra el nivel de prevalencia de las consecuencias es mínimo, teniendo en cuenta que de 45 enfermeras solo 2 (4,44%) alcanzaron un grado significativo (alto).

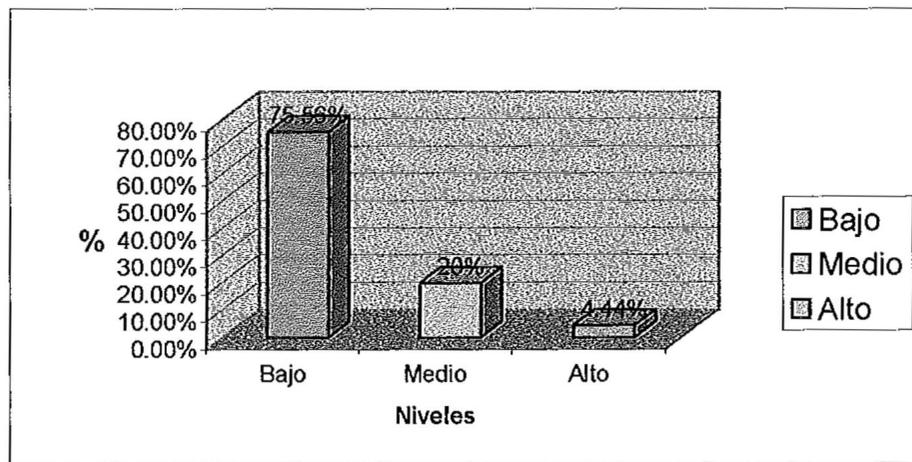


Figura 11. Consecuencias del síndrome de burnout

Según los resultados encontrados (ver apéndice G) y de acuerdo con las consecuencias físicas, sociales y psicológicas del síndrome, se logró establecer que el 26.66% (f=11) de los encuestados, consideran que el trabajo que realizan repercute mucho en su salud personal (insomnio, dolor de cabeza etc.) y el 2.22% (f=5) considera que el trabajo repercute bastante; el 11.11% (f=5) está de acuerdo con que algunas veces los problemas de su trabajo hacen que su rendimiento sea menor y el 2.22% (f=1) afirma que el trabajo está afectando bastante sus relaciones personales y familiares.

En la figura 12 se representan gráficamente estos datos, sobresaliendo las consecuencias físicas.

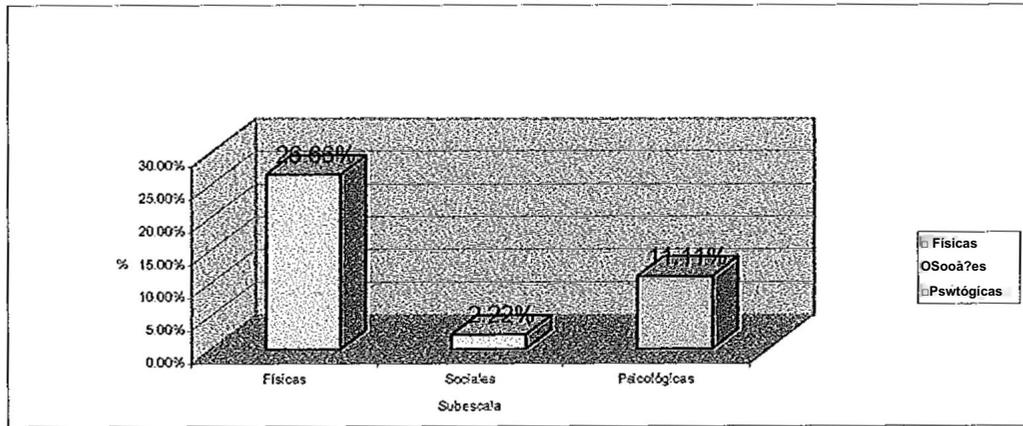


Figura 12. Consecuencias del síndrome y sus subescalas

Al respecto de las consecuencias del SB , los profesionales de enfermería de la CAL evidencian un bajo índice de éstas, de lo cual se puede inferir que las consecuencias aparecen solo si el individuo maneja los factores estresantes con los que se enfrenta diariamente de una forma mal adaptativa, conduciendo a la somatización del estrés a partir de cefaleas, taquicardias , insomnio, dolores inespecíficos, alteraciones de peso etc (Matrai 2001).

Factores Antecedentes, Elementos y Consecuentes del Síndrome respecto a los datos Sociodemográficos

A continuación se presentarán los resultados obtenidos de los factores antecedentes, las características y consecuencias del SB con respecto a los datos sociodemográficos: Edad, estado civil, tipo de contrato, tiempo de experiencia profesional, antigüedad en la clínica

y nivel de escolaridad; permitiendo observar con claridad el comportamiento de estas escalas en dichos datos .

Edad

Factores Antecedentes de Burnout.

Como se observa en la tabla 7 respecto a la edad los resultados permiten establecer que en cuanto a los factores antecedentes del síndrome estos se ubicaron en un nivel alto de burnout.

Tabla 7.

Factores antecedentes del burnout según la edad

Rango edad	Niveles del Burnout						Total	
	Bajo		Medio		Alto		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
20-25	0	0.00%	2	4.44%	1	2.22%	3	6.67%
26-30	0	0.00%	5	11.11%	10	22.22%	15	33.33%
31-35	0	0.00%	2	4.44%	9	20.00%	11	24.44%
36-40	0	0.00%	5	11.11%	8	17.78%	13	28.89%
41-50	0	0.00%	1	2.22%	2	4.44%	3	6.67%
Total	0	0.00%	15	33.33%	30	66.67%	45	100.00%

En la tabla 7 y figura 13 se advierte que los rangos de edad de 26 - 30 años caracterizado por el 33,33% (f=15), de 31 -25 años con el 24,44% (f=11) y de 36 - 40 años representado por el 28,89% (f=13) se destacan por una alta prevalencia de los factores antecedentes. Así mismo en referencia al comportamiento de estos factores en las personas entre los 26-30 años se obtuvo una prevalencia alta del 22.22% (f=10) y media del 11.11% (f=5) ; en el rango de 31-35 años los factores antecedentes se comportaron de la siguiente manera el 20% (f=9) manifestó un nivel alto de presencia y el 4.44% (f=2) se ubicó en un nivel medio; en el rango de 36 - 40 años el 11.11% (f=5) manifestó un nivel medio de prevalencia de los factores

antecedentes y el 17.78% (f=8) lo presentó en un nivel alto.

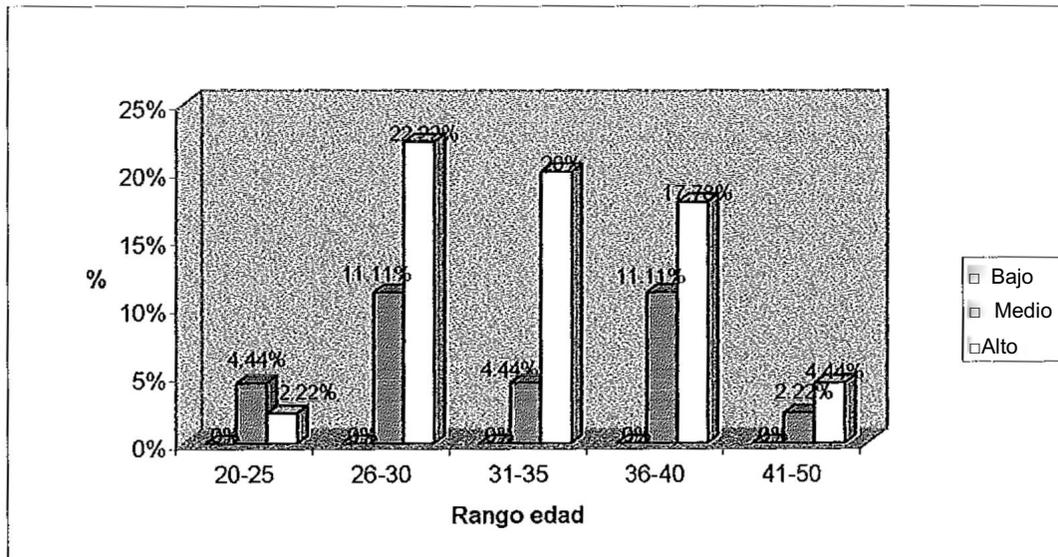


Figura 13. Factores Antecedentes del Burnout según la edad

Sin embargo, los factores antecedentes atienden a un comportamiento aun más significativo en cuanto al rango de edad de 26-30 años, probablemente porque las personas que se encuentran en estas edades se enfrentan a un contraste de ideales a nivel laboral, emocional y económico construidos en edades más tempranas; coincidiendo con Gil Monte (1986) quien al respecto afirma, que al hacer frente a estos ideales las personas pueden llegar a experimentar sentimientos de tristeza, ansiedad, una pobre autopercepción y estrés, que unido a las responsabilidades del trabajo y el hogar se expresan a través de conductas irritables y poco tolerantes, afectando las relaciones de forma negativa con su entorno laboral e incidiendo en el clima de la institución.

Característica del Síndrome de Burnout.

La información que se observa en la tabla 8 relacionada con las características del síndrome de Burnout según la edad, permite establecer que el nivel de prevalencia del síndrome es bajo.

Tabla 8
Características del síndrome de burnout según la edad

Rango edad	Niveles del Burnout						Total	
	Bajo		Medio		Alto		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
20-25	3	6.67%	0	0.00%	0	0.00%	3	6.67%
26-30	10	22.22%	4	8.89%	1	2.22%	15	33.33%
31-35	10	22.22%	1	2.22%	0	0.00%	11	24.44%
36-40	9	20.00%	2	4.44%	2	4.44%	13	28.89%
41-50	3	6.67%	0	0.00%	0	0.00%	3	6.67%
Total	35	77.78%	7	15.56%	3	6.67%		100.00%

En la figura 14 y tabla 8 se observa que las personas ubicadas ente los 26 - 30 años caracterizadas por el 33.33% (f=15) y de 36 - 40 años representadas por el 28.89% (f=13) sobresalen por el comportamiento de las características del síndrome, contemplándose en cuanto a éste que las personas de 26 - 30 años de edad representadas por el 22.22% (f=10) mostraron una baja prevalencia, el 8.89% (f=4) reveló un índice de presencia medio y el 2.22% (f=1) un nivel alto; así mismo las personas de 36 - 40 años (f=13) caracterizadas por el 20% (f=9) manifestaron una baja prevalencia, el 4.44% (f=2) mostró un índice medio y el 4.44% (f=2) de las personas una presencia alta.

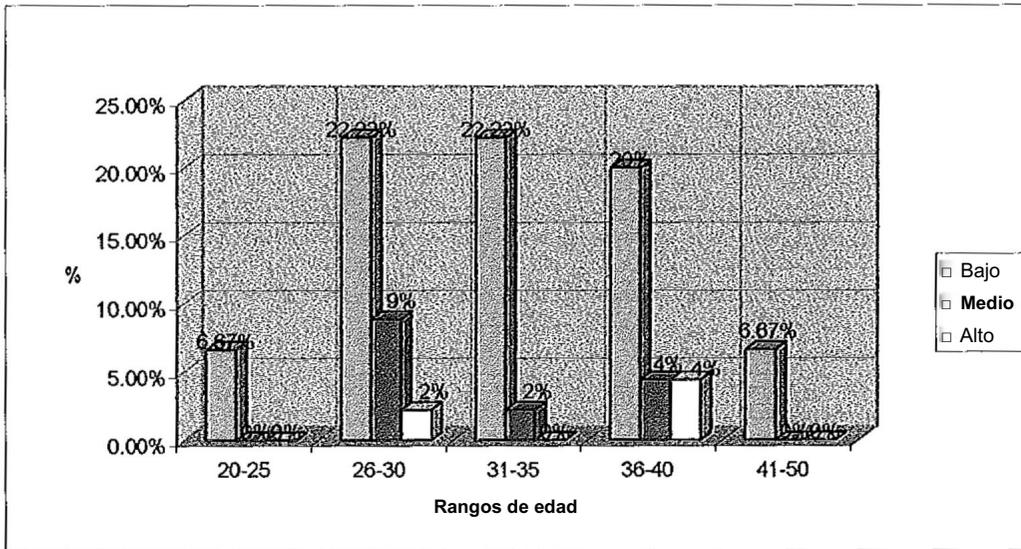


Figura 14. Características del Síndrome Burnout según la edad

Así mismo se observa que las características del síndrome de acuerdo al rango de 26 - 30 años se comportan aun más significativamente que los otros rangos de edad, de acuerdo con Zabel (1982), esto se debe a que las estrategias de afrontamiento de las personas más jóvenes son poco eficaces y las expectativas acerca de la profesión no son tan realistas como las de aquellas personas que se encuentran en edades mayores.

Consecuencias del Burnout.

Como se observa en la tabla 9 con respecto a la variable edad los resultados permiten establecer que existe una baja incidencia de las consecuencias del síndrome.

Tabla 9
Consecuencias del burnout según la edad

Rango edad	Niveles del Burnout						Total	%total
	Bajo		Medio		Alto			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
20-25	1	2.22%	1	2.22%	1	2.22%	3	6.67%
26-30	13	28.89%	2	4.44%	0	0.00%	15	33.33%
31-35	6	13.33%	4	8.89%	1	2.22%	11	24.44%
36-40	12	26.67%	1	2.22%	0	0.00%	13	28.89%
41-50	2	4.44%	1	2.22%	0	0.00%	3	6.67%
Total	34	75.56%	9	20.00%	2	4.44%		100.00%

En la figura 15 se observa que las personas de los rangos de 26-30 años caracterizados por el 33.33% (f=15) y de 31 - 35 años representados por el 24.44% (f=11) fueron los que sobresalieron en relación con el comportamiento de las consecuencias del síndrome presenciándose que en las personas de 26 - 30 años de edad el 28.89% (f=13) manifestó estas consecuencias en un índice bajo y el 4.44% (f=2) en un nivel medio; así mismo en las personas de 31 - 35 años el 13.33% (f=6) experimentó las consecuencias con una intensidad baja, el 8.89% (f=4) en un nivel medio y el 2.22% (f=1) en un índice bajo.

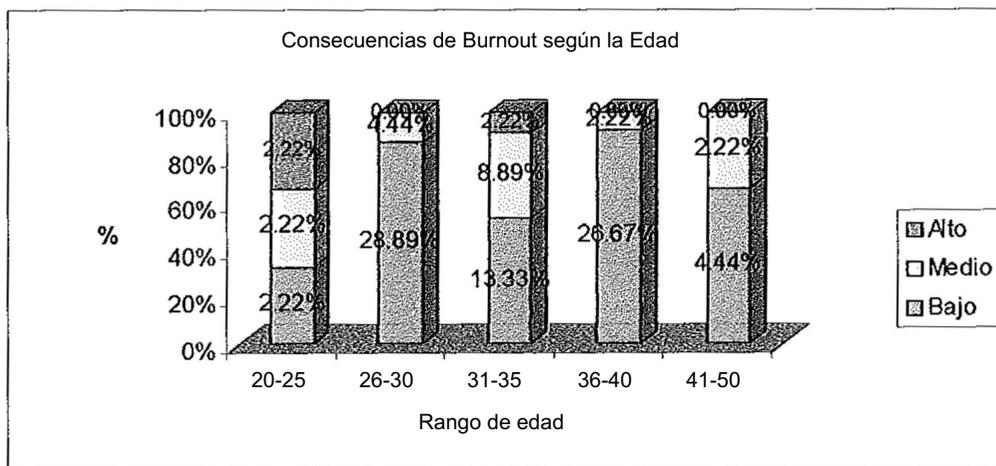


Figura 15. Consecuencias de Burnout según la edad

De igual forma, se contempla que las consecuencias del síndrome obedecen a un comportamiento aún más significativo en relación al rango de 31 -35 años de edad, lo que puede comprenderse a partir de que en estas edades el enfrentarse al contraste de ideales como ya se expuso anteriormente en cuanto a los factores antecedentes, lleva a las personas a padecimientos físicos como cefaleas, problemas del sueño, desórdenes gastrointestinales, dolores musculares etc, coincidiendo con Chermis (2001) al respecto de estas manifestaciones catalogadas por él como psicósomáticas.

Estado Civil

Factores Antecedentes de Bumout.

En lo que hace referencia a los factores antecedentes de Burnout según el Estado Civil los resultados observados en la tabla 10 señalan que estos factores del síndrome se ubicaron en el nivel de prevalencia alto.

Tabla 10

Factores antecedentes del bumout según el estado civil

Estado civil	Niveles del Bumout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Casado	0	0.00%	11	24.44%	17	37.78%	28	62.22%
Soltero	0	0.00%	0	0.00%	9	20.00%	9	20.00%
Otros	0	0.00%	4	8.89%	4	8.89%	8	17.78%
Total	0	0.00%	15	33.33%	30	66.67%	45	100.00%

En la tabla 10 se observa que en el estado civil el grupo de casados representado por el 62.22% (f=28), de solteros con un 20.00% (f=9) y de otros caracterizado por el 17.78% (f=8) son relevantes por el comportamiento de los factores antecedentes.

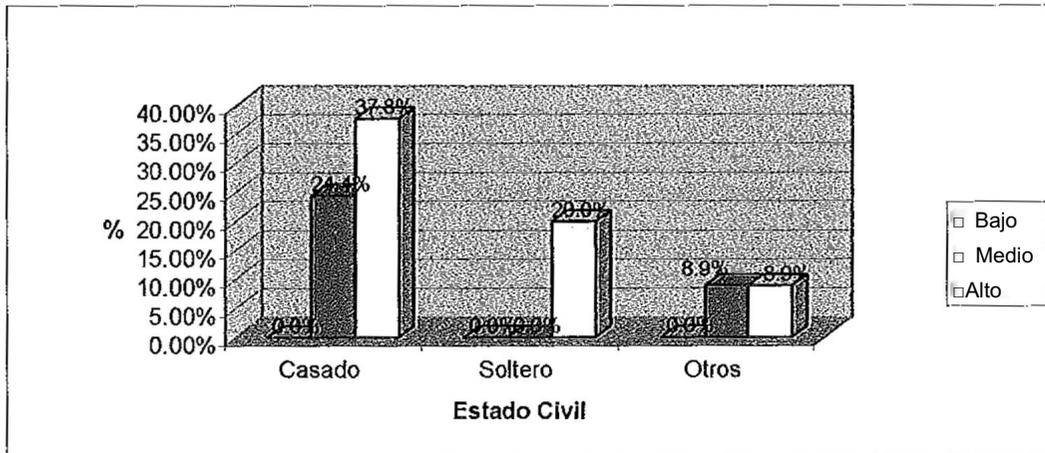


Figura 16. Factores Antecedentes del Burnout según el Estado Civil

En consecuencia, el comportamiento de estos factores antecedentes cobra mayor relevancia en el grupo de casados, eventualmente por la sobrecarga de responsabilidades de estas mujeres frente a los diversos roles que debe asumir como son el de ama de casa, esposa, profesional y algunos el rol de madre; al respecto Gil Monte (1986) afirma que la cultura es la que asigna las responsabilidades y compromisos frente al matrimonio, delegándole a la mujer una carga mayor que al hombre.

Características del Síndrome de Burnout.

En cuanto a las características del síndrome de burnout según el estado civil, los resultados mostrados en la tabla 11 y figura 17 señalan que la prevalencia del síndrome es baja.

Tabla 11
 Características del síndrome de burnout según el estado civil

Estado civil	Niveles del Burnout						Total	% total
	Bajo		Medio		Alto			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Casado	21	46.67%	5	11.11%	2	4.44%	28	62.22%
Soltero	12	26.67%	0	0.00%	1	2.22%	13	28.89%
Otros	2	4.44%	2	4.44%	0	0.00%	4	8.89%
Total	35	77.78%	7	15.56%	3	6.67%	45	100.00%

De acuerdo con los aspectos sociodemográficos se observa que el grupo de casados correspondiente al 62,27% (f=28) de las encuestadas, sobresalió por el comportamiento de las características del síndrome, permitiendo determinar que el 46.67% (f=21) de éstas personas presentaron una baja prevalencia, el 11.11% (f=5) se ubicó en un índice medio y el 4.44% (f=2) en un nivel de prevalencia alta. Así mismo las solteras determinadas por el 28.89% (f=13) se destacaron también en cuanto a que el 26.67% (f=12) mostró una baja presencia y tan solo el 2.22% (f=1) un nivel alto.

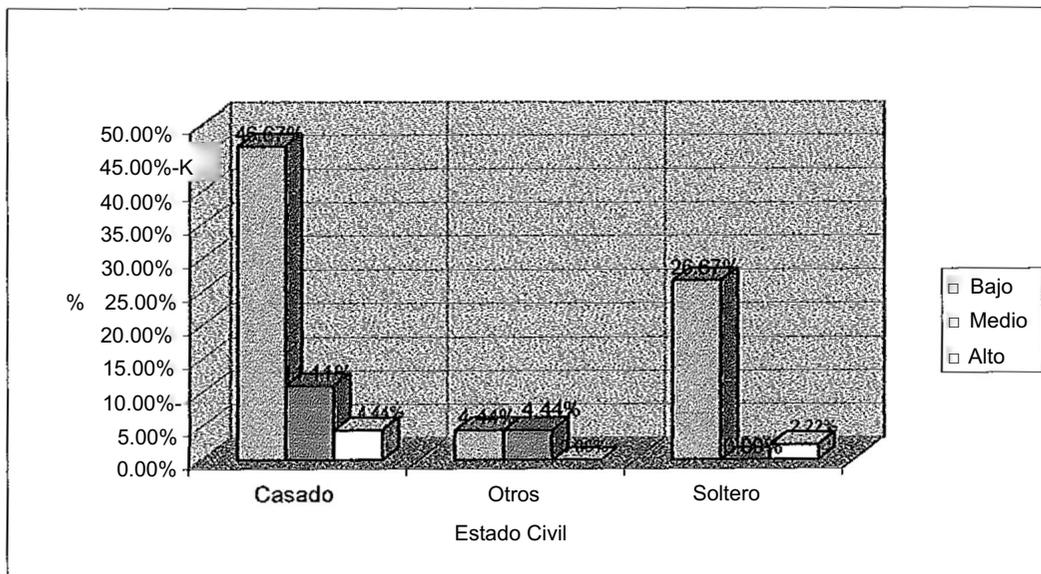


Figura 17. Características del Burnout según el Estado Civil

Así mismo, las características del síndrome obedecen en cuanto a su comportamiento relevante en el grupo de casadas a la posible indefensión frente al síndrome producto de la cultura santandereana machista, ya que en cuanto a las responsabilidades y deberes a asumir dentro del hogar, éstas mujeres se encuentran con un nivel pobre de apoyo socioemocional brindado por el cónyuge; en cuestión, Maslash (1985) sostiene que este nivel de apoyo y la calidad de las relaciones con la pareja son los que determinan la aparición de diferencias significativas en la presentación del mismo.

Consecuencias de Bumout.

Como se observa en la tabla 12 respecto al estado civil, los resultados permiten establecer que las consecuencias se ubicaron en un nivel bajo de burnout.

Tabla 11
Características del síndrome de bumout según la edad

Rango edad	Niveles del Bumout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
20-25	3	6.67%	0	0.00%	0	0.00%	3	6.67%
26-30	10	22.22%	4	8.89%	1	2.22%	15	33.33%
31-35	10	22.22%	1	2.22%	0	0.00%	11	24.44%
36-40	9	20.00%	2	4.44%	2	4.44%	13	28.89%
41-50	3	6.67%	0	0.00%	0	0.00%	3	6.67%
Total	35	77.78%	7	15.56%	3	6.67%		100.00%

En la figura 18 se evidencia que las personas casadas representadas por el 62.22% (f=28) fueron quienes respecto al comportamiento de las consecuencias del síndrome se destacaron, mientras que el 44.44% (f=20) de estas personas presentaron un nivel bajo de prevalencia, el 15.56% (f=7) un nivel medio y el 2.22% (f=1) una índice bajo.

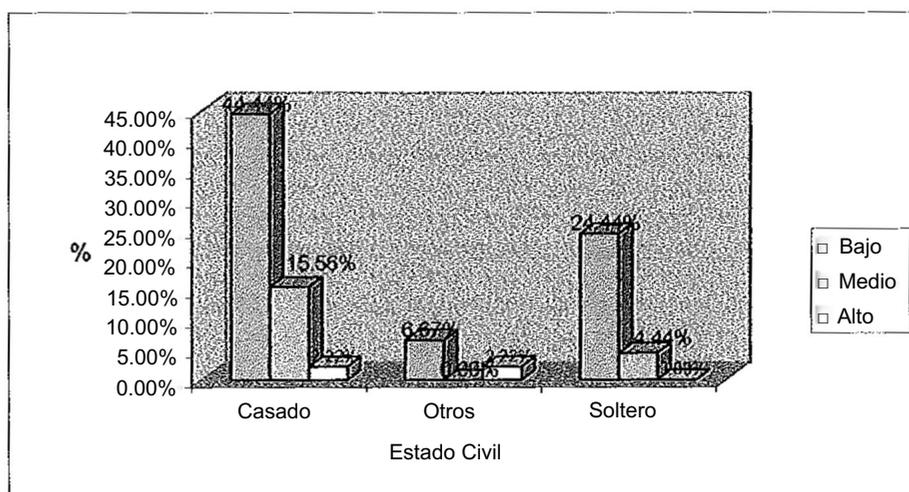


Figura 18. Consecuencias del Burnout según el Estado Civil

El comportamiento de las consecuencias en el grupo de casadas probablemente se debe a todas las responsabilidades con las que deben cumplir las mujeres por los diferentes roles que desempeñan y el escaso apoyo socioemocional que reciben de su pareja, se vuelven vulnerables presentando tanto indefensión en cuanto a su salud física y emocional como afectación en sus relaciones a nivel interpersonal. Gil Monte (1986) además agrega, que los padecimientos físicos son los primeros en experimentarse y tienden a influir en las interacciones de éstas personas con su medio a través de irritabilidad, marcando las relaciones sociales.

Tipo de contrato

Factores Antecedentes de Burnout.

Con relación a los resultados observados en la tabla 13 y respecto al tipo de contrato se puede establecer que existe una alta prevalencia de los factores antecedentes.

Tabla 13

Factores antecedentes de burnout según el tipo de contrato

Tipo Contrato	Niveles de Burnout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Fijo	0	0.00%	8	17.78%	24	53.33%	32	71.11%
Indefinido	0	0.00%	6	13.33%	6	13.33%	12	26.67%
Otros	0	0.00%	1	2.22%	0	0.00%	1	2.22%
Total	0	0.00%	15	33.33%	30	66.67%	45	100.00%

En la figura 19 se contemplar el grupo de contrato a término fijo representado por el 71.11% (f=32) y de contrato a término indefinido caracterizado por el 26.67% (f=12) relevantes por la alta prevalencia y comportamiento de los factores antecedentes; en las personas contratadas a término fijo el 53.33% (f=24) de ellas se ubicó en un nivel alto y el 17.78% (f=8) en un índice medio; de igual forma, el comportamiento de éstos factores en las personas contratadas a término indefinido se presencié que el 13.33% (f=6) de las personas presentaron una alta presencia y el otro 13.33% (f=6) restante se ubicó en un nivel medio.

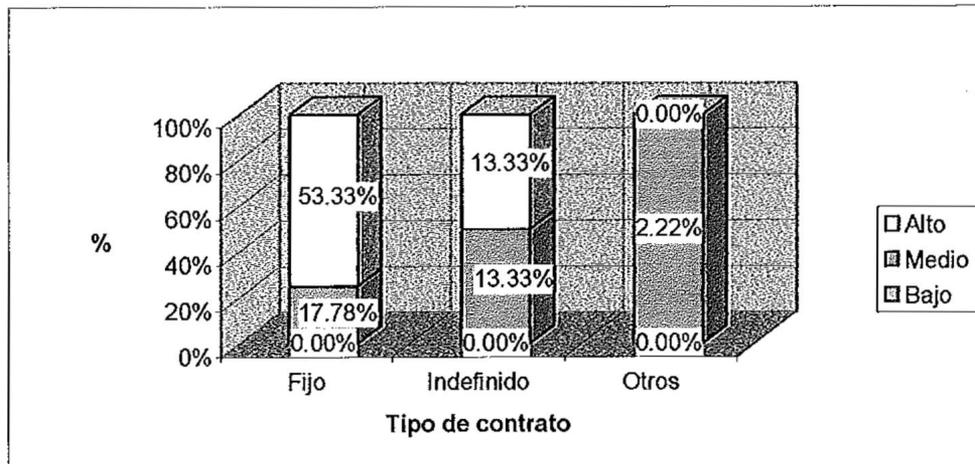


Figura 19. Factores Antecedentes de Burnout según el tipo de contrato

Sin embargo, los factores antecedentes hacen referencia a un comportamiento aun más significativo en relación al tipo de contrato a término fijo , probablemente por que la incertidumbre frente a la posible renovación o no del contrato los conduce a una percepción de su ambiente y clima laboral distorsionada y poco realista, además apoyados en Gil Monte (1986) el grado de incertidumbre aumenta o disminuye de acuerdo a la antigüedad dentro de la institución, es decir con mayor antigüedad menor incertidumbre.

Característica del síndrome de bumout.

Los resultados que se aprecian en la tabla 14 indican que el indice de burnout es bajo, con respecto al tipo de contrato.

Tabla 14
Características del síndrome de bumout según el tipo de contrato

Tipo Contrato	Niveles de Bumout						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Fijo	22	48.89%	9	20.00%	1	2.22%	32	71.11%
Indefinido	12	26.67%	0	0.00%	0	0.00%	12	26.67%
Otros		12.22%	0	0.00%	0	0.00%	1	2.22%
Total	35	77.78%	9	20.00%	1	2.22%	45	100.00%

En la figura 20 se aprecia que el contrato a término fijo representado por el 71.11% (f=32) es el más significativo por el comportamiento y la alta presencia del síndrome, ya que el 48.89% (f=22) se ubica en un nivel bajo, el 20% (f=9) se encuentra con una prevalencia media y el 2.22% (f=1) con un índice alto.

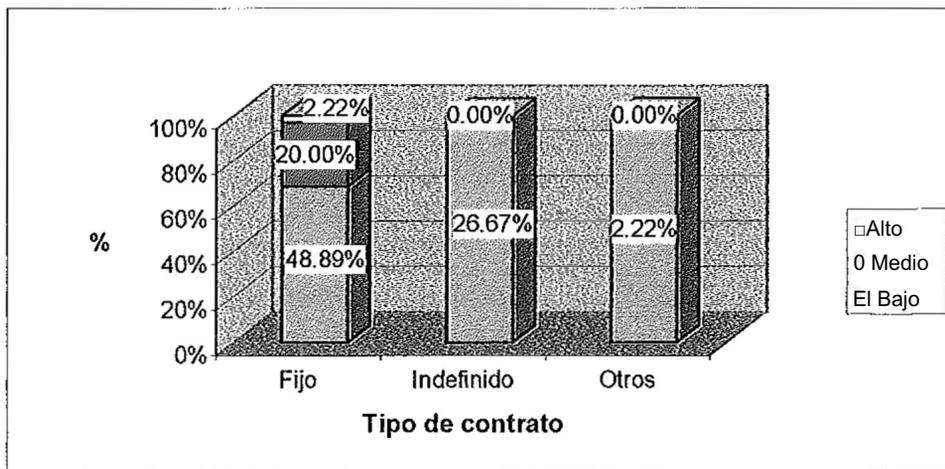


Figura 20. Características del síndrome de burnout según el tipo de contrato

En consecuencia, las características del síndrome atienden a este comportamiento en el tipo de contrato a término fijo probablemente por que el grado de vulnerabilidad ocasionado por la incertidumbre puede ser lo suficientemente determinante para desencadenar el síndrome a nivel de cansancio emocional, la desrealización y la falta de realización personal.

Consecuencias del Burnout.

Como se observa en la tabla 15 y figura No. 21 y respecto al tipo de contrato los resultados permiten apreciar que el nivel de presencia de las consecuencias del síndrome es bajo.

Tabla 15
Consecuencias de Burnout según el tipo de contrato

Tipo Contrato	Niveles de Burnout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Fijo	25	55.56%	6	13.33%	1	2.22%	32	71.11%
Indefinido	8	17.78%	3	6.67%	1	2.22%	12	26.67%
Otros	1	2.22%	0	0.00%	0	0.00%	1	2.22%
Total	34	75.56%	9	20.00%	2	4.44%	45	100.00%

En la figura 21 se observa que el comportamiento de las consecuencias del síndrome en el contrato a término fijo representado por el 71.77% (f=32) y en el contrato indefinido caracterizado por el 26.67% (f=12) fue relevante, pues de las personas contratadas a término fijo el 55.56% (f=25) se ubicaron en un índice bajo, el 13,33% (f=6) en un nivel medio y el 2.22% (f=1) obtuvo una presencia alta; así mismo de las personas con contrato indefinido el 17.78% (f=8) presentó una baja prevalencia, el 6.66% (f=3) se ubicó en un índice medio y el 2.22% (f=1) en un nivel bajo.

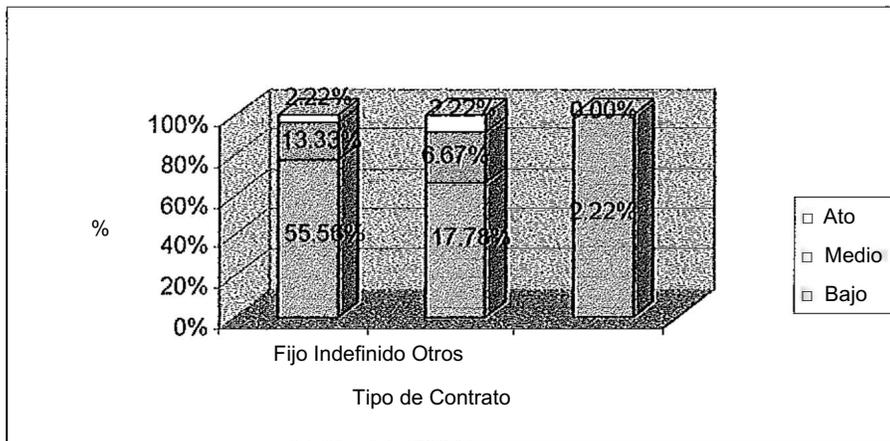


Figura 21. Consecuencias del Burnout según el tipo de contrato

Al respecto, se destaca aún más el comportamiento de las consecuencias del síndrome en el grupo de contrato a término fijo, probablemente porque la vulnerabilidad producto de la incertidumbre a la que están sujetas estas personas es un factor generador de daño físico, emocional y/o social; Gil Monte (1986) sostiene que los altos grados de incertidumbre en una persona pueden resultar nocivos para la salud física y emocional repercutiendo fuertemente en el contexto social en el que se desenvuelve.

Tiempo de Experiencia

Factores Antecedentes de Burnout.

Según los resultados presentados en la tabla 16 con respecto al tiempo de experiencia se determina que los FASB obtuvieron una puntuación alta.

Tabla 16
Factores antecedentes de Burnout según el tiempo de experiencia

Tiempo experiencia	Niveles de Burnout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1-5 años	0	0.00%	3	6.67%	7	15.56%	10	22.22%
6 a 10 años	0	0.00%	7	15.56%	9	20.00%	16	35.56%
11 a 15 años	0	0.00%	3	6.67%	8	17.78%	11	24.44%
16-o más	0	0.00%	2	4.44%	6	13.33%	8	17.78%
Total	0	0.00%	15	33.33%	30	66.67%	45	100.00%

En la tabla 16 y figura 22, se aprecia la relevancia del comportamiento de los factores antecedentes en los rangos de 6-10 años, representada por el 35.56% (f=16) de 11-15 años de experiencia profesional caracterizado por el 24.44% (f=11) y de 1-5 años determinado por el 22.22% (f=10).

Al respecto de éste comportamiento se determinó que las personas con una experiencia de 6-10 años obtuvieron una alta prevalencia de estos factores antecedentes representada por el 20% (f=9) y el 15.56% (f=7) se ubicó en un índice medio. Así mismo en las personas con experiencia profesional de 11-15 años los factores antecedentes se comportaron de la siguiente manera, el 17.78% (f=8) sobresalió por una presencia alta y el 6.67% (f=3) por un nivel medio; de igual forma en el comportamiento de estos factores en el rango de 1-5 años se observó que el 15.56% (f=7) presentó una prevalencia alta y el 6.67% (f=3) se ubicó en un nivel medio.

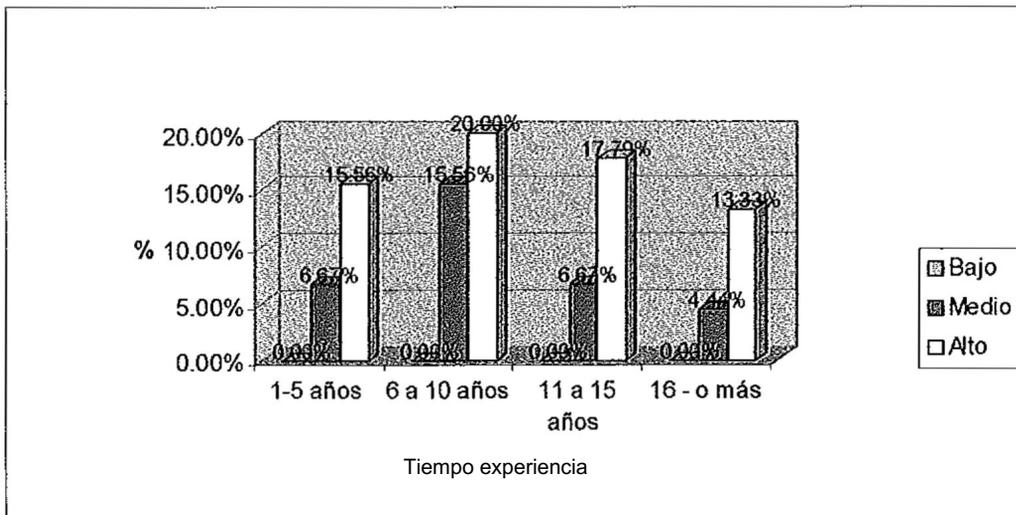


Figura 22. Factores Antecedentes de Burnout según el Tiempo de Experiencia Profesional

Sin embargo, con referencia al rango de experiencia profesional de 6-10 años, los factores antecedentes se comportaron aun más significativamente, eventualmente porque aunque se cuenta con cierto grado de experiencia se está inmerso en un proceso en el que se mide el tiempo de ésta con los logros a nivel económico y social, los cuales

por lo general no son proporcionales a los años de experiencia, Gil Monte (1986) afirma en cuestión , que en los primeros 6 años de experiencia las personas no son tan conscientes de este proceso , se fijan mas en adquirir experiencia que en los logros proporcionados por los años de trabajo.

Características del Síndrome de Burnout.

Los resultados que se aprecian en la tabla 17 indican que en cuanto al tiempo de experiencia, el nivel de prevalencia de las características del síndrome es baja.

Tabla 17
Características del síndrome de burnout según el tiempo de experiencia

Tiempo experiencia	Niveles de Burnout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1-5 años	8	17.78%	2	4.44%	0	0.00%	10	22.22%
6 a 10 años	15	33.33%	<-1	2.22%	0	0.00%	16	35.56%
11 a 15 años	6	13.33%	4	8.89%	1	2.22%	11	24.44%
16-omás	6	13.33%	2	4.44%	0	0.00%	8	17.78%
Total	35	77.78%	9	20.00%	1	2.22%	45	100.00%

En la tabla 17 y figura 23 se destaca el comportamiento de las características del síndrome en los rangos de 6-10 años, representado por el 35.56% (f=16) de las personas de las cuales el 33.33% (f=15) se ubicaron en un nivel alto y el 2.22% (f=1) en un índice medio ; y en el rango de 11 - 15 años de experiencia profesional, representado por el 24.44% (f=11) cuyo comportamiento se muestra de la siguiente manera: el 13.33% (f=6) de estas personas obtuvieron una baja prevalencia de las características, el 8.89% (f=4) obedeció a un índice medio y el 2.22% (f=1) a un nivel alto.

UNAB - BIBLIOTECA MEDICA

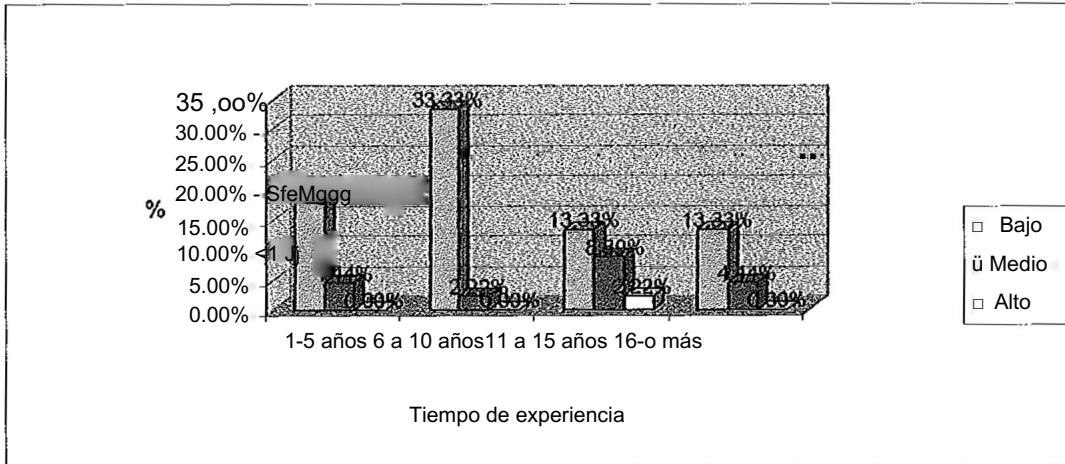


Figura 23. Características del Síndrome de Burnout según el Tiempo de Experiencia

En cuestión, las características del síndrome atienden a un comportamiento más relevante en el rango 11 - 15 años probablemente por que en estas personas existe un proceso acumulativo de desgaste en función del tiempo que se permanece expuesto a la fuente potencial de riesgo (Van Ginkel 1987) , unido a que para esta época ya se están formalizando las relaciones de pareja aun inconclusas, adquiriendo responsabilidades mayores para las cuales no se estaba preparado y se deben asumir sin dejar de lado las ya existentes .

Consecuencias del Burnout.

Como se muestra en la tabla 18 respecto al tiempo de experiencia profesional los resultados permiten establecer que el nivel de presencia de las consecuencias del síndrome es bajo.

Tabla 18
Consecuencias del burnout según el tiempo de experiencia

Tiempo experiencia	Niveles de Burnout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1-5 años	6	13.33%	3	6.67%	1	2.22%	10	22.22%
6 a 10 años	13	28.89%	2	4.44%	1	2.22%	16	35.56%
11 a 15 años	8	17.78%	3	6.67%	0	0.00%	11	24.44%
16 - o más	7	15.56%	1	2.22%	0	0.00%	8	17.78%
Total	34	75.56%	9	20.00%	2	4.44%	45	100.00%

En la tabla 18 y figura 24 sobresale el comportamiento de las consecuencias del síndrome en las personas con experiencia de 1-5 años representadas por el 22.22% (f=10) y de 6-10 años caracterizados por el 35.56% (f=16); al respecto el comportamiento de las consecuencias en las personas con experiencia de 6-10 años se evidencia de la siguiente manera: El 28.89% (f=13) las presentó en un índice bajo, el 4.44% (f=2) en un nivel medio y el 2.22% (f=1) las experimentó en una incidencia alta; de igual forma este comportamiento en el rango de 1-5 años se presentó así: el 13.33% (f=6) vivenció estas consecuencias en un nivel bajo, el 6.67% (f=3) en un índice medio y el 2.22% (f=1) con una incidencia alta.

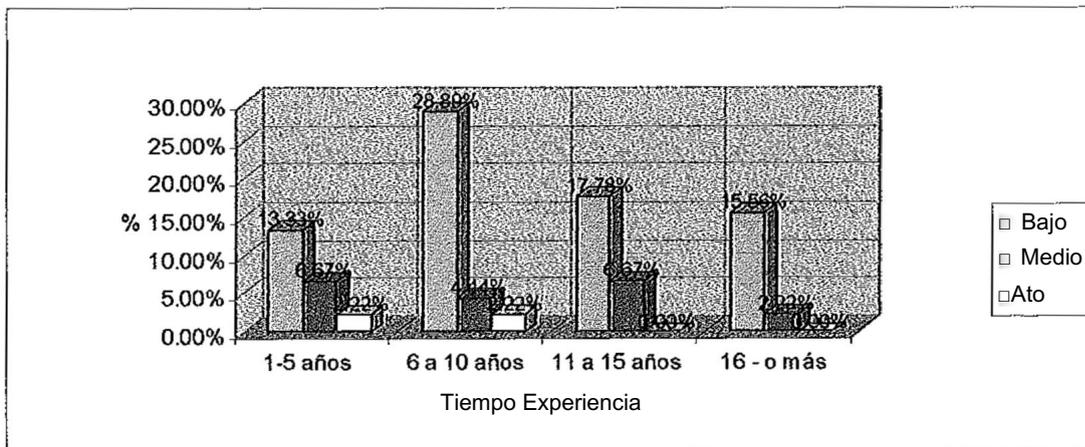


Figura 24. Consecuencias de Burnout según el Tiempo de Experiencia

Con respecto al comportamiento de las consecuencias del síndrome en los primeros años de experiencia se estima que esta particularidad está relacionada con que existe cierto grado de vulnerabilidad que determina la aparición de consecuencias más a nivel físico, sin dejar de lado la afectación a nivel emocional y social; Gil Monte (1986) revela que la vulnerabilidad física, emocional y social disminuye en la medida en que se gana experiencia, por lo que en estos primeros años hay mayor prevalencia de esta clase de consecuencias.

Antigüedad en la Clínica

Factores Antecedentes de Burnout.

Los resultados que se aprecian en la tabla 19 y figura 25 indican que el nivel de prevalencia de los factores antecedentes del síndrome según la antigüedad en la clínica es alto.

Tabla 19

Factores antecedentes del burnout según la antigüedad en la clínica

Antigüedad Clínica	Niveles de Burnout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1 a 5 años	0	0.00%	7	15.56%	12	26.67%	19	42.22%
6 a 10 años	0	0.00%	8	17.78%	17	37.78%	25	55.56%
11 a 15 años	0	0.00%	0	0.00%	1	2.22%	1	2.22%
16 o más	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	0	0.00%	15	33.33%	30	66.67%	45	100.00%

En la tabla 19 y figura 25, se aprecia la relevancia del comportamiento de los factores antecedentes en los rangos de 1-5 años caracterizados con el 42.22% (f=19) y de 6-10 años de antigüedad en la clínica representado por el

55.56% (f=25), observando que en las personas con una experiencia de 1-5 años el 26.67% (f=12) de ellas se ubicó en un nivel alto y el 15.56% (f=7) presentó un índice medio de presencia de estos factores, así mismo en las personas con una antigüedad de 6-10 años, el 37.78% (f=17) obtuvo un nivel alto y el 17.78% (f=8) se ubicó en un índice medio.

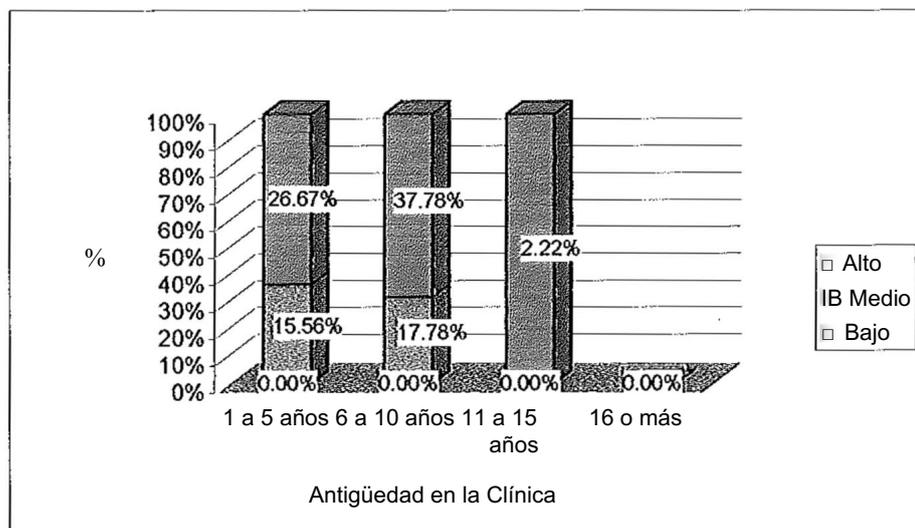


Figura 25. Factores antecedentes de burnout según la antigüedad en la Clínica

Como consecuencia de lo anterior, se puede inferir que el comportamiento de los factores antecedentes en los primeros 10 años de antigüedad, atiende a que las personas aparte de la competencia que enfrentan dentro de la institución para lograr el estatus, respeto y ciertos privilegios, atraviesan también por un doble proceso de aprendizaje en cuanto a las tareas que debe asumir e identificarse con la filosofía de la institución que facilitará o no la adaptación de estas personas a su contexto laboral. Gil Monte (1986) considera al respecto que este proceso de aprendizaje en la medida en que sea asumido facilitará la adaptación hacia la institución y es

un potencializador de percepciones positivas o negativas en cuanto al clima laboral.

Características del Síndrome de Bumout.

Con relación a los resultados observados en la tabla 20 y figura 26 según la antigüedad en la clínica, se puede establecer que la prevalencia de las características del síndrome fue baja.

Tabla 20
Características del bumout según la antigüedad en la clínica

Antigüedad Clínica	Niveles de Bumout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1 a 5 años	16	35.56%	3	6.67%	0	0.00%	19	42.22%
6 a 10 años	19	42.22%	5	11.11%	1	2.22%	25	55.56%
11 a 15 años	0	0.00%	1	2.22%	0	0.00%	1	2.22%
16 o más	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	35	77.78%	9	20.00%	1	2.22%	45	100.00%

En la tabla 20 sobresale el comportamiento de las características del síndrome en el rango de 6-10 años caracterizado por el 55.56% (f=25), contemplando que de éstas personas el 42.22% (f=19) presentaron una baja prevalencia, el 11.11% (f=5) se ubicaron en un nivel medio y el 2.22% (f=1) en un índice alto.

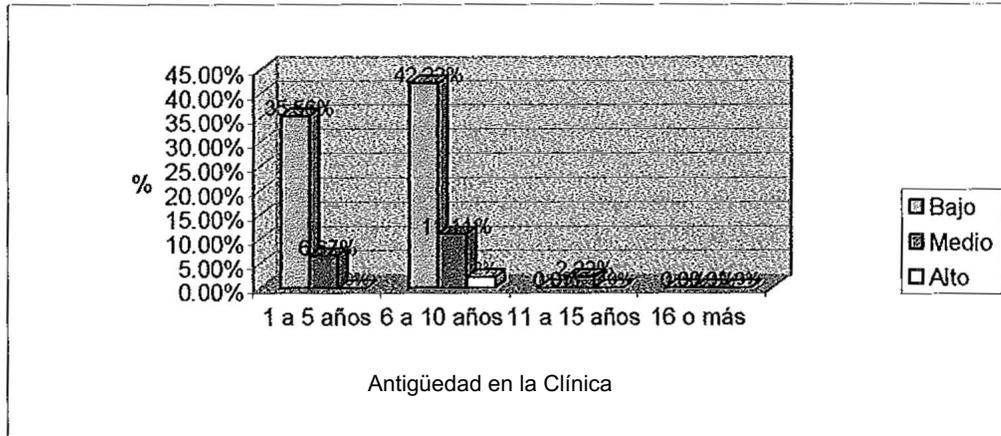


Figura No. 26. Características del Síndrome de Burnout según la Antigüedad en la Clínica

Así mismo, el comportamiento de las características del síndrome en las personas con una antigüedad de 6-10 años probablemente está asociado al grado de frustración e insatisfacción por los escasos logros percibidos dentro de la institución dando lugar al aumento del grado de indefensión frente al síndrome.

Consecuencias del burnout.

En la tabla 21 se puede observar que las consecuencias del burnout según la antigüedad en la clínica obtuvieron una baja prevalencia.

Tabla 21
Consecuencias de Bumout según la antigüedad clínica

Antigüedad Clínica	Niveles de Burnout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1 a 5 años	14	31.11%	3	6.67%	2	4.44%	19	42.22%
6 a 10 años	19	42.22%	6	13.33%	0	0.00%	25	55.56%
11 a 15 años	1	2.22%	0	0.00%	0	0.00%	1	2.22%
16 o más	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	34	75.56%	9	20.00%	2	4.44%	45	100.00%

En la tabla 21 y figura 27 se destacan por el comportamiento de las consecuencias del síndrome las personas con una antigüedad entre los 1-5 años representados por el 42.22% (f=19) y de 6-10 años caracterizados por el 55.56% (f=25), precisándose que en el rango de 1 - 5 años el 31.11% (f=14) presentaron estas consecuencias en un nivel bajo, el 6.67% (f=3) en un índice medio y el 4.44% (f=2) en una prevalencia alta, de igual forma de las personas con una antigüedad de 6-10 años el 42.22% (f=19) manifestó estas consecuencias en un índice bajo y el 13.33% (f=6) en un nivel medio.

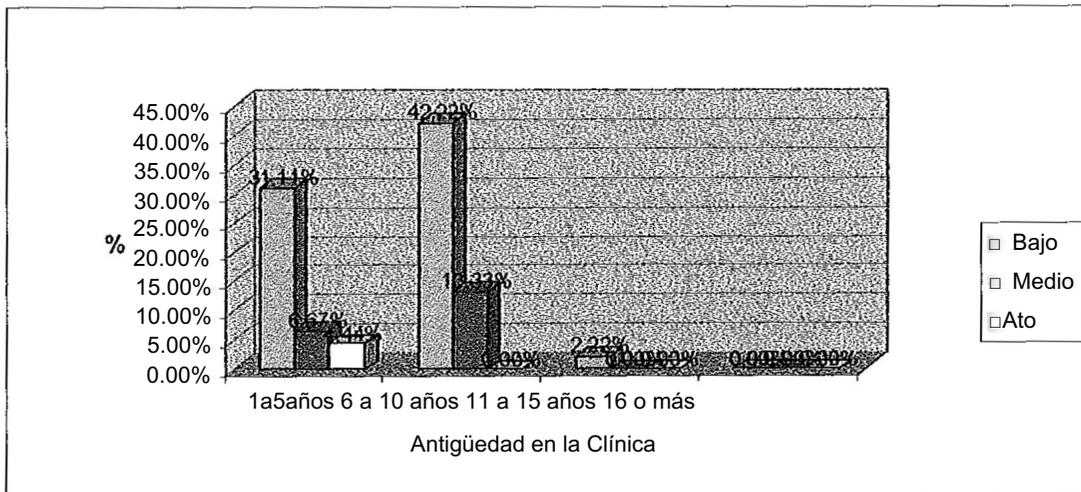


Figura 27. Consecuencias de Burnout según la Antigüedad en la Clínica

Sin embargo las consecuencias del síndrome hacen referencia a un comportamiento aún más significativo en los primeros 5 años de antigüedad en la clínica, situación que se relaciona con la vulnerabilidad que proporciona el proceso de adaptación a las exigencias y demandas de la institución, dando lugar a molestias físicas, emocionales y sociales de forma marcada, ya que no se cuenta con las estrategias de afrontamiento adecuadas que se desarrollan con la antigüedad y la experiencia dentro de la institución.

Nivel de Escolaridad

Factores Antecedentes de burnout.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la tabla 22 se encontró que los factores antecedentes del síndrome se ubicaron en un nivel medio y alto de prevalencia.

Tabla 22
Factores antecedentes del burnout según el nivel de escolaridad

Nivel escolaridad	Niveles de Burnout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Bachiller	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Form. Profesio	0	0.00%	Molí	22.22%	23	51.11%	33	73.33%
Título superior	0	0.00%	5	11.11%	7	15.56%	12	26.67%
Doctorado	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Otros	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	0	0.00%	15	33.33%	30	66.67%	45	100.00%

En la tabla 22 y figura 28 se evidencia el comportamiento de los factores antecedentes en las personas con formación profesional caracterizadas por el 73.33% (f=33) observándose que el 51.11% (f=23) presentó estos

factores en un nivel alto y el 22.22% (f=10) lo hizo en una intensidad media.

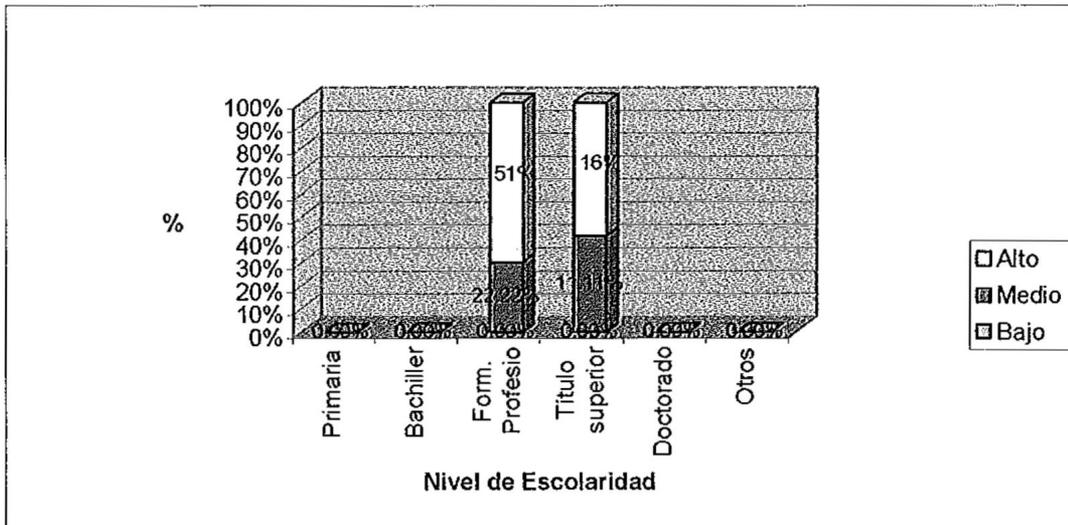


Figura 28. Factores Antecedentes de Burnout según nivel de escolaridad

En cuestión, en cuanto al grupo de personas con formación profesional los factores antecedentes atienden a este comportamiento relevante por que los esfuerzos para alcanzar la profesionalización no están siendo compensados con las tareas asignadas dentro de la institución, está inconformidad expresada por estas profesionales influye de forma determinante en sus conductas afectando el clima laboral.

Características del Síndrome de burnout.

Los resultados presentados en la tabla 23 indican que las características del síndrome son bajos en el nivel de escolaridad.

Tabla 23
Características del bumout según el nivel de escolaridad

Nivel escolaridad	Niveles de Bumout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Bachiller	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Form profesio	24	53,33%	8	17,78%	1	2,22%	33	73,33%
Título superior	11	24,44%	1	2,22%	0	0,00%	12	26,67%
Doctorado	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Otros	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	35	77,78%	9	20,00%	1	2,22%	45	100,00%

En la tabla 23 y figura 29 se atiende al comportamiento de las características del síndrome en las personas con formación profesional por su significancia, evidenciándose que del 73.33% (f=33) de estas profesionales un 53.33% (f=24) mostró una baja prevalencia de estas características, el 17.78% (f=8) un índice medio y el 2.22% (f=1) un nivel de prevalencia alto.

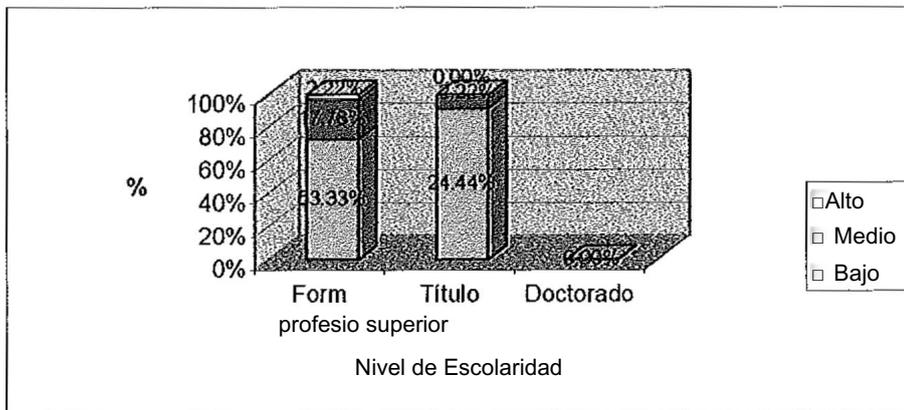


Figura 29. Características del síndrome de burnout según el Nivel de Escolaridad

Así mismo, las características del síndrome observan un comportamiento significativo en el grupo con formación profesional eventualmente porque el grado de inseguridad frente a la constante competencia profesional dentro de la

institución suele ser determinante en la vulnerabilidad frente al síndrome.

Consecuencias del burnout.

Según los resultados establecidos en la tabla 24 las consecuencias del síndrome tuvieron una prevalencia baja.

Tabla 24
Consecuencias de burnout según el nivel de escolaridad

Nivel escolaridad	Niveles de Burnout							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Bachiller	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Form profeslo	24	53.33%	7	15.56%	2	4.44%	33	73.33%
Titulo superior	10	22.22%	2	4.44%	0	0.00%	12	26.67%
Doctorado	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Otros	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	34	75.56%	9	20.00%	2	4.44%	45	100.00%

En la figura 30 se observa gráficamente el comportamiento de las consecuencias del síndrome en el grupo de personas con formación profesional representado por el 73.33% (f=33) fue relevante en estas personas, las consecuencias del síndrome prevalecieron en un nivel bajo en el 53.33% (f=24), en el 15.56% (f=7) se presentaron en una intensidad media y en el 4.44% (f=2) en un índice bajo.

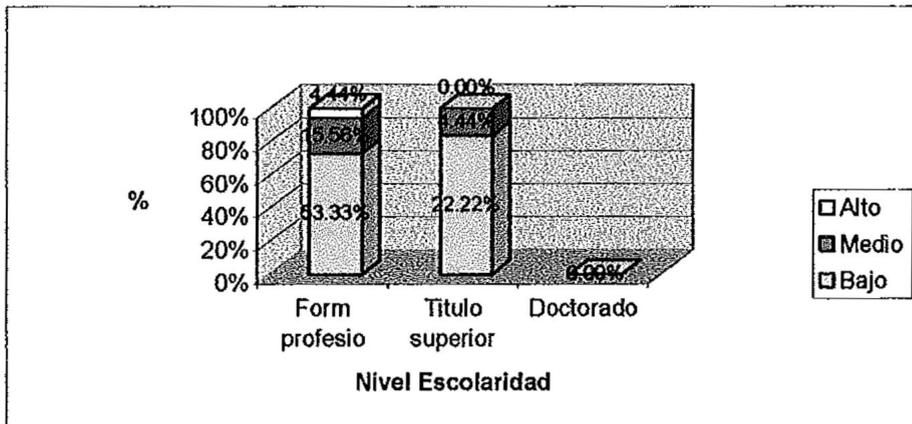


Figura 30. Consecuencias del Burnout según el nivel de escolaridad

De igual forma, continuando con el apartado anterior las consecuencias del síndrome en este grupo de personas con formación profesional, está relacionado con la indefensión a nivel físico y emocional producto de la vulnerabilidad que se genera por la incertidumbre de seguir o no con la formación continuada que facilitaría unas mejores condiciones laborales y económicas pero en otras instituciones.

Servicios hospitalarios y Características del síndrome de burnout

La información relacionada con los servicios hospitalarios, figura 31, permite establecer que el síndrome de burnout se ubicó en un nivel bajo en todos los servicios.

Se destacó el comportamiento de las características del síndrome en el personal de la UCI por su significancia evidenciándose que el 13.33% (f=6) se ubicó en un nivel bajo y el 8.89% (f=4) en un nivel medio, seguido de ortopedia con el 13.33% (f=6), neurocirugía, oncología,

pediatría y urgencias con el 8.89% (f=4), hospitalización con el 6.67% (f=3), promoción y prevención y sala de partos con el 4.44% (f=4).

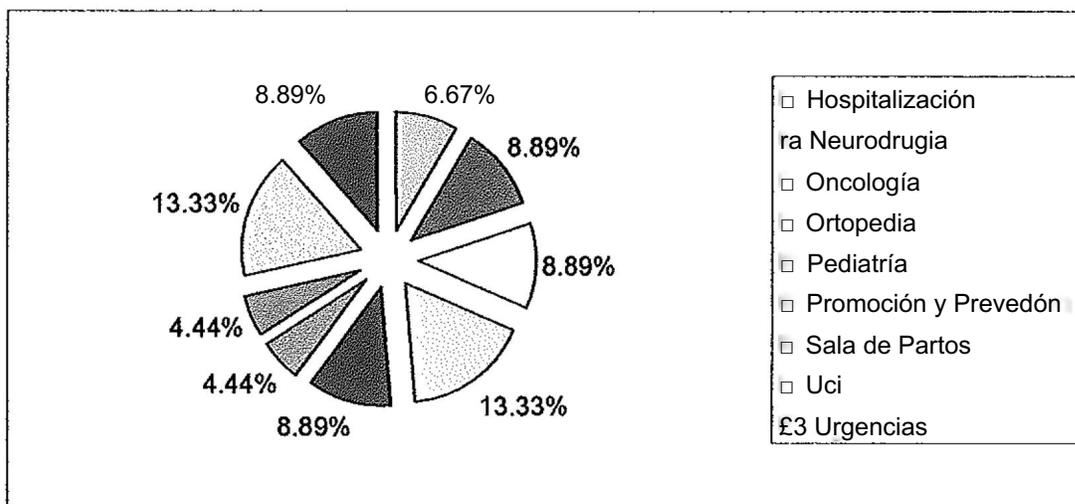


Figura 31 Servicios hospitalarios

Al respecto, García y Schottander (1995) en su estudio con 14 enfermeras de la UCI del hospital San Juan de Dios de Bogotá, concluyeron que entre las enfermeras existe un nivel alto de tensión, dadas las condiciones inherentes al tipo de pacientes que se atienden este servicio.

Discusión

Esta investigación surge tanto por el interés de estudiar el SB en los profesionales de enfermería, como por los pocos estudios realizados respecto a esta temática en el área metropolitana de Bucaramanga, y así mismo por la importancia que tiene para los directivos de la Clínica el mejorar la calidad de vida laboral de su personal. Teniendo como objetivo de investigación el identificar el SB en los profesionales de enfermería de la CAL, para tal finalidad se procedió a describir las características sociodemográficas como edad, estado civil, tipo de contrato, antigüedad en la clínica, tiempo de experiencia y nivel de escolaridad, así mismo se identificaron los factores antecedentes, las características y los consecuencias del síndrome por medio del CBB (Moreno 1997), para luego establecer la prevalencia de estas en los aspectos sociodemográficos con la intención de sugerir pautas de intervención dirigidas a la prevención del síndrome.

Sobre esta base, luego del análisis de los resultados, se procedió a dar respuesta a las preguntas de investigación, encontrando en cuanto a los factores antecedentes del síndrome, tales como la característica de la tarea, el tedio y la organización, que el factor sobresaliente fue la característica de la tarea, siendo el ambiente y el clima de trabajo los aspectos de éste factor que más afectan a los profesionales de enfermería de la CAL.

En contraste con lo anterior la OIT y la OMS (1993) afirman que la interacción negativa entre los factores humanos y las condiciones laborales, dentro de las cuales

se encuentra el medio ambiente de trabajo, generan consecuencias nocivas en la salud del trabajador, la satisfacción laboral y el rendimiento en el trabajo.

Así mismo, los resultados de ésta investigación permitieron corroborar lo encontrado por Simpson y Grant (citados por Bohórquez, Ramírez y Varela 1993) en su estudio con profesionales del área de la salud, quienes concluyeron que el ambiente de trabajo era uno de los más altos estresores que afectaban a estos profesionales.

De igual forma esta investigación coincide también con los hallazgos de García (1991) en su estudio con enfermeras, quien encontró una asociación entre los factores antecedentes del síndrome y un clima laboral donde no estén claros los objetivos que se pretenden conseguir, no existan relaciones adecuadas entre los miembros del equipo de trabajo y no se estimule el trabajo en equipo y la participación en la toma de decisiones.

De acuerdo con las escalas de calificación del CBB, los factores antecedentes del síndrome tuvieron una prevalencia significativa en todos los aspectos sociodemográficos, destacándose dentro de estos los siguientes grupos:

En la edad el rango de 26 a 30 años; en el estado civil las personas casadas, en cuanto al tipo de contrato las profesionales vinculadas a término fijo, en el tiempo de experiencia profesional el rango de 6 - 10 años, así mismo en la antigüedad en la clínica el rango de 1 - 10 años y en el nivel de escolaridad las personas con formación profesional.

De acuerdo con lo anterior los profesionales de enfermería de 26 a 30 años evidenciaron un comportamiento significativo en cuanto a los factores antecedentes del

síndrome, probablemente porque estas personas se ven enfrentadas a los ideales que se propusieron en edades más tempranas y que en este momento no se han llevado a feliz término, lo que ocasiona sentimientos de tristeza, angustia y ansiedad que logran incidir en el clima laboral.

Las enfermeras casadas presentaron un comportamiento relevante de los factores antecedentes, que pueden ser consecuencia de la sobrecarga de responsabilidades frente a los diversos roles que deben asumir estas personas como son el de ama de casa, esposa, profesional y algunas el rol de madre.

En los profesionales de enfermería contratadas a término fijo el comportamiento sobresaliente se relacionaría con la incertidumbre frente a la posible renovación o no del contrato, dando lugar a una percepción poco real y distorsionada de su ambiente y clima laboral.

En las enfermeras con experiencia profesional de 6 - 10 años se supone que el comportamiento significativo de estos factores está asociado a que el grado de experiencia se mide proporcionalmente con los logros a nivel económico y social.

Se presume que las profesionales de enfermería con una antigüedad en la clínica de 1 - 10 años, manifestaron un comportamiento relevante de estos factores antecedentes, probablemente por la marcada competencia que implica el mantener su puesto y el doble proceso de aprendizaje relacionado con las tareas que deben asumir y la identificación con la institución, aspectos que facilitarán su adaptación en la clínica, situación que puede generar conflictos interpersonales con compañeros, dando lugar a malestar en cuanto al clima laboral.

En aquellas enfermeras con formación profesional_f se supone que el comportamiento sobresaliente de estos factores está relacionada con la percepción de estancamiento académico y laboral ya que los esfuerzos para el logro de la profesionalización no han sido compensados con las tareas realizadas dentro de la institución.

En lo que se refiere a las características del SB el nivel de prevalencia fue bajo, sin embargo se destaca dentro de ellas por el comportamiento significativo el cansancio emocional siendo el estrés el factor que más incide en este grupo de profesionales.

Con respecto al estrés, Harrison (1978) afirma que lo que lo produce es un desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de las personas para poderlas afrontar, es decir una falta de ajuste entre las habilidades y capacidades disponibles por la persona y las exigencias y demandas del trabajo a desempeñar y también entre las necesidades de los individuos y los recursos del ambiente disponibles para satisfacerlas.

En concordancia con los resultados de ésta investigación Gerbert (1988) destaca como factores estresantes dentro de la atención médica, las labores que se relacionan con ésta y la naturaleza de la enfermedad, así mismo, Doherty et al (1988) coincide con Gerbert y agrega otro factor como es la naturaleza de las relaciones con el paciente, destacando que la atención médica está dada para que se desarrollen relaciones estrechas entre el personal de salud y los pacientes. Sin embargo, los procedimientos establecidos parecen restarles énfasis, tal vez como una forma de paliar las experiencias perturbadoras para la vida de los pacientes. De igual forma De Board (1978) al respecto afirma, que las personas del área de la

salud, trabajan frecuentemente con pacientes que experimentan graves traumas y crisis personales que pueden variar desde enfermedades crónicas, incapacidades y traumas agudos, hasta enfermedades terminales, aunque la respuesta emocional de éstos trabajadores a tales circunstancias es un aspecto importante de su motivación, para aliviar la pena y brindar una atención adecuada, puede ocurrir una recarga traumática con el sufrimiento humano y la muerte que junto con la ansiedad asociada a la interacción cercana con personas en desgracia puede conducir a conductas y respuestas emocionales trayendo consecuencias sobre el bienestar emocional y la vida particular de estos profesionales.

Teniendo en cuenta los resultados arrojados por las escalas de calificación de CBB, las características del síndrome se ubicaron en el nivel bajo en todas las variables sociodemográficas, sobresaliendo dentro de cada una de estas variables los siguientes grupos por su comportamiento:

En el rango de edad de 26 a 30 años, los resultados hallados corresponden con la investigación de Zabel (1982), quien afirma que a mayor edad existe un aprendizaje de estrategias de afrontamiento eficaces y expectativas más realistas acerca de la profesión que disminuye la vulnerabilidad al síndrome. Contraria a ésta afirmación está la relación inversa existente según Faber (1984) entre la edad y el SB en cuanto a que entre más jóvenes se encuentren las personas menor es la incidencia del síndrome.

El comportamiento significativo de las características del síndrome en el grupo de los casados, obedece a que la posible indefensión frente al síndrome es

producto de la cultura machista, ya que la mujer debe asumir muchas responsabilidades y no cuentan con el apoyo emocional del cónyuge, concordando con Mancilla (2002). En consecuencia Maslach (1985) al respecto afirma que es la calidad de las relaciones con la pareja y el nivel de apoyo socioemocional que presta el compañero, lo que va a determinar la aparición de diferencias significativas en la presentación del síndrome. Contrario a esta afirmación está la de Mancilla (2002) quien afirma que el hecho de vivir en pareja es un factor protector que disminuye la vulnerabilidad del síndrome.

En las enfermeras contratadas a término fijo este comportamiento puede asociarse a que el grado de incertidumbre frente a la finalización del contrato suele ser lo suficientemente determinante para afectarlas significativamente a nivel del síndrome, así mismo estos resultados concuerdan con los de García (1991) quien ha encontrado que los sujetos con contrato a término fijo muestran mayores niveles de burnout que los que están vinculados por medio de un contrato indefinido; por su parte Gil Monte, Peiró y Valcarcel (1991) no han encontrado diferencias en este sentido.

En las profesionales de enfermería con un rango de experiencia profesional de 11-15 años se encontró correspondencia en los resultados con la relación positiva entre la experiencia y el síndrome, argumentando en que la presencia de éste a tempranas edades de trayectoria profesional no es tan marcada como en aquellas personas veteranas en su profesión, debido a que en estas existe posiblemente un proceso acumulativo de desgaste en función del tiempo que se permanece expuesto a las fuentes potenciales del SB (Van Ginkel 1987) . Por el contrario en

consecuencia con la investigación y apoyados en los estudios de Mancilla (2002) quien encontró que los años de experiencia favorecen el control personal percibido disminuyendo el grado de indefensión.

Se considera que en las enfermeras con una antigüedad en la clínica de 6 - 10 años el comportamiento relevante del síndrome puede estar asociado al grado de insatisfacción por los escasos logros dentro de la institución, generando indefensión frente al síndrome.

En las personas con tan solo nivel de formación profesional el comportamiento significativo del síndrome es consecuencia de la intensa inseguridad frente a la constante competencia profesional dentro de la institución, a diferencia de los resultados de ésta investigación Mancilla (2002), al respecto ha comprobado que las personas con nivel educacional alto son más proclives a padecer el síndrome porque su perfil en la mayoría de las ocasiones está por encima del cargo que ejercen.

En cuanto a las consecuencias del síndrome de burnout reflejadas a nivel físico, social y psicológico, los resultados determinaron que los profesionales de enfermería de la CAL, las experimentaron en una incidencia baja siendo las consecuencias físicas las que más se manifestaron en estas profesionales de enfermería; y de acuerdo a los resultados arrojados por el CBB en relación con las variables sociodemográficas las consecuencias del síndrome puntuaron bajas.

Con respecto a ésta investigación y en contraste con García (1991) existe una importante asociación entre el síndrome y los problemas físicos, en esta línea el cansancio emocional ha sido señalado como la dimensión más asociadas con los indicadores de salud físico y se han

encontrado amplias correlaciones entre el burnout en general y las alteraciones de tipo cardiaco (palpitaciones y taquicardia) y la tensión emocional; Chermis (2001) al respecto afirma que el síndrome burnout da lugar a consecuencias que él cataloga como psicósomáticas, caracterizadas por fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlcera y otros desórdenes gastrointestinales. pérdida de peso, dolores musculares etc.

Finalmente en lo referente a los servicios hospitalarios se encontró, organizándose de forma descendente que los más afectados por el burnout, son: UCI, ortopedia, neurocirugía, pediatría, urgencias, oncología, sala de partos, promoción - prevención y hospitalización.

De acuerdo con estos resultados, García y Schotlander (1999) coinciden en que la UCI es uno de los servicios con mayor índice de burnout, debido al nivel alto de tensión que se maneja dadas las condiciones inherentes al tipo de pacientes que se atienden en estas unidades. Al respecto Doherty et al (1988) opinan que en algunos servicios hospitalarios, el gran número de pacientes manejados y su alta rotación por admisiones y salidas, tienden a romper la continuidad del cuidado y el nivel de satisfacción para quien lo proporciona, ya que la atención se ve interrumpida y el personal que lo atiende puede no tener la oportunidad de observar al paciente desenvolviéndose por sí solo especialmente en la UCI o UCC en donde se suministran cuidados breves y con frecuencia altamente técnicos, estos factores contribuyen a la insatisfacción en el trabajo, desrealización y agotamiento emocional. Para quienes trabajan en éstas áreas, los descensos frecuentes se pueden

convertir en el factor más importante que da lugar a una sobrecarga traumática, en el que aparte de experimentarse la situación como algo estresante por la inminencia de muerte a la que se enfrentan, se desarrollan las características del SB el vacío y la tristeza experimentados por la muerte de un paciente son críticos al igual que el tiempo empleado en estas unidades, ya que puede sumergir al profesional en un estoicismo y automatización del trabajo sin permitirles siquiera expresar manifestaciones de vacío, impotencia y desacuerdo.

Sugerencias

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos dentro del proceso investigativo, se logró establecer que los profesionales de enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle presentan una alta prevalencia de los factores antecedentes del síndrome, y un nivel bajo tanto en las características como en las consecuencias del mismo.

Las pautas de intervención enfocadas en la prevención del síndrome de burnout se organizaron de acuerdo con el nivel individual, interpersonal o grupal y organizacional.

A nivel individual, se debe capacitar a los profesionales de enfermería en la modificación de respuestas a los estímulos y situaciones generadoras del síndrome como lo son las características de la tarea, el tedio y la organización, preparándolos de éste modo para que controlen sus respuestas emocionales, cognitivas y conductuales, mejorando así los factores de protección o de resistencia individual para afrontar de forma más eficiente los estresores propios del rol laboral y potenciar la percepción de control y autoeficacia personal.

Dentro de las estrategias de afrontamiento que se deben tener en cuenta según Matteson e Ivancevich (1987) están:

- a) Los programas dirigidos a estrategias instrumentales para la solución de problemas, para ello es necesario utilizar: El entrenamiento en la solución de problemas y asertividad; el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación (Hernández 1998); el entrenamiento en la

organización y gestión del tiempo; y el entrenamiento en modificación del estilo de vida.

- b) Los programas dirigidos a estrategias paliativas para el manejo de las emociones asociadas al rol a través de la reestructuración cognitiva con dos fines; 1) Eliminar los pensamientos irracionales sobre la propia eficacia y reconocimiento de superiores, clientes, pacientes y subalternos; 2) Reinterpretación sobre la contingencia del esfuerzo tratando de aumentar la percepción de control interno sobre la característica de la tarea.

Otros programas refieren al entrenamiento en habilidades para la expresión de emociones; el entrenamiento en habilidades para el manejo de sentimientos; el entrenamiento en la relajación

- c) Otras estrategias significativas a tener en cuenta según

Mancilla (2002), son: Programas dirigidos a aumentar la competencia profesional propiciando la investigación y la formación continuada; rediseñar la ejecución de la tarea haciendo las cosas de forma diferente; buscar distracciones extralaborales practicando ejercicios físicos, deportes, relajación, teniendo algún hobby particular; tomar pequeños momentos de descanso o pausas durante el trabajo; autoproyectar objetivos reales y factibles de alcanzar; cambiar de puesto o rotar dentro de la institución para mantenerse en la profesión; no comprometerse con responsabilidades laborales para las cuales no se está capacitado o no se dispone de los recursos para cumplirlas; reestablecer la jerarquía de valores diferenciando los temporales de los esenciales; delegar funciones a nivel laboral, familiar y social; modificar las situaciones o relaciones incómodas para

cambiar las circunstancias; desarrollar o renovar las relaciones con compañeros, subalternos, amigos y familiares; procurar cultivar y mantener el sentido del humor; evitar interferir en problemas laborales ajenos, manteniéndose al margen.

A nivel Interpersonal o grupal se debe capacitar a estos profesionales del área de la salud para fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, la mejora de las relaciones interpersonales en el trabajo y el aumento del control en el trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo, potencializando así la formación de habilidades sociales y las estrategias relacionadas con el apoyo social en el trabajo facilitando un clima laboral, adecuado para el desempeño de los trabajadores.

Se recomienda dentro de las estrategias de afrontamiento según Shinn, Morch (1983):

- a) Fomentar el apoyo social por parte de jefes y compañeros ya que el apoyo social aumenta las respuestas positivas en el trabajo y disminuye las actitudes negativas hacia otros. Dentro de las funciones del apoyo social en la prevención del síndrome se encuentran: 1) Escuchar sin dar consejos o emitir juicios para facilitar el desahogo del sujeto; 2) Apoyo técnico que se refiere a la posibilidad que ofrece el grupo de trabajo para aumentar capacitación y competencia; 3) Apoyo emocional que busca la aceptación como persona dentro del rol laboral; 4) Retos emocionales que se refieren a la necesidad del profesional de enfermería de experimentar problemas y preocupaciones distintas del mundo laboral;

5) Participación en la realidad social, que trata de fomentar la vida social de los individuos a través de grupos, comunidades científicas activas .

b) Fomentar el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas en el grupo para lo cual se deberá instruir, modelar, ensayar y generalizar conductas alternativas ante las demandas laboral, profesional y personal, siguiendo una secuencia que debe tener objetivos bien determinados. Como técnicas complementarias a estas estrategias están las dinámicas de grupo y los encuentros regulares con compañeros y superiores.

A nivel organizacional, se deben eliminar o disminuir los estresores del entorno institucional y abordar los riesgos laborales desde un enfoque global, considerando dichos riesgos como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño físico y psíquico derivado del trabajo.

Se deben tener en cuenta dentro de las estrategias las siguientes pautas:

a) Programas de socialización anticipatoria, para prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias (Matteson e Ivancevich 1987) haciendo que se experimenten antes de que el profesional de enfermería comience su vida laboral dentro de la clínica, es un contexto de prueba que permite desarrollar estrategias constructivas.

b) Programas de evaluación de retroinformación que fomenten la evaluación laboral personal de cada una de éstas

enfermeras, como desarrollo y no como juicio (Matteson Ivancevich 1987) .

c) Programas de desarrollo organizacional, con el fin de mejorar el ambiente y clima organizacional de la institución mediante:

1) El desarrollo de equipos eficaces con un esfuerzo sistemático y planificado focalizado a largo plazo en la cultura organizacional y en los procesos sociales y humanos de la institución (Gil Monte, Peiro, 1997) que permitan: Incrementar la participación del trabajador en la toma de decisiones , facilitar y mejorar la comunicación en las líneas ascendentes y descendentes.

2) El rediseño de la realización de las tareas (Maslach 1982), que puede facilitar la disminución de la sobrecarga laboral y de las disfunciones de los roles profesionales , ya que el facilitar que los profesionales puedan cambiar de actividades y considerar cambios que lleven a mejoras de recompensa y de promoción profesional, incrementa la responsabilidad, la participación en la toma de decisiones y la autonomía, para tal fin se deben facilitar y promover: reuniones multidisciplinarias con periodicidad; Formación de grupos de trabajo con flexibilidad laboral como rotación programada, cambio de horarios etc (Orlowsky, Gulledge 1986 y Bolle 1988) .

d) Disponer de un equipo de especialistas de ayuda como psicólogos y terapeutas , para brindarles asistencia a aquellas profesionales de enfermería con problemas o dificultades.

- e) Asignar los recursos y presupuesto necesarios para el desempeño laboral, satisfaciendo las necesidades de la institución de forma global.

Recomendaciones

Finalmente y en consecuencia con la investigación, se le sugiere a la Facultad continuar con el estudio de esta temática, retomando como población base los profesionales de enfermería de otras instituciones de salud, públicas o privadas del área metropolitana de Bucaramanga.

Así mismo, es factible realizar y llevar a cabo un programa de intervención con los profesionales de enfermería de la CAL retomando las pautas planteadas dentro de esta investigación, que permita prevenir la aparición del síndrome y controlar la presencia del mismo, de igual forma y para concluir es recomendable diseñar un instrumento enfocado en la medición de los factores antecedentes, las características y consecuencias del síndrome, específicamente en profesionales de enfermería.

Referencias

Agius, R ; Blenkin, H ; Deary, I. ; Zealley, H. ; Wood, R. ; (1996) Survey of perceived stress and work demands of consultant doctors. Occupational and environmental Medicine, 1996, 53, 217 -224.

Alonso- Fernández, F ; (1988) Morbilidad Psiquiátrica de los Profesionales Sanitarios . Psicopatología. 1988 ♦
apr - jun 8 (2) 121-132.

Arenal, R. (1991). La psicología en la Organización, el Sufrimiento Psíquico . Trabajo para optar al título de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Bakal, d; Psicología y salud. España: Désele de Browre, S.A.

Bohorquez, M ; Ramirez, G ; Varela, L :M (1993) Análisis de las fuentes de estrés en médicos residentes del sector de la calle primera de Bogotá y proposición de un programa para su modificación. Tesis de grado profesional. Universidad Católica de Colombia , Bogotá.

Bolle JL. Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. The Nurses Clinics of North América. 1988; 23 (4): 843-50.

Br i 11 PL The need for an operational def inition of burnout. Family and Community Health 1984. 6: 12-24
recuperado el 22 de octubre de 2003 de
<http://db.doyma.es/cgi-bin...fulltext?pidet=4767&desde^losmas leídos>.

Calero, J. Navarro R, (1990). Factores Psicosociales en la Prevención de Riesgos Laborales, (versión electrónica)
recuperado el 30 de enero de 2004 de
www.ugt.ov.org/docu/estrés/estres2.htm.

Ceslowitz SB. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. J of Advanced Nursing 1989; 14 (7): 553-58.

Chacón M. (1995) El burnout en personal de enfermería/ Ponencia al Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos. Puerto Vallarta, México.

Cohén, R., Swerdlik, M., Pruebas y evaluación psicológicas, introducción a las pruebas y a la medición » cuarta edición, Me Graw Hill, 1996.

Chermiss, C. Staff (1980). Burnout: Job Stress in the Humann Services. Sage Publications. Beverly Hills.

Clark, C. C. . Burnout Assessment and Intervention. J. Of Nursingadministration, 1980, 10:39-43. (versión electrónica) recuperado el 19 de febrero de 2003 de <http://www.cepis.org.pe/eswww/fulltex/repind61/ps/ps.html>

Dankhe, Tipos de Investigación. 1986. recuperado el 5 de mayo de 2004 de www.igrajales.net/investipos.pdf

DaSilva P. (2000). Burnout: Un Desafío. Revista Psicología Social e Institucional. P. 18-34.

De Board the Psychoanalysis of Organization. Tavistock. London, (1978) . (versión electrónica) recuperado el 19 de febrero de 2003 de <http://www.cepis.org.pe/eswww/fulltex/repind61/ps/ps.html>

De la Cuevas, C. (2003) . Burnout in Addiction Treatment Professionals. (versión electrónica) recuperado el 30 de noviembre de 2003 en www.psiquiatria.cowi

Dickens, B. M. Legal Rights and Duties in the AIDS Epidemic. Science, 1988, 239:580-580-585. (versión electrónica) recuperado el 19 de febrero de 2003 de <http://www.cepis.org.pe/eswww/fulltex/repind61/ps/ps.html>

UNAB-BIBLIOTECA

Dolan, A. (1987) . The Relationship Between Burnout and Job Satisfaction in Nurses. Journal of Advanced Nursing, 12, 3-12.

Faber B. Stress and burnout in suburban teachers, Journal of Educational research 1984; 77: 325-331.

Firth, H; McIntee; McKeown, P. y Britton, P.G (1986).
Burnout and Professional Depression: Related Concepts?
Journal of Advanced Nursing, 11, 633 - 641.

Freubenberger H. Staff Bunout, Journal of Social Issues 1974; 30: 159-165. (versión electrónica) recuperado el 22 de octubre de 2003 de <http://db.doyma.es/cgi-bin/.fulltext?pident=4767&desde=losmasleidos> .

García, d. ; Schottlander, P. (1995) Propuesta para disminuir los niveles de estrés en la enfermeras (ros) de la UCI del Hospital San Juan de Dios. Tesis de grado profesional, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

García, M; Burnout en Profesionales de Enfermería de Centros Hospitalarios. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 1991; 7:3-12

Gerbert, B., Maguire, B. et. al. Why Fear Persists: Health Care Professionals and AIDS, JAMA, 1988, 260, 23, 3481 - 3483. (versión electrónica) recuperado el 19 de febrerode 2003de h t tp: //www . cepi s . org Jfe/eswww/ fu lltex/repinó 61 /ps/ps . h tml

Gil Monte, Peiró , Valcárcel. Influencia de las vaiables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. Revista de Psicología Social Aplicada 1986; 6: 43-63.

Gil-Monte, P., Peiró, J. (1997) Desgaste Psíquico en el Trabajo el Síndrome de Quemarse. (versión electrónica) recuperado el 30 de noviembre de 2003 de [www< diegomarin,,com](http://www.diegomarin.com)

Gil-Monte, P., Peiró, J. (1998) A study on significant source of the "Burnout Síndrome" in workers at occupational centres for the mentally disable. Revista Colegio Oficial de Psicólogos de España, 2, (1), p. 116 - 123.

Giraido O. (1995). Manejo de Riesgos Psicosociales en la Salud Ocupacional . Santa fé de Bogotá.

Golembiewski RT, Munsenrider R, Stevenson JG.(1986) Stress in organizations: toward a phase model of burnout. NY: Praeger.

Hackett, t. E Cassem, N. Handbook. of General Hospital Psychiatry. Massachusetts General Hospital. Mosby. NY. 1978. (versión electrónica) recuperado el 19 de febrero de 2003 de [h llp: //www . cepis . org . pe /eswww/ f uJ1 tex/repinó61 /ps/ps , html](http://www.cepis.org.pe/eswww/ful1tex/repinó61/ps/ps.html)

Hay, D and Oken, D. The Psychological Stress of intensive Care Unit Nursing. Psychosomatic Medicine, 1972, 34:109 -118. (versión electrónica) recuperado el 19 de febrero de 2003 de <http://www.cepis.org.pe/eswww/ful1tex/repindftl/ps/ps.html>

Hernández, L. (1998). El Estrés Laboral - Asistencial en los Servicios de Salud. Monografía para optar por el título de especialista en primer grado en Psicología de la Salud. Facultad Calixto García ISCM - H. Monsap - La Habana.

Hromco, J. ; Lyons, J; y Nikkel, R. (1995) Mental Health Case Management. Characateristics, job function and

occupational stress. Community Mental Health Journal,
1995, vol 31, #2, abril p. 111 - 125.

Ibañez, J., (2000). Programa de capacitación para la
prevención del síndrome de burnout en los profesionales de
la salud del Instituto Materno Infantil de Bogotá.
4.55/112p/2000. 171 p.

Kelly, J.A., St. Lawrence, J. S. et al. Stigmatization
of AIDS patients by pshysicians. American Journal of
Public Health, 1987, vol 77,7,789 - 791.

Landeros M. (1997). Estrés y burnout en enfermeras de
servicios médicos y quirúrgicos del Hospital General
Docente "Calixto García"¹¹, Ciudad de la Habana. Tesis de
Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud
Pública, La Habana, 1997.

Lazarus, R; Folkman, S. Estés y procesos
cognoscitivos. 1986, Barcelona: Martínez - Roca.

López, F; Bernal, L; Prevalencia y Factores Asociados
con el Síndrome de Burnout en Enfermería de Atención
Hospitalaria. 2002 (versión electrónica) recuperada el 29
de enero de 2005
de [http://db.doyma.es/cqibin/wdbcqi.exe/doyma/mrevista.fullt
ex?pidet=13034008](http://db.doyma.es/cqibin/wdbcqi.exe/doyma/mrevista.fullt
ex?pidet=13034008).

Mancilla, F. ; El síndrome de burnout o de desgaste
parofesional. Caliadd de Vida, No. 40 . 2002.

Martín, E. ; Sánchez R. (1997) El Burnout:
Perspectivas desde una situación de atención en salud
mental a víctimas de la violencia sociopolítica. Revista
Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia . Vol
45 (4) , 212 - 215.

Maslach C, Jackson SE Maslach burnout inventory.
Manual Research Edition. University, of California. Palo

Alto C.A. : Consulting Psychologist Press, 1986. (existe traducción española del manual publicado por TEA en 1977). Madrid. recuperado el 22 de octubre de 2003 de <http://db.doyma.es/cgi-bin...fulltext?pid=4767&desde=losmasleidos>.

Matrai, L; Estrés y burnout, aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil. Arch Pediatr Urug. 2001. 72: 14-19.

Matteson MT, Ivancevich JM. Controlling work stress. Effective human resource and management strategies. San Francisco: Jossey-Bass, 1987

McElroy, A.M. (1982). Burnout - A Review of the literature with Application to Cáncer Nursing. Cáncer Nursing, June, Vol 5, 211-217.
<http://www.cepi.s.org.pe/eswww/fulltext/repind6.1/ps/ps>, htrnl

Migóte, J.C. (1998). Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional. Revista Formación Médica Continuada. Hospital Universitario . Madrid

Moreno B; La Evaluación del Burnout Problemas y Alternativas. El CBB como Evaluación de los Elementos del Proceso. 1997 Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones p. 185-207.

Morris, R.G., Morris, L.W., Britton, P.G. Factors Affecting the Emotional Wellbeing of the Caregives of Dementia Suffers. British Journal of Psychiatry. 1988, 153, 147-156. (versión electrónica) recuperado el 19 de febrero de 2003 de <http://www.cepi.s.org.pe/eswww/fulltext/repind6.1/ps/ps.html>

Oliver C. (1993). Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: el burnout como síndrome específico. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Psicología, UAM.

Ornar, A.G (1995) Estrés y Coping: Las Estrategias de Coping y sus Interrelaciones con los Niveles Biológico y Psicológico. Buenos Aires.

Organización Internacional del Trabajo , OIT (1993) . El Trabajo en el Mundo, capitulo 5, Ginebra. P. 16.

Orlowsky JP, Gullledge AD. Critical care stress and burnout. Critical Care Clinics .1986; 2 (1): 173-81.

Pines AM, Aronso E Carreer burnout: Causes and cures. Nueva York: Free press; 1988 . recuperado el 22 de octubre de 2003 de <http://db.doyma.es/cgi-bin...fulltext?pident=4767&desde=losmasleidos>.

Portales A. (1997) . Niveles de burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública, La Habana.

Ramírez, A. Graham, J. Richards , M. Culi, A. Gregory, W. (1996) Mental Health of Hospital Consultants: The Efeccts of Stress and Satisfaction at Work. The Lancet. 347:724 - 728.

Rivera d., A.M. (1997) Presencia del síndrome de Burnout en médicos del hospital clínico - quirúrgico hermanos Ameijeiras. Trabajo para optar al título de Maestría en Psicología . Universidad Nacional Autónoma de México.

Rivera. P. AM (1997). Presencia del Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Trabajo para optar al título de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez, J. (1998). Estrés Asistencial en Médicos de la Familia del Policlínico "Héroes de Playa Girón" del Municipio de Cerro. Trabajo para optar al Título de Master

en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, ciudad de la Habana, Cuba.

Selye H. (1995). Tensión sin Angustia: Estrés Laboral. (versión electrónica) recuperado el 30 de noviembre de 2003 de [www. a i cmeoncom](http://www.aicmeoncom)

Shaefe, c; Coyne, J.P.C. The Ehealth related functions of socio support journal of the behaviour and medicine. 4: 381-406

Shinn M, Morch H. A tripartity model of coping with burnout. In: Farber Ba (Ed) Stress and burnout in human services professions. NY: Pergamon Press, 1983: 227-40.

Solano, M.C; Vidal P; Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Críticos. 2002 (versión electrónica) recuperado el 29 de enero de 2004 de [h t t . p : / / db . d o y m a . c o m / c g i . e x e / d o y m a / m r e v i s L a . f u . 1 . 1 t e x ? p i c h - n t - 1 3 0 3 0 8 5](http://db.doyma.com/cgi.exe/doyma/mrevisLa.fu.1.1.tex?pich-nt-1303085) 6.

Van Ginkel AJH. Demotivation among teachers: a study into burnout and demotivation among secondary school teachers. 1987, Swets en Zeitlinger.

Zabel R. Factors in burnout teachers of exceptional children. Exceptional Children 1982: 49: 261-263.

Apéndices

UNIVERSIDAD NACIONAL

Apéndice A: Resultado ítem por ítem de la característica de la tarea

Característica de la tarea

Ítem	# personas	Porcentaje
Me siento identificado con mi trabajo		
Raramente	1	2.22%
Algunas veces	1	2.22%
Frecuentemente	5	11.11%
En la mayoría de las ocasiones	38	84.44%
Total	45	100%

Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo no conozco bien los resultados y alcances del mismo	# personas	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	18	40.00%
En desacuerdo	20	44.44%
Indeciso	2	4.44%
De acuerdo	5	11.11%
Total	45	100%

Me gusta el ambiente y clima de mi trabajo	# personas	Porcentaje
Muy poco	7	15.56%
Algo	5	11.11%
Bastante	23	51.11%
Mucho	10	22.22%
Total	45	100%

Apéndice B: Resultado ítem por ítem de la subescala Tedio

Tedio

Ítem	# personas	Porcentaje
Mi trabajo actual carece de interés		
Totalmente en desacuerdo	25	55.56%
En desacuerdo	17	37.78%
Indeciso	1	2.22%
Totalmente de acuerdo	2	4.44%
Total	45	100%
Mi trabajo es repetitivo	# personas	Porcentaje
En ninguna ocasión	2	4.44%
Raramente	11	24.44%
Algunas veces	17	37.78%
Frecuentemente	14	31.11%
En la mayoría de las ocasiones	1	2.22%
Total	45	100%
Me gusta el ambiente y clima de mi trabajo	# personas	Porcentaje
En ninguna ocasión	24	53.33%
Raramente	18	40.00%
Algunas veces	3	6.67%
Total	45	100%

Apéndice C: Resultados ítem por ítem subescala

Organización

Organización

Item	# personas	Porcentaje
Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo		
Raramente	2	4.44%
Algunas veces	4	8.89%
Frecuentemente	17	37.78%
En la mayoría de (as ocasiones	22	48.89%
Total	45	100%

Item	# personas	Porcentaje
Los compañeros nos apoyamos en el trabajo		
Raramente	1	2.22%
Algunas veces	3	6.67%
Frecuentemente	20	44.44%
En la mayoría de las ocasiones	21	46.67%

Total	45	100%
-------	----	------

Item	# personas	Porcentaje
Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mi		
Algunas veces	5	11.11%
Frecuentemente	26	57.78%
Siempre	14	31.11%
Total	45	100%

Apéndice D: Resultado item por item de la subescala cansancio emocional

Cansancio emocional

Item	# personas	Porcentaje
En general estoy mas bien harto de mi trabajo		
En ninguna ocasión	24	53.33%
Raramente	17	37.78%
Algunas veces	4	8.89%
Total	45	100%

Item	# personas	Porcentaje
Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor		
En ninguna ocasión	9	20.00%
Raramente	24	53.33%
Algunas veces	11	24.44%
Frecuentemente	1	2.22%

Total 45 100%

Item	# personas	Porcentaje
Estoy estresado por mi trabajo		
En ninguna ocasión	26	57.78%
Raramente	14	31.11%
Algunas veces	5	11.11%
Total	45	100%

Apéndice E: Resultado Ítem por Ítem de la subescala
despersonalización

Despersonalización

Ítem	# personas	Porcentaje
Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamiento irritantes		
En ninguna ocasión	1	2.22%
Raramente	9	20.00%
Algunas veces	28	62.22%
Frecuentemente	5	11.11%
En la mayoría de las ocasiones	2	4%
Total	45	100%
Las personas que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos .		
Totalmente en desacuerdo	3	6.67%
En desacuerdo	22	48.89%
Indeciso	9	20.00%
De acuerdo	8	17.78%
Totalmente de acuerdo	3	6.67%
Total	45	100%
Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo		
Nunca	16	35.56%
Raramente	6	13.33%
Algunas veces	11	24.44%
Frecuentemente	10	22.22%
Siempre	2	4.44%
Total	45	100%

Apéndice F: Resultado ítem por ítem de la subescala falta de realización personal

Falta de realización personal		
Item	# personas	Porcentaje
Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos profesionales		
Totalmente en desacuerdo	17	37.78%
En desacuerdo	18	40.00%
Indeciso	5	11.11%
De acuerdo	4	8.89%
Totalmente de acuerdo	1	2%
Total	45	100%
Mi interés por el desarrollo personal es actualmente muy escaso		
Totalmente en desacuerdo	24	53.33%
En desacuerdo	15	33.33%
Indeciso	3	6.67%
De acuerdo	1	2.22%
Totalmente de acuerdo	2	4.44%
Total	45	100%
El trabajo que hago dista de ser el que yo hubiera querido		
Nada	26	57.78%
Muy poco	15	33.33%
Algo	3	6.67%
Bastante	1	2.22%
Total	45	100%

Apéndice G: Resultado itera por item de las consecuencias del síndrome

Consecuencias físicas

Item	# personas	Porcentaje
Considera usted que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (insomnio, dolor de cabez)		
Nada	5	11.11%
Muy poco	17	37.78%
Algo	11	24.44%
Bastante	11	24.44%
Mucho	1	2%
Total	45	100%
El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y persoi		
	# personas	Porcentaje
Nada	19	42.22%
Muy poco	19	42.22
Algo	6	13.33%
Bastante	1	2.22%
Total	45	100%
Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor		
	# personas	Porcentaje
En ninguna ocasión	17	37.78%
Raramente	23	51.11%
Algunas veces	5	11.11%
Total	45	100%

