



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO

EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DEL INSTITUTO
ESTATAL DE CANCEROLOGÍA "ARTURO BELTRÁN ORTEGA" DE
ACAPULCO, GRO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
MARIA DEL ROCIO LEGORRETA NOGUEDA

DIRIGIDA POR LA:
PSIC. ADRIANA GÓMEZ DÍAZ



Acapulco, Gro.

Diciembre 2001

4



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Americana de Acapulco que me dio la oportunidad de formar parte de su gran familia académica y su rector el Lic. Israel Sobreranis Noguera.

A mi Facultad por los conocimientos adquiridos para el bienestar de la Sociedad Guerrerense.

A mis Maestros, por sus enseñanzas y contribución en mi formación profesional.

Al Director de la Facultad:

Psic. Adriana Gómez Díaz por su profesionalismo y guía durante mi trayectoria dentro de la Facultad.

A mis sinodales:

Psic. Laura E. Martínez Hernández

Psic. Luz María González Salazar

Dr. José Ramón Comas Viñas

Psic. Lorenza Goya Martínez Sotomayor

por su contribución en mi formación profesional.

A la Lic. Julieta Álvarez Carbajal y el Ing. Juan Carlos Muñóz Navarrete por su entusiasmo y gran apoyo en este trabajo.

Agradezco profundamente al Instituto Estatal de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega" por su gran disposición para la realización de este trabajo de investigación.

A las Enfermeras de este instituto que sin su ayuda no se habría podido lograr este estudio.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE:

Lorenza Noguera
Goya

FECHA:

11/02/04

FIRMA:



Dedico especialmente este trabajo a una gran persona, la Maestra en Psicología Magaly Sánchez Páez, quien siempre me alentó y apoyó en mi tema además de que dedicó gran parte de su valioso tiempo en asesorarme en la elaboración de ésta investigación y de la cual siempre recibí ayuda incondicional. Su paciencia y todas sus enseñanzas serán para mí un ejemplo a seguir.

DEDICATORIA

A mis padres por darme la vida y porque siempre me apoyaron en todas las decisiones que tomé. A mi padre por su apoyo. A mi madre por ser un ejemplo de lucha y tenacidad, y por el esfuerzo que hizo para que yo terminara esta carrera.

A mi hermano por estar siempre conmigo y por ser como es.

A Guillermo por su amor, su apoyo y por estar conmigo en los momentos más importantes de mi vida.

A mi bebé por quedarse en este mundo y por enseñarme lo fuerte que puede ser una persona en los momentos más difíciles.

A mis suegros, Jorge y Ana Ma. por el apoyo que me han brindado desde que los conozco. Sin olvidarme también de Gina, Martín y Ximena, mi nueva familia.

INDICE

I.- INTRODUCCION.1
---------------------------	----

CAPITULO 1 SINDROME DE BURNOUT

1.1 Definición. . . . .	.4
1.2 Investigaciones. . . . .	.8
1.3 Factores asociados. . . . .	.10
1.4 Consecuencias.. . . .	.16
1.5 Medición. . . . .	.19

CAPITULO 2 CÁNCER Y REACCIONES PSICOLÓGICAS

2.1 Definición. . . . .	.24
2.2 Tipos de cáncer más frecuente. . . . .	.25
2.3 Tratamientos oncológicos. . . . .	.27
2.4 Reacciones psicológicas ante la enfermedad y los tratamientos en pacientes con cáncer. . . . .	.30
2.5 Repercusiones en el personal de salud. . . . .	.40

CAPITULO 3 SINDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

3.1 Personal de salud implicado en atención a pacientes con cáncer. . . . .	.55
3.2 Investigaciones sobre síndrome de burnout en enfermeras.	62

CAPITULO 4 METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

4.1 Planteamiento del problema . . . . .	.74
4.2 Justificación. . . . .	.74
4.3 Objetivos. . . . .	.76
4.4 Hipótesis. . . . .	.76
4.5 Método. . . . .	.77
4.5.1 Sujetos. . . . .	.77
4.5.2 Instrumento. . . . .	.77
4.5.3 Tipo de investigación. . . . .	.79
4.5.4 Diseño . . . . .	.80
4.5.5 Tipo de muestra. . . . .	.80
4.5.6 Definición conceptual de variables. . . . .	.80
4.5.7 Procedimiento. . . . .	.82
4.5.8 Estadística. . . . .	.83

CAPITULO 5

ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo de la población de estudio. . . . .	.84
5.1.1 Frecuencias y porcentajes. . . . .	.84
5.1.2 Variables Demográficas. . . . .	.84
5.1.3 Variables Laborales. . . . .	.86
5.1.4 Dimensiones del Burnout.. . . .	.90
5.2 Análisis de correlación entre variables. . . . .	.94
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN. . . . .	.97

BIBLIOGRAFÍA

- Anexo 1. Inventario de Burnout de Maslach MBI (versión española)
- Anexo 2. Inventario de Burnout de Maslach MBI (Instrumento de medición en esta investigación)
- Anexo 3. Tabla de Baremos versión española
- Anexo 4. Cuestionario de registro
- Anexo 5. Validez de contenido del MBI
- Anexo 6. Cuadro comparativo (validación interjueces)

INTRODUCCIÓN

El Hombre es una entidad compleja, que puede habituarse a circunstancias adversas, pero al verse superados los procesos de adaptación, se origina un desborde que ocasiona trastornos orgánicos y psicológicos; el individuo superado por sus circunstancias laborales, agotamiento físico y emocional comienza a generar situaciones autodestructivas. El conjunto de estos y otros síntomas es llamado Síndrome de Burnout.

Considerando que dicho Síndrome ha reportado en los últimos años un incremento importante a nivel mundial y que su prevalencia afecta negativamente al funcionamiento, organización y desarrollo de toda institución hospitalaria, la presente investigación tuvo como objetivo principal determinar si el personal de enfermería del Instituto Estatal de Cancerología presenta o no el Síndrome de Burnout y describir algunas de las variables que pudieran asociarse en la aparición de éste.

Para llevar a cabo este propósito, se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) en una variante modificada para la población mexicana como instrumento de medición fundamental y también se solicitó a las enfermeras que respondieran a un breve cuestionario previo al instrumento, cuya finalidad principal consistía en medir una serie de variables demográficas y laborales. Se emplearon métodos estadísticos descriptivos y de correlación para el análisis de los resultados.

Se convocó a todas las enfermeras a una sesión grupal donde se les explicó las instrucciones para contestar el MBI, dejando muy claro el carácter anónimo de éste, y posteriormente se les proporcionó información acerca del síndrome a manera de exposición.

Posteriormente, con ayuda del paquete estadístico SPSS para Windows versión 8 se analizó la información recopilada y se hizo un análisis de frecuencias y porcentajes de las variables demográficas y laborales de las participantes que conformaron la muestra.

Enseguida se eligieron las pruebas estadísticas convenientes (Coeficiente de Contingencia, Crosstabs y Spearman) para poder realizar un análisis estadístico que nos permitiera concluir el nivel de significancia con respecto a la relación que guardan las distintas variables asociadas y el Burnout.

En los capítulos de esta investigación iremos encontrando algunas de las diferentes definiciones que se han manejado acerca de este síndrome llegando a la definición más utilizada actualmente que es la de Maslach y Jackson, así como las investigaciones que se han hecho sobre este síndrome, los factores asociados, sus consecuencias y las diferentes formas en que se ha medido. En el siguiente capítulo hablaremos acerca del cáncer, sus tipos más frecuentes, sus tratamientos y las reacciones psicológicas que provoca esta enfermedad, además de cómo repercute esto en el personal de salud. Ya en el siguiente capítulo nos enfocaremos en este síndrome, hablaremos del personal implicado en la atención a pacientes

oncológicos e investigaciones que se han realizado en las enfermeras y para finalizar se analizarán los resultados, se harán conclusiones y se discutirá lo encontrado en la investigación con lo mencionado por otros autores.

Por último, después de hacer los comentarios y conclusiones pertinentes a los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación, se proponen algunas medidas preventivas que debieran ser consideradas para evitar la evolución del Síndrome de Burnout en las enfermeras de esta institución que pudieran estar empezando a desarrollarlo, ya que esto podría ser de gran utilidad para la Institución Hospitalaria, ayudándole a optimizar las condiciones de trabajo del equipo de salud que lo integra y la calidad de servicio a los pacientes.

CAPITULO 1 SINDROME DE BURNOUT

1.1 DEFINICIÓN

Grau y Chacón mencionan que fue a mediados de los años 70's cuando se hizo alusión por primera vez al término "Síndrome de Burnout".¹

Por su parte Freudenberguer² comenzó a observar una serie de manifestaciones de agotamiento en los psicoterapeutas de una clínica y utilizó este término para explicar el proceso de deterioro en los cuidados profesionales a sus usuarios. Aunque Freudenberguer fue quien originó el concepto, fue la investigadora C. Maslasch³ la que para el año 1982 definió dicha condición de una forma más contundente. En el Manual del Inventario Burnout de Maslasch⁴ en 1997 se afirma que antes de entrar en terminología psicológica, el término se empleaba entre los atletas y deportistas para aludir a ese estado en que la persona no

¹ Grau Abalo J.A. Y Chacón Roger M. Burnout: Una amenaza a los equipos de salud. Conferencia Magistral en el seminario de la seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSIS). Agosto de 1998. Cali, Colombia.

² Freudenberguer H.J. Staff burnout. J. of Soccial Issues; 1974. 30(1):pp. 159-165

³ Maslasch C., Jackson SE. Burnout in Health Professions: a social psychological analysis. En: Sanders GS, Sulz J (Eds) Social Psychology of Health and Illness. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum, 1982.

⁴ Maslasch C. y Jackson, SE. Inventario "Burnout" de Maslasch. TEA Ediciones. Abril, 1997.

lograba los resultados esperados de un entrenamiento a fondo. El término pasó luego a la problemática de los servicios sociales, y Maslasch lo dio a conocer en el ambiente psicológico en 1977 en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos). Maslasch y Jackson en 1981 hicieron los primeros estudios de caracterización de este síndrome integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo) y una intensa vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.⁵

Grau y Chacón⁶ hicieron una revisión bibliográfica donde se refiere que Freudenberguer⁷ en 1980 definió el Burnout (B.O.) como un “estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada”, mientras que: Pines⁸; Pines y Aaronson lo consideran un “estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por un largo periodo involucrado en situaciones emocionales de demanda”⁹.

⁵ Maslasch C., Jackson S. E. Maslasch Burnout Inventory. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, 1981.

⁶ Grau y Chacón. (Burnout: Una amenaza a los equipos de salud.) op. cit.

⁷ Freudenberguer H.J. Burnout: the high cost of high achievement. Garden City: Coubleday, 1980.

⁸ Pines A. Burnout In: Goldberger L, Breznitz Sh (Eds). Handbook of stress: theoretical and clinical aspects, 2a de. NY: Free Press, 1993: 386-402.

⁹ Pines A., Aaronson E. Career burnout: causes and cures. NY: Free Press, 1988.

Hiscott y Connop en 1990 vuelven a la línea clásica en cuanto a la definición del Burnout y lo entienden como "un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo". Así Greenglass, Burke y Ondrack citado por Garcés, tras diferenciar estrés vital (concepto general que se refiere al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en el trabajo) y estrés laboral (que se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo), encuadra el Burnout en este último. Sin embargo, Starrin, Larsson y Styrborn mencionan que mientras el estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por el individuo, el Burnout es un fenómeno exclusivamente negativo. De ahí que algunos autores planteen la relación entre ambos constructos en el sentido de que el Burnout podría ser similar a un estrés negativo. Oliver, Pastor, Aragonese y Moreno igualan Burnout a estrés laboral asistencial.¹⁰

Gatto en su artículo refiere que actualmente se reconoce la definición establecida por Maslach en 1982 como una de las más apropiadas: "síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido, que puede ocurrir entre los individuos que trabajan directamente con personas". Y añade: "La quemazón es una respuesta a una tensión emocional de índole crónico, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas. Lo que es único de esta condición, agrega, es que la tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y el que ayuda. Según sus investigaciones al ocurrir este evento, el que ofrece ayuda

¹⁰Garcés de Los Fayos Ruiz, E. J. Tesis sobre el Burnout.
www.abacolombia.org/areas/organizaciones/burnout.htm

pierde el interés y la sensibilidad por el que la necesita, presentando entonces una actitud deshumanizada y sin mostrar preocupación alguna".¹¹

En el Síndrome de Burnout se consideran tres dimensiones. El cansancio emocional (CE) se refiere a una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad. La despersonalización (DP) se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de servicios, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que son la verdadera fuente de los problemas, se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás y con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros, y se utiliza con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propios en el cumplimiento de los compromisos laborales. La Falta de Realización Personal (FRP) se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima. Generalmente afecta el rendimiento laboral, sobre la base de una autoevaluación negativa, a veces encubierta con una actitud de "omnipotencia" que hace redoblar los esfuerzos aparentando interés y dedicación aún mayores, que a la larga, profundizan el B.O.¹²

¹¹ Gatto M.E. Desgaste Psíquico en el Equipo de Salud. www.burnout.com. 2000

¹² Grau y Chacón. (Burnout: Una amenaza a los equipos de salud.) op. cit.

1.2 INVESTIGACIONES

Espinoza, Zamora y Ordóñez¹³ mencionan que existe literatura sobre el síndrome de desgaste profesional. Se indica su existencia en multitud de artículos de opinión, que critican de un modo u otro las condiciones de trabajo de los médicos, pero pocos investigadores han llevado a cabo estudios para profundizar en su incidencia y sus causas. Este hecho está cambiando por el interés creciente del tema. La encuesta más conocida sobre el síndrome de agotamiento en oncólogos fue publicada en EE.UU. en 1991 con 1,000 participantes.¹⁴ El 56% de los mismos reconoció estar "quemado", es decir, agotado. La mayoría de los afectados definía como "frustración" el sentimiento que despertaba el síndrome y señalaban, como factores contribuyentes al mismo la sobrecarga de trabajo, problemas relacionados con el pago de honorarios, la dedicación a enfermos terminales y la falta de tiempo libre. Olkinuora, Asp, Juntunen, Kauttu, Strid y Aarimaa publicaron una encuesta finlandesa realizada a 2.671 médicos de todas las especialidades. Los resultados indicaron una polarización entre especialidades, unas muy propensas al desgaste y otras muy poco. Entre las primeras figuraban las que trataban pacientes crónicos,

¹³ Espinoza E., Zamora P. y Ordóñez A. en González Barón. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 1996. pp. 1335.

¹⁴ Whippen D., Canellos G. Burnout syndrome in the practice of oncology: results and survey of 1000 oncologist. J. Clin Oncol, 1991; 9:1916-1921

incurables o muy graves, como la oncología, la psiquiatría y la neumología.¹⁵

Por otra parte en Alemania se aplicó una encuesta que incluía 91 enfermeras y 57 médicos relacionados con pacientes oncológicos. Entre las enfermeras, cuanto más se afectaba la vida privada por causa del trabajo, existía mayor frecuencia de síntomas psicósomáticos: cefalea, cervicalgia, cansancio, anorexia, irritabilidad. También aparecían problemas al haber un contacto continuo con enfermos e identificarse con ellos. Por parte de los médicos, los síntomas psicósomáticos aparecían relacionados con el exceso de trabajo, las malas condiciones del mismo y la identificación con el enfermo.¹⁶

En España, se realizó un trabajo con 49 oncólogos de distintas provincias. Los factores que más "quemaban" a los encuestados eran la desconfianza por parte del enfermo o sus familiares, la sobrecarga asistencial y, sobre todo, problemas internos en el equipo de trabajo. En una escala de agotamiento del 1 al 5, la mitad de estos profesionales señaló un valor de 2, aunque unos pocos reflejaban valores extremos, el 75% indicó que sentía satisfechas sus expectativas profesionales.¹⁷

¹⁵ Olkinuora M., Asp S., Juntunen J., Kauttu K., Stid L. y Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. Soc Psychiatry Psychiatr epidemiol, 1990; 25:81-86.

¹⁶ Ullrich A. y Fitzgerald P. Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. Soc. Sci. Med. 1990; 31:1013-1022.

¹⁷ Espinoza, Zamora y Ordoñez. (Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer.) op. cit. pp. 1336.

Capilla considera que para hablar de BO se requieren al menos 6 meses de periodo desadaptativo, y puede ocasionarse tanto por un excesivo grado de exigencias como por escasez de recursos.¹⁸

1.3 FACTORES ASOCIADOS

Los modelos transaccionales actuales que explican el B.O. aportan una perspectiva de interacción entre características situacionales (entorno laboral) como desencadenantes y variables personales, como factores que cumplen una función moduladora, postura con la que están de acuerdo Grau y Chacón al mencionar que el proceso de B.O. es resultante de la influencia de agentes del entorno social, del marco laboral y características personales.¹⁹

Diferentes autores han tratado de identificar los desencadenantes, organizándolos en categorías. Peiró²⁰ establece 4 tipos: a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto (ruido, iluminación, vibraciones, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio, sobrecarga, turnos rotativos, etc.); b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión del grupo, desarrollo profesional); c) Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales

¹⁸ Capilla Pueyo R. (2000) El síndrome de Burnout o de desgaste profesional, vol LVIII No. 1334 <http://habitantes.elsitio.com/varon24/burnout.htm>. Marzo 2000.

¹⁹ Grau y Chacón. (Burnout: Una amenaza a los equipos de salud.) op. cit.

²⁰ Peiró J.M. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudema, 1992.

(cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación y autonomía, supervisión, etc.); y d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia. Gil-Monte y Peiró consideran a esta última variable más facilitadora que desencadenante.²¹

Las variables facilitadoras pueden ser sociodemográficas, relacionadas con el trabajo, de personalidad y el afrontamiento.

Sociodemográficas:

Entre las primeras se encuentran el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos. En cuanto al sexo, los hombres puntúan más alto en DP que las mujeres, otros resultados no son concluyentes y aparecen influidos por características de los estudios (muestras, instrumentos, país, cultura)²². Los estudios de Moreno y colaboradores en 1995 refieren que los niveles más altos de Burnout se encontraron en la población femenina. Tales diferencias son condicionadas por los procesos de socialización para los roles masculino y femenino y por los perfiles y requisitos de distintas ocupaciones.²³

²¹ Gil-Monte P. R, Peiró J. M. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: síntesis, 1997.

²² Etzion D., Pines A. Sex and Culture in burnout and coping among human service professionals: a social psychological perspective. J of Cross-Cultural Psychology, 1986; 17(2):191-209

²³ Hernández L. El síndrome de burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública, La Habana, 1995.

A mayor edad parece tenerse menos B.O., quizás porque estos profesionales han desarrollado un mejor afrontamiento y expectativas profesionales más reales²⁴. Al respecto Cordes y Dougherty citan varias investigaciones que coinciden en que a menor edad, se reportan en forma consistente mayores niveles de los componentes de Burnout.²⁵

Con respecto al *estado civil*, la mayoría de los autores ha encontrado que los casados experimentan menos B.O., aunque lo que parece más bien influir es el apoyo sociofamiliar recibido por el cónyuge, y la satisfacción/insatisfacción matrimonial. Hidalgo y Díaz reportan en uno de sus estudios, que el estado civil no se muestra como un factor determinante del nivel de agotamiento profesional.²⁶ En cambio, Maslach y Jackson en 1985, citadas por Cordes y Dougherty refieren que los casados experimentan niveles más bajos de los componentes del Burnout al ser la pareja una fuente de apoyo importante que actúa como amortiguador y cuya compañía facilita la posibilidad de pasar tiempo fuera del ámbito laboral.²⁷ A este respecto Leiter ha planteado

²⁴ Zabel R. H., Zabel M. K. Factors in burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*, 1982; 49(3):261-263.

²⁵ Cordes, C. L., Dougherty, T. W. A review and an integration of research on job burnout. Academy of Management Review, 1993. Vol. 18(4),621-656.

²⁶ Hidalgo Rodrigo, I., Díaz González, R. J. Estudios de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Avila. Med. Clin. Barc., Octubre 1994, 103(11),408-412.

²⁷ Cordes y Dougherty. (A review and an integration of research on job burnout. Academy of Management Review) op. cit.

que la vida en familia puede hacer más expertos a los sujetos en el tacto con los demás y sus problemas.²⁸

Se ha encontrado que los sujetos *con hijos* tienen más edad, son más maduros, tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva laboral diferente, los que no tienen usan más el trabajo como fuente de vida social, se implican excesivamente con la gente del ámbito laboral y aumenta el riesgo al B.O.²⁹ Maslach y Jackson en 1985 citadas por Cordes y Dougherty también sostienen que los individuos con hijos reportan en forma consistente niveles más bajos de Burnout.³⁰ Dichas autoras comentan que es probable que las familias con hijos estén integradas por personas de más edad, y por lo tanto, se esperaría que fueran más maduras y estables. En contraste a estos hallazgos Cherniss refirió que los sujetos con hijos tienden a experimentar niveles más elevados de Burnout.³¹

Relacionadas con el trabajo:

En relación con la *antigüedad de rol y en la profesión*, los resultados son similares a los de la edad: Los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos, por lo que tienen mayor riesgo de B.O. Con todo,

²⁸ Leiter M. P. Burnout as a function of communication patterns. Group and Organization Studies, 1988; 13(1):111-28

²⁹ Gil-Monte y Peiró. (Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse) op. cit.

³⁰ Cordes y Dougherty. (A review and an integration of research on job burnout. Academy of Management Review) op. cit.

³¹ Cherniss, C. Professional burnout in human service organization. New York: Praeger, 1980.

las variables socio-demográficas, en total, explican sólo un porcentaje mínimo de la varianza del síndrome (5-15%).³² Turnipseed refirió que la edad y los años de experiencia en la profesión son variables que guardan un efecto directo en el Burnout.³³

Cooper y Davidson en 1986 afirmaron que se ha podido demostrar que el trabajo por *turnos* es un factor de estrés profesional habitual que produce una serie de alteraciones de tipo físico. No obstante, conforme el individuo se va adaptando a las condiciones de su jornada laboral, éstas tienden a desaparecer.³⁴

La frecuencia y la cantidad de tiempo que el médico pasa con el paciente, es un elemento crucial en el desarrollo del Síndrome de Burnout. Los riesgos de aparición del síndrome aumentan en función del número de horas que el profesional de la salud pasa en contacto directo con los enfermos.³⁵ Maslach y Jackson en 1982 citadas por Moreno y Peñacoba³⁶ encontraron que los índices de cansancio

³² Gil-Monte y Peiró. (Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse) op. cit.

³³ Turnipseed, D. L. An analysis of the influence of work environment variables and moderators of the burnout syndrome. Journal of Applied Social Psychology. Mayo 1994; vol 24 (9) 782-800.

³⁴ Hernández L. (El síndrome de burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología) op. cit.

³⁵ Moreno, B. y Peñacoba, C. Estrés asistencial en los servicios de salud. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, 1995.

³⁶ Ibid

emocional son proporcionales al tiempo empleado en cuidados directos a los enfermos, de tal forma que dichos índices disminuían cuando parte del tiempo de trabajo se utilizaba en tareas docentes o administrativas. A su vez, Deckard y cols. en 1994 citados por Moreno y Peñacoba encontraron que el mayor predictor de la despersonalización era el tiempo de interacción directa que se transcurría con los pacientes.³⁷

En la medida que el médico dedica más horas de trabajo en casa para realizar actividades relacionadas con la profesión, menos tiempo libre le queda. Aunque no se tienen referencias de estudios donde se indique que existe asociación entre las horas de trabajo en casa que se dedica a la profesión y la aparición del Burnout, sí ha sido posible identificar la falta de tiempo personal como uno de los factores más importantes del estrés médico y de enfermería.³⁸

Personalidad:

Con relación a las variables de *personalidad*, los hallazgos van en dos direcciones fundamentales: la predisposición al B.O. de algunos rasgos del carácter y cualidades aisladas de las personas, y el papel modulador de determinadas cualidades o patrones funcionales de la personalidad, por efectos directos o indirectos. En la primera dirección, se sabe que las personas empáticas, sensibles, humanas, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas y susceptibles de identificarse mucho

³⁷ Moreno, B. y Peñacoba, C. Estrés asistencial en los servicios de salud. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud (op. cit.)

³⁸ Ibid

con los demás, son más proclives al B.O. Y la parte moduladora está determinada por los tipos de afrontamiento.³⁹

Afrontamiento:

Las *estrategias de afrontamiento* empleadas por los profesionales también han presentado efectos moduladores del B.O. Los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos B.O. que los individuos que utilizan estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción.⁴⁰

1.4 CONSECUENCIAS

Grau y Chacón afirman que en general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del B.O.: para el individuo (salud, relaciones interpersonales fuera del trabajo) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y al ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, etc.)⁴¹

³⁹ Gil-Monte y Peiró. (Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse) op. cit.

⁴⁰ Ceslowitz, S. B. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. J. of Advanced Nursing, 1989; 14(7):553-58 y Boyle A., Grap M., Younger J. et. al. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. J. of Advanced Nursing, 1991; 16(7): 850-57. y Leiter M. P. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. J. of Organizational Behavior, 1991; 12(2): 123-44

⁴¹ Grau y Chacón. (Burnout: Una amenaza a los equipos de salud.) op. cit.

En cuanto a las consecuencias dirigidas al individuo, desde el trabajo de Freudenberguer se supo que los individuos afectados se quejaban de cansancio y fatiga, catarro crónico, jaquecas frecuentes, alteraciones digestivas, insomnio, dificultades respiratorias, frustración fácil, poco control emocional, etc. Asimismo se reportan reacciones emocionales negativas de ansiedad, depresión e ira, que además de afectar al personal asistencial, pueden entorpecer la eficacia del cuidado a los pacientes y la comunicación adecuada con el enfermo⁴²

En cuanto a las *consecuencias para la institución*, se encuentran: actitudes negativas hacia las personas que se atiende y hacia el propio trabajo, ausentismo elevado, uso de alcohol y otros productos tóxicos, apatía, motivación laboral escasa o nula, baja implicación laboral, irritabilidad hacia los colegas y hacia los usuarios, preocupación excesiva por el confort laboral, tendencia a culpar del fracaso a los usuarios o a la institución, resistencia al cambio, creciente rigidez y baja creatividad. Han sido reportadas otras consecuencias asociadas al B.O. como el aumento de conflictos interpersonales con jefes y compañeros, el aumento de la rotación laboral, el incremento de accidentes laborales, etc.⁴³

⁴² Freudenberguer. (*Staff burnout. J. of Soccial Issues*) op. cit.

⁴³ Gil-Monte y Peiró. (*Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*) op. cit.

Para algunos autores, la satisfacción laboral disminuida es consecuencia del B.O.⁴⁴; para otros es antecedente⁴⁵. Otra consecuencia importante es la propensión al abandono de la institución, lo cual genera costos, pérdida de la eficacia y eficiencia, implantación inadecuada de políticas, etc. El incremento del ausentismo siempre repercute en el deterioro de la calidad del servicio, el aumento en gastos económicos de contratación y formación de nuevo personal y la redistribución del trabajo con la consiguiente sobrecarga laboral para otras personas. Al respecto, en investigaciones se ha hallado una relación positiva entre el B.O. y la propensión al abandono.⁴⁶

Como consecuencia muchas veces los profesionales evitan ciertas tareas y se desentienden del trabajo, empleando menos tiempo o "desconectándose" psicológicamente de los usuarios, cometen más errores y se obtienen más recriminaciones de los jefes.⁴⁷

⁴⁴ Koeske G.F., Koeske R.D. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory; a critical review and reconceptualization. J. of Applied Behav Science, 1989; 25(2):131-144. y Richardsen A.M.,Burke R.J.,Leiter M.P. Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personal in Norway. Anxiety, Stress and Coping, 1992; 5(1):55-68.

⁴⁵ Leiter. (Burnout as a function of communication patterns) op. cit.

⁴⁶ Gil-Monte y Peiró. (Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse) op. cit. y Koeske y Koeske. (Construct validity of the Maslach Burnout Inventory; a critical review and reconceptualization. J. of Applied Behav Science) op. cit. y Schwab R. L., Jackson S. E., Schuler R. S. Educator burnout: sources and consequences. Educational Research Quarterly, 1986; 10(3):14-30

⁴⁷ Ibid

Las consecuencias de este síndrome son, potencialmente, muy peligrosas para el personal, para los sujetos que reciben su labor y para la misma institución en la que trabaja. Se ha observado que puede llevar a un deterioro de la calidad de los servicios prestados, al absentismo y a la baja o despido del personal. Cuando los síntomas se agudizan, el síndrome puede ser el causante de pérdida de profesionalidad, de agotamiento físico, de insomnio, de abuso de alcohol o drogas o problemas personales y familiares.⁴⁸

Por otro lado, al considerar las consecuencias del B.O. para la organización, hay que tener en cuenta que éstas van más allá de la institución y afectan a toda la sociedad; además, el síndrome puede “contagiarse” a través de mecanismos de modelamiento o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral.⁴⁹

1.5 MEDICION

Grau y Chacón refieren que en los primeros años, el B.O. fue descrito a través de la observación clínica; luego, fue evaluado con entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y escalas autoclasificadoras y cuestionarios.⁵⁰

⁴⁸ Gil-Monte y Peiró. (Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse) op. cit. y Koeske y Koeske. (Construct validity of the Maslach Burnout Inventory; a critical review and reconceptualization. J. of Applied Behav Science) op. cit. y Schwab R. L., Jackson S. E., Schuler R. S. Educator burnout: sources and consequences) op. cit.

⁴⁹ Edelwich J. y Brodsky A. Burnout: stages of disillusionment in the helping professions. NY: Human Sciences Press, 1980.

⁵⁰ Grau y Chacón. (Burnout: Una amenaza a los equipos de salud.) op. cit.

Actualmente, los instrumentos del B.O. usados más frecuentemente son: el Staff Burnout Scale for Health Professionals: (SBS-HP), el Tedium Measure: (TM) o (BM), el Cuestionario Breve de Burnout : (CBB) y el Maslach Burnout Inventory: (MBI).⁵¹

El *SBS-HP* fue desarrollado por Jones⁵² para evaluar B.O. en profesionales de la salud, en base a su conceptualización esencial como síndrome de agotamiento físico y emocional. Tiene 30 ítems en escalas de 6 grados, en las que el sujeto indica una medida de acuerdo con cada proposición: 20 ítems son para evaluar el B.O. y 10 son de una escala de sinceridad, se han hallado 4 factores: insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad y tensión y falta de relaciones profesionales con los pacientes.⁵³

El *TM* fue elaborado por Pines y cols.⁵⁴ en 1981 sobre la base de su conceptualización del B.O. como un estado de fatiga emocional, cercano del tedio. Estos autores distinguían inicialmente el tedio como

⁵¹ Grau y Chacón. (*Burnout: Una amenaza a los equipos de salud.*) op. cit.

⁵² Jones J. W. *The Staff Burnout Scale for Health Professionals(SBS-HP)*. Park Ridge, Ill: London House, 1980. y Jones J.W. Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. In: Jones J.W. (Ed) *The Burnout Syndrom: current research, theory, interventions*. Park Ridge, Ill: London House, 1982: 107-125.

⁵³ Jones J.W. Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. In: Jones J.W. (Ed) *The Burnout Syndrom: current research, theory, interventions*. Park Ridge, Ill: London House, 1982: 107-125.

⁵⁴ Pines A., Aaronson E., Kafry D. *Burnout: from tedium to personal growth*. NY: Free Press, 1981.

el resultado de tensiones que aparece en profesionales, como resultado de presiones emocionales crónicas e implicación en profesionales de ayuda, por lo que el TM evaluaría indistintamente uno u otro concepto, dependiendo del tipo de profesionales a las que se aplicará. Como consecuencia, el TM pasó a ser denominado “*Burnout Measure*” (BM). El BM está integrado por 21 ítems, en 3 subescalas: agotamiento físico, emocional y mental, de 7 ítems cada una, valorados en una escala de 7 grados. La puntuación de 3 dimensiones se combinan en una puntuación única. Ha mostrado buena consistencia interna, alta fiabilidad test-retest y validez convergente con el MBI.⁵⁵

La versión hispana más empleada en Cuba ha sido el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), elaborado por Moreno y cols., compuesto por 21 ítems que estiman 7 dimensiones: realización personal, cansancio emocional, despersonalización, tedio, características de la tarea, clima organizacional y las repercusiones del B.O. en la calidad de vida del sujeto, especialmente en sus relaciones interpersonales.⁵⁶

⁵⁵ Pines y Aaronson. (Career burnout: causes and cures)op. cit. y Schaufeli W.D., Enzmann D., Girault N. Measurement of burnout: a review. In: Schaufeli W.B., Maslach C., Marek T.(Eds) Professional burnout: recent developments in theory and research.UK:Taylor&Francis, 1993: 199-215. y McCranie E.W., Lambert V., Lambert C. Work stress,hardiness and burnout among hospital staff nurses. Nursing Research, 1987; 36 (6): 374-378.

⁵⁶ Moreno B. y Oliver C. El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: adaptación y nuevas versiones. Ponencia al Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid, Julio 1992.

El instrumento usado con mayor frecuencia para evaluar B.O. es el *MBI*, elaborado por Maslach y Jackson (1981-1986). Con su aparición casi se normaliza el concepto tridimensional de B.O. Tiene 22 ítems tipo Likert.⁵⁷

Maslach y Jackson⁵⁸ refieren que el *MBI* consta de tres dimensiones: a) Cansancio Emocional (*CE*) sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo; b) Despersonalización (*DP*) los elementos de esta escala describen una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. Tanto en ésta como en la escala anterior, los profesionales con puntuaciones altas presentan grados elevados de vivencia del síndrome del estrés laboral asistencial; y c) Realización personal (*RP*) esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. En contraste con las otras dos escalas, las puntuaciones bajas son indicativas del síndrome; pero es independiente de ellas y sus elementos no tienen pesos negativos en ellas. Grau y Chacón⁵⁹ afirman que desde la perspectiva diagnóstica, el constructo y cada una de sus dimensiones se consideran variables continuas y las puntuaciones se ofrecen en percentiles, aunque no se puede garantizar que las puntuaciones se ajusten siempre a una distribución normal real, los puntos de corte pueden ser diferentes en cada país. Parece ser que la

⁵⁷ Maslach y Jackson. (Maslach Burnout Inventory) op. cit.

⁵⁸ Ibid

⁵⁹ Grau y Chacón. (Burnout: Una amenaza a los equipos de salud.) op. cit.

puntuación global del MBI mide parcialmente el mismo constructo que el TM, el SBS-HP y el MBI.⁶⁰

Lo cierto es que el MBI se ha usado ampliamente para evaluar el B.O. en diferentes profesiones y países: Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Jordania, Zimbabwe, etc.⁶¹

Los hallazgos anteriores reflejan que al parecer hasta el momento no se ha concluido ninguna investigación sobre el Síndrome de Burnout en el país, y mucho menos en el Estado de Guerrero.

⁶⁰ Schaufeli, Enzmann y Girault. (Professional burnout: recent developments in theory and research)op. cit.

⁶¹ Gil-Monte y Peiró. (Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse) op. cit.

CAPITULO 2 CÁNCER Y REACCIONES PSICOLÓGICAS

2.1 DEFINICIÓN

Según Aguiar y Bohn⁶², el cáncer es un problema de salud pública mundial de primer orden, representando la segunda causa de muerte en los países desarrollados, por detrás de las enfermedades cardiovasculares, y una de las primeras cinco causas de mortalidad en todo el mundo. Se le responsabiliza del 22% de la mortalidad global. El cáncer se define como una enfermedad sistémica que afecta a las células del hombre y animales superiores, en las cuales, debido a mutaciones de su material genético, se altera el control del crecimiento celular, haciéndolo de una forma anárquica, lo que conduce a la aparición de una masa celular llamada tumor. La masa inicialmente microscópica, crece progresivamente dentro de un órgano o víscera, invade los tejidos vecinos y se disemina a distancia a través de la corriente sanguínea o linfática, terminando en un plazo más o menos breve con la vida del huésped, al interferir con sus funciones biológicas

⁶² Aguiar y Bohn. El cáncer. Epidemiología y Etiología. En Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales, ICEPSS Editores, España 1998.

vitales. En la American Cancer Society en el 2000 mencionan que el Cáncer es un conjunto de varias enfermedades relacionadas. Todas las formas de cáncer implican el crecimiento sin control y propagación de células anormales. Las células normales del organismo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada. Durante los primeros años de la vida de una persona las células normales se dividen más rápidamente hasta que la persona llega a la edad adulta. Luego, la mayoría de las células normales en los tejidos se dividen únicamente para reemplazar a las células que se están deteriorando o muriendo o para sanar lesiones.⁶³

Sin embargo, las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose, y pueden propagarse a otras partes del cuerpo. En este nuevo sitio, las células cancerosas continúan creciendo. A la propagación de un tumor hacia otro sitio se le llama metástasis. Aún cuando el cáncer se propaga a un nuevo sitio, se le sigue llamando por el nombre de la parte del cuerpo en donde se originó.⁶⁴

2.2 TIPOS DE CÁNCER MÁS FRECUENTE

El cáncer se clasifica según la parte del cuerpo en donde se inicia y por su apariencia a través del microscopio. Diferentes tipos de cáncer varían en sus índices de crecimiento, patrones de propagación y

⁶³ Aguiar y Bohn. (Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales) op. cit.

⁶⁴ Ibid

respuestas a diversos tipos de tratamiento. Por esta razón las personas con cáncer necesitan un tratamiento dirigido a la forma específica del cáncer que padecen.⁶⁵

Fraumeni, Devesa, Hoover y Kinlen afirman que los valores absolutos de incidencia mundial por cáncer han pasado cifras cercanas a los 6.000.000 en 1975 a siete millones y medio en 1985, estimándose en más de 10.000.000 la incidencia para el final del milenio, si se mantiene la tasa de crecimiento anual. En 1992 se diagnosticaron en los Estados Unidos más de un millón de casos con 520.000 muertes.⁶⁶

El cáncer de pulmón fue responsable del 30% de la mortalidad y ésta se mostró doble en varones respecto a las mujeres. Los tumores de mama, pulmón y el cáncer colorrectal fueron las neoplasias más frecuentes, agrupando el 50% de los casos nuevos diagnosticados cada año. Un dato destacable es el avance hasta el primer puesto en las tasas de mortalidad del cáncer de pulmón respecto al de mama en el sexo femenino, hecho relacionado con el aumento del hábito de fumar por las mujeres a partir de la II Guerra Mundial y la disminución discreta de mortalidad en el cáncer de mama.⁶⁷

⁶⁵ Aguiar y Bohn. (Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales) op. cit.

⁶⁶ Fraumeni J. F., Devesa S. S., Hoover R. N., Kinlen L.J. Epidemiology of Cancer. En De Vita V. T., Hellman S. y Rosenberg S. A. (eds.) Cancer Principles and Practice of Oncology. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1993; 43-67.

⁶⁷ *ibid*

El cáncer no respeta ninguna edad en el momento de su presentación, siendo más frecuente entre los 60-70 años. Desgraciadamente, determinados tumores se presentan en la infancia, por lo que se conocen como Tumores infantiles. Dentro de ellos, las leucemias y linfomas suponen casi el 45% del total, correspondiendo el resto a otros tumores de estirpe sarcomatosa o del Sistema Nervioso Central. Afortunadamente, su tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes es baja, por lo que suponen un porcentaje pequeño de pacientes dentro del conjunto de todas las neoplasias.⁶⁸

Dentro del Instituto Estatal de Cancerología en Acapulco, Gro., en 1998 el cáncer cervicouterino tuvo el 45.67% de la población femenina, y en relación a la población masculina el más frecuente en este año fue el cáncer de cabeza y cuello con el 22% de la población. El Cáncer Cervicouterino es el más frecuente con 230 casos , el que le sigue a esta cifra es el cáncer de mama con 80 casos tan sólo en 1999.

2.3 TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Según Aguiar y Aguiar las medidas terapéuticas capaces de detener el crecimiento tumoral y erradicarlo, en mayor o menor medida, son de variada naturaleza, y su aplicación depende del tipo de tumor, su

⁶⁸ Horowitz M. E., Smith M. y Magrath I. T. et al. Cancers in Children. En: MacDonald J. S., Haller D. G., Mayer R. J. (eds.).Manual of Oncologic Therapeutics. Philadelphia: Lippincott J. B., 1990; 312-329.

localización, su tamaño, etapa evolutiva y otras condiciones biológicas del huésped.⁶⁹

Existen varias opciones de tratamiento para el paciente con cáncer: la cirugía, radiación, quimioterapia, terapia hormonal e inmunoterapia.

Hernández afirma que hoy en día la *cirugía* ofrece la mayor probabilidad de curación para muchos tipos de cáncer. Alrededor del 60% de los pacientes de cáncer son sometidos a algún tipo de cirugía.⁷⁰

La *terapia de radiación* utiliza ondas o partículas de alta energía tales como los rayos X o los rayos gamma, para destruir o dañar las células cancerosas.⁷¹

Prácticamente el 80% de los pacientes con cáncer requiere, a lo largo de su evolución, recibir uno o más tratamientos radioterápicos. La radioterapia se utiliza, generalmente, asociada a otros tratamientos, como la cirugía y la quimioterapia, aunque existe un buen porcentaje de

⁶⁹ Aguiar y Aguiar. Diagnóstico y Tratamiento farmacológico del Cáncer. En Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales, España 1998:ICEPSS Editores. pp. 109-118.

⁷⁰ Hernández J. Tratamiento anticáncer: Cirugía. En Gómez Sancho. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales, ICEPSS Editores. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. Canarias 1998. pp. 133-146.

⁷¹ Hernández M. Tratamiento anticáncer: Radioterapia. En Gómez Sancho. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales, ICEPSS Editores. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. Canarias 1998. pp. 119-132.

casos en que por sí misma es capaz de curar el tumor.⁷² La ventaja fundamental de usar la radioterapia como tratamiento único es la de preservar la morfología y función del órgano tratado.⁷³ Existen dos formas principales de administrar la radioterapia: Teleterapia y Braquiterapia.

La *quimioterapia* es el uso de medicamentos para tratar el cáncer que, por lo general, se administran en una vena o por la boca. Estos medicamentos pasan a la sangre y llegan a todas las células del cuerpo, lo que hace que este tratamiento resulte potencialmente contra el cáncer que se ha extendido.⁷⁴

La *terapia hormonal* es un tratamiento con hormonas, medicamentos que interfieren en la producción de hormonas o acción hormonal, o la extirpación y disminución de las glándulas productoras de hormonas para destruir las células cancerosas o desacelerar el crecimiento de éstas.⁷⁵

La *inmunoterapia* es el uso de tratamientos que promueven o apoyan la respuesta inmunológica del cuerpo a una enfermedad como el cáncer.⁷⁶

⁷² Hernández M. (Tratamiento anticáncer: Radioterapia) op. cit.

⁷³ Aguiar y Aguiar. (Diagnóstico y Tratamiento farmacológico del Cáncer) op. cit.

⁷⁴ Ibid

⁷⁵ Ibidem

⁷⁶ Ibidem

2.4 REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA ENFERMEDAD Y LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON CÁNCER

Existen tres determinantes principales en la adaptación psicológica al cáncer:

1. Actitudes socioculturales sobre el cáncer;
2. Las características intrapsíquicas e interpersonales del paciente;
3. Los determinantes relacionados con el aspecto médico de la enfermedad, es decir, su estadio y curso clínico, los tratamientos y los sitios específicos del cáncer.⁷⁷

Las situaciones médicas a las que se tiene que adaptar el paciente con cáncer incluyen el diagnóstico, el pronóstico, los tratamientos y las situaciones que se pudieran presentar durante el curso clínico de la enfermedad.⁷⁸

En el cáncer puede haber una cura total, un largo período de sobrevida libre de enfermedad seguido de una recurrencia, un estado crónico de enfermedad acompañado de disfunciones diversas o una enfermedad encaminada hacia la muerte.⁷⁹

⁷⁷ Holland J. C. Clinical Course of Cancer. En Holland J. y Roland J. Handbook of psychological care of the patient with cancer. N. Y. Oxford University Press, 1989.

⁷⁸ Ibid

⁷⁹ Ibidem

Los determinantes que modulan y tienen un impacto en dichas situaciones médicas son:

- ✓ La fuerza psicológica del paciente (predecida en parte por su conducta previa ante el estrés)
- ✓ El nivel de desarrollo
- ✓ Apoyo social disponible (familia, amigos, médicos y el equipo de salud en general)⁸⁰

Revelación del diagnóstico de cáncer.- El doctor es el que debe decirle al paciente que tiene cáncer; cuándo y cómo lo hace y la forma en la que presenta el plan del tratamiento son críticos para el bienestar emocional del paciente y la subsecuente adaptación.⁸¹

Las reacciones del paciente ante el conocimiento del diagnóstico varían de una persona a otra e incluso una misma persona puede reaccionar de diversas maneras, sin embargo hay una tendencia general a reaccionar.⁸²

La forma de reaccionar va a estar influida por la edad, clase social, cultura, creencias religiosas, rapidez en instaurarse el proceso o personalidad del paciente. Estas fases son:

- *Shock o negación:* tras el impacto psíquico de la noticia lo habitual es un mecanismo de negación de la evidencia. Puede

⁸⁰ Holland J. C. (Clinical Course of Cancer) op. cit.

⁸¹ Ibid

⁸² Ibidem

ocurrir que el paciente no pase de esta fase y que peregrine de unos profesionales a otros, en una búsqueda incansablemente que confirme un error en la primera información. En la mayoría de los casos, sin embargo, es una fase transitoria.

- *Ira*: el paciente conoce la realidad pero no la acepta. Con frecuencia desplaza su ira a los profesionales sanitarios o el sistema, provocando situaciones de tensión e incomodidad, a lo que el médico puede responder de manera inadecuada y en espejo.
- *Negociación*: es un intento de negociación y aplazamiento de las malas noticias, negociación con Dios, con los médicos, procurando escapar de manera mágica de una realidad que le resulta insoportable.
- *Depresión*: cuando fracasan los mecanismos anteriores y se hace evidente la realidad de la situación, puede caer en un estado depresivo importante. Puede querer aislarse, no comunicarse con los demás y hacer difícil la convivencia con los familiares que tratan de ayudarle; o también, rechazar y no colaborar con los tratamientos que se les ofrecen.
- *Aceptación*: cuando el paciente asume la situación. Puede reaccionar encerrándose en sí mismo, sin querer relacionarse, lo que puede ser desconcertante y doloroso para las personas que le rodean. Muchas familias no comprenden este proceso y se sienten ofendidos o irritados por la conducta del paciente.⁸³

⁸³ S. A. http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_21.htm

En el periodo seguido al diagnóstico hay un efecto violento y perturbador en la personalidad en la medida en la que el individuo busca integrar la idea de cáncer a través del empleo de mecanismos de defensa para evitar la amenaza.⁸⁴

La presencia de una enfermedad seria perturba el sistema entero de relaciones del sujeto:

- ✓ Se desconocen las consecuencias de la enfermedad, por lo tanto el individuo se enfrenta o se tiene que readaptar a diversas posibilidades como la pérdida de una parte de su cuerpo, el dolor que pudiera provocarle la enfermedad o incluso la muerte;
- ✓ Se ve forzado a intentar adaptarse en un momento en que sus energías están ocupadas con la enfermedad;
- ✓ Tiene que integrar en su contexto diversas relaciones centrales con una serie de extraños que van a tener la vida de éste en sus manos.⁸⁵

Efectos de los tratamientos.- El tratamiento para el cáncer hoy en día es multimodal y en cada tipo de tratamiento hay diferentes reacciones psicológicas asociadas, mismas que describiré a continuación:

Reacciones psicológicas ante la cirugía de cáncer.- La cirugía hoy en día continua jugando un papel muy importante en el tratamiento curativo del cáncer. Todavía no puede ser empleado eficazmente sin la atención a posibles influencias psicológicas como la facultad de la persona de

⁸⁴ S. A. http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_21.htm op. cit.

⁸⁵ Holland J. C. (*Clinical Course of Cancer*) op. cit.

entender el procedimiento propuesto, reconocer su necesidad y tolerar la tensión y malestar asociados con el procedimiento para alcanzar el beneficio de mejorar la sobrevida.⁸⁶

La reacción psicológica anticipada a un procedimiento de cirugía es de miedo y ansiedad. Estos sentimientos toman diferentes formas dependiendo de experiencias anteriores, personalidad y la naturaleza del procedimiento planeado es común el miedo a la anestesia, el dolor y muerte durante la operación.⁸⁷

Strain y Grossman en 1977 subrayan la preocupación que provocan las cirugías incapacitantes: la amenaza al sentido de invulnerabilidad personal, la preocupación de que la vida depende de otros, la separación del ambiente familiar y de sus miembros, miedo transitorio de pérdida de control o muerte durante la anestesia, temor a despertar parcialmente durante la cirugía y temor a que se cause algún daño a alguna parte del cuerpo.⁸⁸

Es muy importante que el paciente reciba una explicación adecuada por parte del personal de salud de todos los aspectos del procedimiento propuesto: el tipo de anestesia que será utilizada, la naturaleza del procedimiento quirúrgico, el tiempo esperado en el cuarto de

⁸⁶ Jacobsen P. y Holland J. C. Psychological Reactions to Cancer Surgery. En Holland J. y Roland C. Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, 1989. pp. 117-133.

⁸⁷ Ibid

⁸⁸ Ibidem

recuperación y en el hospital, las partes del cuerpo que serán amputadas, la pérdida de funciones que pueden ser temporales o permanentes y los procedimientos correctivos y de rehabilitación.⁸⁹

La presencia de síntomas depresivos, antes y después de la cirugía, se asocia muy a menudo con la presencia de dolor no controlado y aparece usualmente con síntomas de ansiedad, resultando en un diagnóstico de un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y humor depresivo.⁹⁰

Una recuperación sencilla de una cirugía para una condición benigna es acompañada de una disminución en depresión en el tercer día después de la operación. Este patrón, sin embargo puede no ser el caso cuando el diagnóstico es cáncer.⁹¹

La depresión mayor frecuentemente ocurre después de una cirugía de cáncer cuando los resultados son particularmente fatales, por ejemplo, cuando un tumor es irsecable y el pronóstico es pobre, cuando un miembro o un seno es amputado, o cuando en una cirugía ginecológica o urológica se conoce un resultado de esterilidad o disfunción sexual. Entonces el periodo postoperatorio es de recuperación del

⁸⁹ Jacobsen y Holland (Psychological Reactions to Cancer Surgery.) op. cit.

⁹⁰ Strain, J. J. The Surgical Patient. In R. Michels, J. O. Cavemar, Jr., H. K. H. Brodie, A. M. Cooper, S. B. Guze, L. L. Judd, G. L. Klerman and A. J. Solnit (eds.), Psychiatry, Vol 2. Philadelphia: Lippincott, 1985. Chapter 121.

⁹¹ Jacobsen y Holland. (Psychological Reactions to Cancer Surgery) op. cit.

procedimiento pero también de enfrentarse con la adaptación de una pérdida y la posible muerte.⁹²

Además de las reacciones postoperatorias comunes anteriormente descritas, existen otras reacciones psicológicas asociadas con el sitio de la cirugía y la pérdida funcional. Las reacciones emocionales adversas se correlacionan con el significado psicológico de la pérdida, especialmente en la cara, pecho, genitales o colon. Existen problemas en sitios específicos que también surgen cuando la cirugía provoca una pérdida en particular de la función por ejemplo: la pérdida del funcionamiento normal del intestino seguido de una colostomía y la pérdida del habla normal seguido de una laringectomía son dos de los ejemplos más notables.⁹³

Reacciones psicológicas de la radioterapia del cáncer.- Peck y Peck y Boland proporcionaron las primeras entrevistas sistemáticas a pacientes bajo radiación. Encontraron reacciones comunes como ansiedad, depresión, enojo y culpa. Los pacientes emplearon mecanismos de defensa de negación, desplazamiento (preocupación por los demás), identificación (unirse a la lucha del médico) y dependencia en el doctor y el tratamiento. Los pacientes se sintieron pesimistas con relación a sus tratamientos debido a que nadie los había preparado para recibirlos. Aquellos pacientes entrevistados después de completar su tratamiento con radioterapia presentaron altos niveles de depresión y ansiedad, en parte porque el efecto secundario de los

⁹² Jacobsen y Holland. (Psychological Reactions to Cancer Surgery) op. cit.

⁹³ Ibid

tratamientos fue interpretado erróneamente como un daño irreparable.⁹⁴ De ahí la importancia de que médicos, enfermeras y los demás profesionales de la salud involucrados apoyen a los pacientes a través de proveer de la información necesaria siempre con una actitud amable que les permita sentir confianza y se favorezca la adaptación.

Las reacciones psicológicas se presentaron como consecuencia de los efectos secundarios como anorexia, fatiga y malestar en general; sin embargo, la depresión y el enojo se incrementaron porque se sintieron peor como consecuencia de la terapia.⁹⁵

Reacciones psicológicas de la quimioterapia del cáncer.- Ambas radioterapia y quimioterapia han sido percibidas históricamente como más atemorizantes para los pacientes que la cirugía. La quimioterapia inicialmente se empleaba para paliar o controlar las enfermedades avanzadas más no para curarlas y esta idea se ha mantenido en la mente de mucha gente. Las personas generalmente se rehúsan a recibir quimioterapia debido a que perciben que es mayor el riesgo para la vida que la efectividad del tratamiento. Sin embargo, todas estas actitudes han ido cambiando y a pesar de que todavía hay tumores para los que la quimioterapia no tiene mucho efecto, en muchos otros tipos

⁹⁴ Peck, A. Emotional reactions to having cancer. Am. J. Roentgenol. Radiat. Ther. Nucl. Med. 1972. 114:591-99 y Peck, A. and J. Boland. Emotional reactions to radiation treatment cancer 1977. 40:180-184.

⁹⁵ Holland J. C. Radiotherapy. En Holland J. C. Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, 1989. pp.134-144.

de cáncer si ha sido efectiva como en la enfermedad de Hodking, el cáncer de testículo, de seno, de pulmón, colon y ovario.⁹⁶

Hay muchos efectos secundarios provocados por la Quimioterapia como la alopecia, náusea y vómito, fatiga, anorexia, diarrea y problemas sexuales, entre otros. Se afecta seriamente su habilidad para aceptar y tolerar la Quimioterapia debido a la pérdida del cabello.⁹⁷

Se ha observado que los niveles de ansiedad que presentan los pacientes antes y durante la administración de los tratamientos juegan un papel importante en la exacerbación de dichos síntomas.⁹⁸

La náusea y el vómito son las principales preocupaciones para muchos pacientes que están a punto de comenzar la quimioterapia. De hecho, no todos los medicamentos para el cáncer ocasionan náusea y vómito. Además las personas reaccionan de manera distinta al mismo medicamento. Antes de ser aplicada la quimioterapia, muchos pacientes tienen sensación de náusea y vómito, a esta situación se le conoce como náusea y vómito anticipatorio.⁹⁹

⁹⁶ Lesko L. M. y Holland J. C. Chemotherapy, endocrine therapy and immunotherapy. En Holland J. C. Handbook of Psicooncology. Oxford University Press, 1989. pp. 146-160

⁹⁷ Ibid

⁹⁸ Reynoso E. y Saed M. R. Quimioterapia: Manual para el paciente oncológico. Alianza: Agrupación de Especialistas, Pacientes y Familiares en Lucha contra el Cáncer.

⁹⁹ Ibid

Los pacientes están temerosos de la recurrencia o progresión del cáncer. Perder peso es interpretado como evidencia de avance de la enfermedad. A pesar de los intentos por comer, la anorexia usualmente asociada con el avance de la enfermedad conduce a la caquexia y a la idea de que el paciente se está consumiendo.¹⁰⁰

Algunos pacientes llegan a preocuparse por comer y mantener un peso normal para prevenir el miedo de la recurrencia del tumor indicado por perder peso.¹⁰¹

Las alteraciones en la apariencia resultado de la obesidad o pérdida de peso, particularmente cuando se suman a la alopecia, pueden provocar pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.¹⁰²

También el terminar la quimioterapia a menudo crea problemas psicológicos inesperados de ansiedad, aunque se pudiera esperar que recibir el último ciclo de quimioterapia podría ser motivo de celebración; en múltiples ocasiones no es así. Generalmente los pacientes tienen miedo a finalizar el tratamiento porque piensan que si este se suspende el cáncer regresará.¹⁰³

Reacciones psicológicas de la inmunoterapia del cáncer.- Algunos de los efectos secundarios pueden producir síntomas como gripe, y la

¹⁰⁰ Lesko y Holland. (Chemotherapy, endocrine therapy and immunotherapy) op. cit.

¹⁰¹ Ibid

¹⁰² Ibidem

¹⁰³ Ibidem

severidad de los efectos se relaciona con la dosis. En un rango de altas dosis, los pacientes experimentan fatiga, cefalea, una marcada reducción en la concentración y depresión tan severa que a veces presentan ideas suicidas. Además son comunes: la confusión, somnolencia, encefalopatía difusa expresada en afasia y episodios psicóticos con alucinaciones. Existen problemas psiquiátricos, como fobias u obsesiones, que pueden acentuarse en intensidad durante el tratamiento.¹⁰⁴

En medio de todas estas reacciones físicas y emocionales, es de central importancia el papel de la enfermera, que es quien está más cerca del paciente durante su tratamiento y que puede influir positivamente en los pacientes cuando es sensible a sus necesidades.

2.5 REPERCUSIONES EN EL PERSONAL DE SALUD

Los aspectos estresantes en la atención médica pueden considerarse bajo las siguientes premisas: en primer lugar, la forma específica de algunas enfermedades; en segundo lugar, las labores desarrolladas por los trabajadores de la salud; y por último, las clases de relación que se establecen entre el trabajador y el paciente.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Quesada, J. R. M. Talpaz, A Rios, R Kurzrock, and J. U. Gutterman. Clinical toxicity of interferons in cancer patient: A review. *J. Clin. Oncol.*, 1986. 4:234-243 y Clark, J. W. y Longos D. L. *Interferons in cancer therapy*. In V. T. De Vita, Jr., S Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.), *Updates, Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, 1987. pp. 1-15

¹⁰⁵ S. A. *Estrés en los trabajadores de la salud*. www.cepis.org.pe/eswww/fulltext/repind61psps.html. Actualizado el 19/08/99.

A continuación se mencionará el proceso de ajuste psicológico del personal de salud:

Naturaleza de la enfermedad.- Los puntos críticos del trabajo con personas en desgracia 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.¹⁰⁶

No hay duda de que trabajar con enfermos enfrentados a experiencias de dolor y de pérdida, plantea para el cuidador unos retos muy difíciles.¹⁰⁷

La impotencia para contrarrestar el progreso inexorable de enfermedades malignas o de enfermedades como el sida y el mal de Alzheimer, junto con otras enfermedades crónicas y debilitantes que afectan a la comunidad y abundan en los hospitales, puede provocar sentimientos muy arraigados de impotencia y desesperanza terapéuticas.¹⁰⁸

Algunas enfermedades pueden desgastar las capacidades y funciones consideradas como esencia de la personalidad. Las enfermeras y otros trabajadores de la salud son testigos de este decaimiento progresivo en

¹⁰⁶ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

¹⁰⁷ López Imedio Eulalia. Enfermería en Cuidados Paliativos. Ed. Medica Panamericana. España 1998.

¹⁰⁸ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

los pacientes. La empatía e identificación con el paciente pueden llegar a ser difíciles de mantener.¹⁰⁹

Ante una enfermedad que causa deterioro progresivo y muerte, principalmente entre la gente joven; el trabajador puede enfrentar con temor la enfermedad y su posibilidad de contagio; siendo también poco alentadora la respuesta que pueda obtener de sus compañeros y, especialmente, de los miembros de su familia.¹¹⁰

Labores relacionadas con la atención médica.- La clasificación de conocimiento y habilidades por áreas es necesaria para suministrar apropiadamente atención especializada y para hacerse cargo de las múltiples labores a desarrollar (por ejemplo: revisión y examen médico, enfermería, terapia ocupacional, etc.)¹¹¹

Un elemento importante en estas labores es la confianza implícita que se da en el cuidado del paciente. La intimidad se convierte en un aspecto fundamental de esta confianza. Como paciente, a una persona frecuentemente se le solicita pasar por un examen físico, discutir acerca de muchos aspectos de su vida privada y permitir procedimientos o investigaciones que pueden resultarle vergonzosas e invasoras de su intimidad.¹¹²

¹⁰⁹ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

¹¹⁰ Gerbert, B., Maguire, B. et. al. Why Fear Persists: Health Care Professionals and AIDS. JAMA, 1988, 260, 23, 3481-3483.

¹¹¹ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

¹¹² Ibid

Aquí tal vez, el estrés del personal médico se identifica con mayor dificultad. Las exigencias para la toma de decisiones que afectan el bienestar de otros en medio de las muchas incertidumbres que rodean la práctica médica, el manejo de aspectos difíciles, dolorosos o vergonzosos para los pacientes, y ser el receptor de la confianza del paciente e información, son algunos de los estresores a los que se enfrenta el personal de salud cuando desarrolla sus funciones.¹¹³

También se genera estrés cuando se tiene que tomar la decisión de suspender un tratamiento considerado de una pobre relación riesgo/beneficio o ejecutar acciones que conducirán a una prolongación innecesaria del sufrimiento del paciente.¹¹⁴

En las enfermeras, las labores íntimas del cuidado diario del paciente, pueden crearle un fuerte lazo de unión, pero también pueden generar sentimientos contrarios que afecten su desarrollo normal; por ejemplo, vergüenza o aún repulsión a hacerlo.¹¹⁵

Son varias las fuentes de estrés que se presentan por las exigencias de este trabajo en particular; el conflicto entre permanecer emocionalmente distante del enfermo y su familia o establecer un vínculo afectivo más cercano. Un paciente que se vuelve muy significativo para nosotros

¹¹³ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

¹¹⁴ Bejarano P. El estrés en el equipo de cuidados paliativos. En Morir con dignidad. Fundación Omega. Sta. Fe de Bogotá, Colombia, 1992

¹¹⁵ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

puede dificultarnos el poner límites entre sus necesidades de cuidado y las nuestras de autocuidado (tiempo libre, actividades extralaborales, descanso, etc.)¹¹⁶

La frustración por haber invertido grandes energías físicas y emocionales cuidando a una persona que de todos modos iba a morir, se lleva el esfuerzo hecho y deja una sensación de vacío. Esta experiencia repetida puede llevarnos a cuestionar el sentido de nuestra actividad.¹¹⁷

Shulmann y Mantell en 1988 mencionan que hay ciertas labores en las que se pueden presentar conflictos entre el tratamiento y el cuidado. La orden de no resucitación muy común en los hospitales, algunas veces reflejan la desesperanza del personal. Este factor ha llegado a ser especialmente estresante entre médicos y enfermeras encargados de la atención a pacientes con sida.¹¹⁸

En otras circunstancias, por ejemplo, en la curación de quemados y la administración de quimioterapia a pacientes con enfermedades malignas, el personal se ve en un dilema, ya que en ese momento ocasionan el sufrimiento, a través del tratamiento, aunque los beneficios a largo plazo son difíciles de conciliar con las reacciones inmediatas del paciente de dolor y sufrimiento.¹¹⁹

¹¹⁶ Bejarano P. (El estrés en el equipo de cuidados paliativos.) op. cit.

¹¹⁷ Ibid

¹¹⁸ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

¹¹⁹ Ibid

Quienes trabajan en el cuidado de la salud también se enfrentan a las variadas y complejas reacciones de los pacientes, sus familiares y seres queridos, causadas por el estrés de la enfermedad y el trauma. El dolor de una madre por su niño enfermo, la pérdida del cónyuge son situaciones difíciles de enfrentar.¹²⁰

La mala adaptación emocional de un paciente puede condicionar distintas dificultades en su relación con las enfermeras. En esos casos, una actitud profesional adecuada requiere el conocimiento de los procesos psíquicos que determinan la conducta del enfermo, y también de la mejor manera de abordarlos. Para cada modalidad defensiva hay actitudes que pueden favorecer la adaptación y otras, entorpecerlas.¹²¹

El personal de salud, particularmente el de los hospitales o el que trata con pacientes terminales, llega 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; por ejemplo, observar un cadáver, ser testigo de un desfiguramiento traumático o de un grave deterioro físico.¹²²

¹²⁰ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit

¹²¹ Palomo J. M. El estrés del entorno hospitalario y familiar en cirugía. Consideraciones generales de la relación médico-paciente. www.lafacu.com/apuntes/psicologia/estrés_ciru/default.htm

¹²² S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud) op. cit.

Esta intimidad con la muerte y el sufrimiento pueden provocar también una evaluación de su vida y los nexos que lo atan a ella, proceso tensionante en muchas personas.¹²³

A diferencia de los profesionales de salud mental (psiquiatras, psicoanalistas o psicoterapeutas), que tienen que elaborar la angustia de la muerte con sus pacientes, el médico tiene "un contacto permanente y siempre formulado con la muerte".¹²⁴

Se ha podido ver que el médico y la muerte entablan una lucha en la arena de la enfermedad, que tiene como portador al paciente. A veces el médico gana la lucha curando la enfermedad, y otras, la muerte lo derrota, llevando al paciente a sucumbir.¹²⁵

Naturaleza de la relación con el paciente.- Raphael en 1981 refirió que durante la atención médica, se desarrollan relaciones estrechas entre el personal de salud y los pacientes. Sin embargo, los procedimientos establecidos parecen restarle énfasis, tal vez como una forma de paliar las experiencias potencialmente perturbadoras para la vida de los pacientes. En las áreas de alto estrés, como unidades de quemados, salas de oncología, o más recientemente, de enfermos con sida, los trabajadores deben concentrarse en tareas prácticas, que le permiten

¹²³ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud) op. cit

¹²⁴ S. A. www.coba.org.ar/inv/invest_36e.htm

¹²⁵ Ibid

integrarse de forma saludable a lo que de otra manera sería una experiencia intolerable.¹²⁶

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 sensible, competente y compasiva. Sobre el vínculo establecido, cualquiera de los dos puede responder inapropiadamente, si están influidos por experiencias importantes y significativas ocurridas en el pasado.¹²⁷

Tales 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 aporta a esta relación un cúmulo importante de experiencias como otros pacientes que, inconscientemente, influyen en su forma de acercarse a los nuevos pacientes. Esto se debe principalmente a la gran carga emocional presente en todos los aspectos de su trabajo.¹²⁸

Es un hecho que emociones como la compasión, simpatía y empatía por los demás, son compartidas por los cuidadores implicados. Sin embargo, estas emociones pueden ser causa de que el cuidador se vea a menudo desbordado, vulnerado y proclive al agotamiento. Todos tenemos un umbral de activación de nuestra empatía por el prójimo,

¹²⁶ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

¹²⁷ Ibid

¹²⁸ Ibidem

umbral determinado por el nivel de tolerancia al estrés emocional. Cuando este nivel es suficientemente elevado, entonces podemos responder a las necesidades de los demás. No obstante, parece ser que más allá de dicho nivel, nos encontramos ante el conflicto de tener que satisfacer nuestras propias necesidades al mismo tiempo que las del otro.¹²⁹

Algunos de los estímulos responsables de la activación de nuestras respuestas emocionales son el miedo de la propia muerte, miedo de causar daño, miedo de ser herido y miedo de ser absorbido.¹³⁰

Durante una internación hospitalaria, es frecuente que las enfermeras conozcan mejor que los médicos los vaivenes del estado anímico del paciente. Ello es atribuible a que mantienen con los enfermos un trato más prolongado, que incluye la intimidad del contacto cotidiano con el paciente y sus necesidades corporales, compartir muchas horas con él y su familia, y el hecho de ser las primeras personas que son llamadas ante cualquier dolor o problema. Todo esto otorga una gran trascendencia a la calidad que tenga la atención de las enfermeras; dicha atención puede ser fuente de tranquilización y reaseguramiento para muchas personas que, por estar enfermas y tener que ser operadas suelen hallarse bastante desconcertadas o angustiadas. Además ellas pueden ser blanco de las quejas permanentes de un

¹²⁹ López Imedio. (Enfermería en Cuidados Paliativos.) op. cit.

¹³⁰ Ibid

paciente muy demandante o regresivo, o del enojo de un enfermo que se siente humillado por su dolencia y sus limitaciones físicas.¹³¹

Todos estos pacientes mal adaptados determinan un mayor compromiso emocional de las enfermeras que los atienden y en casos muy difíciles un considerable desgaste personal. El conocimiento de los procesos psicológicos subyacentes, capacita a la enfermera para mejorar o restaurar su relación con estos enfermos, y evitar conductas contraproducentes. En general, tal vez por la característica de su profesión, las enfermeras tienen una muy buena comprensión de los aspectos no verbales de la comunicación en los pacientes, es decir sus gestos, sus conductas o la variación de sus síntomas.¹³²

Un trabajador puede tener dificultades particulares con ciertos pacientes que otros no experimentan o verse más involucrados con unos que con otros. Algunos pacientes y/o trabajadores pueden desarrollar sentimientos más fuertes cuando empiezan a mostrarse a sí mismos o sus circunstancias, lo que puede coincidir con debilidades ya manifestadas en relaciones pasadas del mismo tipo.¹³³

En muchos servicios hospitalarios, el gran número de pacientes manejados y su alta rotación (frecuentes admisiones y salidas) tienden a romper la continuidad del cuidado y el nivel de satisfacción para quien lo proporciona. La atención se ve interrumpida y el personal puede no

¹³¹ Palomo J. M. (El estrés del entorno hospitalario y familiar en cirugía.) op. cit.

¹³² Ibid

¹³³ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

tener la oportunidad de observar al paciente desenvolviéndose como una persona útil en la sociedad, un paso que le ayudaría considerablemente a desarrollar una apreciación más satisfactoria de la humanidad de sus pacientes.¹³⁴

El vacío y la tristeza experimentados por la muerte de un paciente pueden ser críticos. El tiempo empleado en las unidades mencionadas puede sumergirlo en un estoicismo y automatización del trabajo, no dando cabida a manifestaciones de desacuerdo, vacío e impotencia. Para quienes trabajan en áreas de alta mortalidad (por ejemplo, cuidados intensivos, unidades para enfermos de sida, salas de oncología) los decesos frecuentes se pueden convertir en el factor más importante para que se presenten una sobrecarga traumática.¹³⁵

Doherty ya desde 1988 mencionó que 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 éstos y el personal, han sido subrayados en informes recientes, debido a la creciente preocupación de los usuarios de estos servicios por la pérdida del sentido psico-social en la medicina.¹³⁶

Adaptación del personal.- El enfrentarse con tales estresores, en la atención médica, involucra procesos cognoscitivos, emocionales y de

¹³⁴ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

¹³⁵ Ibid

¹³⁶ Ibidem

comportamiento. La adaptación de ellos depende de los recursos personales del individuo (como su estilo usual de enfrentar las situaciones o las defensas emocionales que posea) 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 encauzar los esfuerzos para enfrentar los estresores.¹³⁷

La manifestación de los esfuerzos por mantener una sensación de dominio variarán en cada individuo, de acuerdo con la percepción de su papel, sus expectativas y sus atributos particulares, sus estrategias de lucha. Es muy importante 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.¹³⁸

Enfrentar el estrés 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 diversos momentos en que está expuesto al estrés en los lugares de trabajo.¹³⁹

Si bien el trabajo en equipo constituye uno de los pilares básicos para la reducción del estrés en la práctica de el área de la salud, gracias a su

¹³⁷ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

¹³⁸ Ibid

¹³⁹ Ibidem

función de apoyo y soporte científico y humano, también representa una fuente importante de tensiones y conflictos.¹⁴⁰

El equipo puede llegar a ser fuente de estrés cuando no está adecuadamente constituido. Su conformación implica un proceso de aprendizaje y adaptación difícil, puesto que es una unidad compleja, y no una simple reunión o suma de individuos trabajando en torno a un mismo problema. El equipo se construye gracias a un trabajo continuado de conocimiento personal, coordinación de actividades, identificación de objetivos y metas, tanto generales como particulares de cada caso, asignación de tareas y funciones, establecimiento de normas y límites, mantenimiento de comunicación efectiva entre sus integrantes, del desarrollo de un liderazgo adecuado y de una autoevaluación permanente de su desempeño. Tal trabajo de construcción exige esfuerzo, creatividad, flexibilidad, tolerancia y autocrítica por parte de sus miembros.¹⁴¹

La adaptación entre los miembros del equipo se va logrando a pesar de ser ellos, individuos cuyas características de personalidad, modos de relación, valores, sentimientos, necesidades y problemas son únicos y diferentes; esto puede producir fricciones, roces, malos entendidos, rechazos o antagonismos sutiles o evidentes que pueden traducirse en tensión y malestar en el equipo.¹⁴²

¹⁴⁰Bejarano P. (El estrés en el equipo de cuidados paliativos.) op. cit.

¹⁴¹Ibid

¹⁴²Ibidem

La esperanza y el altruismo son cualidades importantes cuando se empieza a sentir desesperación, soledad y ansiedad ante la impotencia. La presencia de una patología defensiva puede llevar a disminuir los sentimientos de compasión de aquellos que permanecen en el trabajo, resultando en el distanciamiento y la deshumanización. El trabajador termina por pensar que aislar sus emociones y proporcionar un cuidado frío y mecánico, es todo lo que puede dar de sí.¹⁴³

Puede darse una descompensación en forma de un desorden de estrés traumático como ocurre en la mayoría de los siguientes eventos traumáticos: ansiedad, pesadillas, recuerdos de escenas traumáticas del pasado en situaciones presentes de gravedad.¹⁴⁴

En la medida que se incrementa la exposición a la muerte, se incrementan las señales de agotamiento, algunos se retiran (renuncian o buscan un traslado), mientras que otros pueden desarrollar mecanismos defensivos de alejamiento.¹⁴⁵

El médico y el personal sanitario en general no está preparado para la muerte del paciente. Está enseñado para curar o mejorar, para luchar contra la muerte. Si ésta se produce lo vive como un fracaso, le ha vencido. Todo esto suele reflejar el temor a la propia muerte; una

¹⁴³ S. A. (Estrés en los trabajadores de la salud.) op. cit.

¹⁴⁴ Ibid

¹⁴⁵ Ibidem

inmadurez que la educación médica no ayuda a superar. Falta una asistencia psicológica adecuada al que muere y a los que le rodean, y se cae en una tecnificación de la medicina que olvida la conveniencia de que los individuos decidan. Se puede considerar que “la operación ha sido un éxito pero el paciente ha fallecido”, lo que refleja mucha soberbia del profesional.¹⁴⁶

Al médico se le atribuye una omnipotencia que no tiene, pero para la que se siente demandado a responder. Como resultado él mismo puede, bajo su omnipotencia, considerarse muy culpable por el desenlace. La muerte la vive como una herida narcisista de la que se defiende como puede o como sabe: lo pasa a otro profesional porque no soporta ver el fracaso; lo deja de ver, lo pasa a su ayudante, lo manda a casa o a otro centro, etc.¹⁴⁷

El profesional tiene que ser cuidadoso ante el riesgo de conductas paternalistas o autoritarias que provocan limitación de la libertad individual ajena, y no imponer exploraciones o tratamientos que intentan “ayudar”, pero sin contar con los deseos de la persona.¹⁴⁸

Los médicos jóvenes suelen afectarse de manera importante tras sus primeras muertes. No se les ayuda en estos primeros casos y pueden

¹⁴⁶ S. A. http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_28.htm

¹⁴⁷ Ibid

¹⁴⁸ Ibidem

quedar marcados para siempre, y en el futuro reaccionar distanciándose tanto física como emocionalmente de manera excesiva.¹⁴⁹

CAPITULO 3 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

3.1 PERSONAL DE SALUD IMPLICADO EN ATENCIÓN A PACIENTES CON CÁNCER

Justamente el ejercicio de la enfermería oncológica requiere de un despliegue de actividades que necesita de un control mental y emocional de mayor rigor que en otras disciplinas, ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones, como la manipulación de pacientes con pronóstico sombrío, la necesidad de brindar cuidados no solamente intensivos, sino también prolongados; también se exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental y la exigencia de un espíritu mantenido y presionante de compartir con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor.¹⁵⁰

De todo el análisis conducido hasta el presente puede inferirse la importancia del estudio y manejo del B.O. en los profesionales de la

¹⁴⁹ S. A. (http://red-famamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_28.htm) op. cit.

¹⁵⁰ Chacón R. M. y Grau A. J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. http://www.infomed.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/onc10297.htm.

salud. Al respecto Bravo y cols.¹⁵¹ y Rodríguez Marín¹⁵² mencionan que cuando la relación personal de salud-paciente se deteriora, es frecuente “culpabilizar” de ello a los pacientes, se les cataloga de “majaderos” y se genera cierto grado de hostilidad y resentimiento hacia ellos. A la larga, los profesionales sanitarios pueden acabar reduciendo su eficacia percibida, cuestionando su propia capacidad profesional y personal. Importancia particular tiene aquí la cantidad y calidad del contacto diario con los pacientes. La atención profesional a ellos es emocionalmente muy exigente, de forma que cuanto más tiempo se le dedica, mayor es el riesgo de desgaste emocional que se corre. Asimismo Maslach y Jackson¹⁵³ en 1982 demostraron una relación significativa entre el tiempo que pasan los médicos en contacto directo con sus pacientes y su puntuación en la escala de C.E. del MBI. Los profesionales que dedicaban gran parte de su tiempo a la docencia y/o la administración puntuaban más bajo en esa escala. Tiene también cierta importancia en este personal la naturaleza de la enfermedad con la que se lucha: algunas enfermedades (quemados, cáncer, sida, etc.) son altamente estresantes para el personal de salud, tanto por los síntomas, como la gravedad de su pronóstico.¹⁵⁴

¹⁵¹ Bravo M.J, Zurriaga R., Peiró J. M. et. al. Un modelo casual sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. Revista de Psicología de la Salud, 1993; 5(1):19-36.

¹⁵² Rodríguez Marín J. Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis,1995.

¹⁵³ Maslach y Jackson (Burnout in Health Professions:a social psychological analysis.) op. cit.

¹⁵⁴ Grau y Chacón (Burnout: una amenaza a los equipos de salud.) op. cit.

Por su parte Bruguera menciona que los estudios sociológicos efectuados en diferentes países europeos, para discernir el grado de satisfacción de los médicos con su situación profesional ofrecen unas cifras alarmantes de insatisfacción y de desilusión. Se encontró que el grado de insatisfacción es solamente moderado en algunos, pero alcanza niveles extremos en casi un 10-15% de los médicos, para quienes se ha acuñado el término de "burnout syndrom", o "médicos quemados", como consecuencia del estrés laboral, en quienes la insatisfacción se acompaña de angustia y desinterés para la práctica de la profesión.¹⁵⁵

Por otro lado en un estudio multicéntrico realizado por Cebria y col., se investigaron los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de burnout (Maslach Burnout Inventory) en médicos de atención primaria, realizándose encuestas a 528 médicos. Se halló que el 40% de los encuestados presentaba algún síntoma de burnout y de estos, el 12.4% manifestaba niveles muy altos de "quemazón" profesional. Se encontró además que algunos rasgos de la personalidad como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad se asocian de manera significativa al burnout, existiendo algunas diferencias entre estos factores internos por sexo.¹⁵⁶

¹⁵⁵ Bruguera M. www.geocities.com/esalac/medicosburnout.html. Barcelona, 1999.

¹⁵⁶ Cebria J., Segura S., Corbella P., Comas O., García M., Rodríguez C., Pardo J., y Pérez J., Rasgos de Burnout y Personalidad en Médicos de Familia. Atención Primaria 2001. 27(7): 459-468. www.gueb.com/buscador/buscador.asp

Igualmente, en un estudio realizado por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) del Sindicato Médico de Sevilla donde encuestaron a los médicos de este lugar se encontró que un 38% de los médicos padece Síndrome de "Burnout" (síndrome del quemado), presentando actitudes negativas hacia el enfermo y baja autoestima, entre otros síntomas. Según los resultados el perfil de riesgo para padecer este problema es el siguiente: ser hombre, con más de 44 años de edad, solteros, más de 17 años en la profesión y más de 12 años en la actividad que desempeña actualmente. En cuanto a los factores desencadenantes, el estudio en el que participaron 200 facultativos destaca la influencia del desajuste entre las expectativas planteadas sobre la carrera profesional y la realidad cotidiana, además de aspectos propios de la atención sanitaria como trato directo con los sufrimientos de los pacientes, variabilidad e incertidumbre diagnóstica y excesiva burocratización.¹⁵⁷

Se reconoce la existencia de grandes niveles de estrés en el personal que asiste pacientes críticos en áreas de Emergencia y Cuidado Intensivo. Esto no está bien definido para las Unidades de Emergencia Móvil, pero pueden incluirse en la misma situación con el agravante que implica la necesidad de concurrir a toda velocidad al sitio donde se desarrolla el evento que pone en riesgo la vida, imbuirse del escenario (lugar y clima de angustia que allí se vive), además de encarar la enfermedad en sí. Algunos factores estresantes son atribuibles al ambiente laboral y otros se relacionan con las características sociales y personales del individuo afectado. Si el especialista que brinda este tipo de asistencia tiene expectativas poco realistas, a propósito de su

¹⁵⁷ S. A. www.europapress.es/europa2001/abierto/noticia.asp?cod=20021112135813

desempeño, cuando ve que estas expectativas no se materializan y que, a pesar de su intervención, la evolución del paciente o su pronóstico son malos, la autoestima se ve amenazada. El objetivo de este trabajo fue analizar la incidencia de estrés y el riesgo de desarrollar "burnout" entre los miembros del personal asistencial de un sistema de emergencia médica móvil. Se diseñó una encuesta a 76 miembros del personal asistencial del Servicio de Urgencia, Asistencia y Traslado (SUAT). 42 hombres y 34 mujeres, 22 médicos pediatras, 26 médicos de adultos y 28 enfermeras y chofer-enfermero. La selección de los encuestados se realizó al azar. Se investigaron las siguientes áreas: dedicación temporal real al trabajo, aspiraciones de modificación del mismo, desarrollo de síntomas físicos sugestivos de estrés y "burnout", trastornos en la vida personal en el plano afectivo y social y percepción de afectación del desempeño laboral.¹⁵⁸

En este trabajo se detectó una carga de trabajo muy alta, en cuanto a horas trabajadas, ya sea en EM o en otros ámbitos laborales, que implican igualmente estrés. Las expectativas laborales resultaron ser muy diferentes, según los datos recogidos, ya que un gran porcentaje de los encuestados desea disminuir drásticamente el número de horas trabajadas, así como la distribución de las mismas en los diferentes lugares de trabajo.¹⁵⁹

¹⁵⁸ Matrai L. Estrés y "burnout", aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil. www.sup.org.uy/Archivos/Pediatria72_s/pdf/matrai.pdf. 2001.

¹⁵⁹ Ibid

Las manifestaciones físicas sólo aparecieron si el individuo maneja estos factores estresantes con los que se enfrenta diariamente de una forma mal adaptativa. En esta encuesta se encontró una alta incidencia de cansancio físico desproporcionado al esfuerzo realizado, junto con falta de voluntad para el desempeño laboral. También se encontró una incidencia importante de dificultades en la relación de pareja que los encuestados vincularon a su forma de trabajo, con ausencia exagerada del hogar, y poca comunicación con el cónyuge. En la mayoría de los encuestados esto es vivido con abrumadora sensación de culpa.¹⁶⁰

Todas las personalidades tienden a desarrollar mecanismos de protección del estrés, pero pueden verse superadas por éste y desarrollar agotamiento y agobio físico y psicológico que caracteriza el síndrome. Se interrogó a los participantes acerca de las estrategias y mecanismos empleados para encarar el estrés y se reconoció una alta incidencia del uso de ironía, chistes de humor negro, comentarios macabros acerca de los pacientes, con la finalidad de aflojar las tensiones que las situaciones críticas provocan. Un bajo porcentaje admitió ponerse agresivo con sus compañeros de guardia, y algunos más admitieron descargar esa agresividad en su casa una vez terminada la labor.¹⁶¹

Por otro lado, Vega, Pérez Urdániz y Fernández Cantí en un estudio realizado con una muestra de 160 trabajadores, concluyeron que los

¹⁶⁰ Matrai L. (Estrés y "burnout", aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil.) op. cit.

¹⁶¹ Ibid

médicos del Hospital Clínico de Salamanca presentaron un grado medio de *burnout*, caracterizado por altos niveles de agotamiento emocional, niveles medios de despersonalización y moderadamente altos de realización personal. Estos médicos se sienten mal pagados y presentan una alta implicación afectiva con su empleo. Aunque aprecian el trabajo en equipo, creen que existe una mala comunicación entre ellos y una inadecuada distribución de los refuerzos según el trabajo realizado.¹⁶²

Asimismo padecer mayor grado de *burnout* se asocia con el consumo de más de 20 cigarrillos al día, menor implicación laboral afectiva y peor salud general (medido por el cuestionario de Goldberg de 28 ítems), que los no fumadores y que los que fuman menos de 20 cigarrillos al día. Un 20% de los médicos presentan síntomas psicopatológicos que alcanzan el nivel de probable caso psiquiátrico según el cuestionario de Goldberg.¹⁶³

Mingote, Denia y Jiménez realizaron un estudio sobre el Síndrome de Desgaste Profesional en diplomados universitarios de enfermería que trabajan en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, con el objetivo de estudiar su posible asociación con variables ocupacionales como la especialidad y variables demográficas. Se recogieron 109 cuestionarios cumplimentados de los 130 distribuidos, tras realizar

¹⁶² Vega D. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general. [Tesis doctoral dirigida por los Dres. Pérez Urdániz y Fernández Cantí]. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1995

¹⁶³ *Ibid*

reuniones previas informativas con el personal de cada unidad asistencial seleccionados de servicios centrales, consultas externas y de plantas de hospitalización con pacientes de alta y de baja mortalidad. Se detectó la existencia de un mayor porcentaje de personal de edades más jóvenes con contratos eventuales en las unidades de hospitalización de pacientes graves y con alta tasa de mortalidad, mientras que en los servicios centrales y de pacientes con baja mortalidad predominaron los profesionales de mayor edad y con contratos fijos de trabajo. Se encontró que en la muestra de profesionales que se ocupaban de pacientes con alta mortalidad, se apreció una incidencia significativamente mayor de agotamiento emocional medido por el cuestionario de *burnout* de Maslach y Jackson, mayor nivel subjetivo de estrés y consumo excesivo de café, tabaco y alcohol, así como de deseo de cambio de puesto de trabajo. Por otro lado, en los servicios clínicos hay mayores niveles de satisfacción laboral que en el trabajo de los servicios centrales, sin encontrarse diferencias en niveles de *burnout* ni de salud general media por el cuestionario Goldberg de 28 ítems.¹⁶⁴

3.2 INVESTIGACIONES SOBRE SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

Leininger definió la enfermería como: un arte y ciencia aprendida y humanística que se centra en conductas de cuidados personalizados (individuales o de grupo), funciones y procesos dirigidos hacia la

¹⁶⁴ Mingote C, Denia F, Jiménez Arriero. Síndrome de desgaste profesional en enfermería. www.gueb.com/buscador/buscador.asp

promoción y el mantenimiento de conductas de salud o la recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicocultural y social, para aquellos que están asistidos generalmente por una enfermera profesional o con competencias en funciones similares.¹⁶⁵

Orlando contempla a la enfermera, su actividad y los resultados de tal actividad como la "unidad operativa básica del sistema de enfermería".¹⁶⁶

Para Marriner la enfermera profesional es quien "ofrece asistencia directa a los individuos donde quiera que se encuentren y con el propósito de evitar, aliviar, disminuir o eliminar su sensación de insuficiencia y desamparo".¹⁶⁷

En el marco de salud, la ambigüedad y el conflicto de rol, y muchos otros estresores, son fenómenos frecuentes y particularmente importantes en el personal de enfermería¹⁶⁸. Las enfermeras pasan más tiempo con sus pacientes y familiares que los propios médicos, están sometidas a demandas físicas y emocionales sin precedentes, al involucrarse en el cuidado del enfermo con un nivel de intimidad no

¹⁶⁵ Leininger M. Care: The essence of nursing and health. Thorofare, N. J.: Charles B. Slack, Inc. 1984.

¹⁶⁶ Orlando, I. The discipline and teaching of nursing process. New York: G. P. Putnam's Sons. 1972.

¹⁶⁷ Marriner, A. Nursing theorist and their work. The C. V. Mosby Company St. Louis, Missouri. 1ed. Enero. Printed in Spain, ediciones ROL, S. A. 1989.

¹⁶⁸ Chacón M. El Burnout en personal de enfermería. Ponencia al Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos. Puerto Vallarta, México. 1995

comparable con el de otro profesional. Ellas están en contacto frecuente con el sufrimiento, el dolor, la angustia, la inminencia de muerte. El tiempo les es insuficiente para completar sus tareas, algunas de las cuales no están directamente relacionadas con su profesión. Ellas no siempre tienen la preparación adecuada para el rol a desempeñar, a veces tienen poco apoyo y pobre comunicación con compañeros del equipo y colegas a nivel horizontal y vertical. Este personal se ve frecuentemente sometido a varias líneas de autoridad y es incapaz de controlar la conducta de los médicos con los que trabaja, o de la dirección (supervisión) de enfermería que determinan o planifica su trabajo. Esta falta de control conduce muchas veces al agotamiento emocional típico del B.O., que es más alto en las que tienen menos capacidad de decisión o que están sometidas a problemas burocráticos, y también en aquellas que tienen menos oportunidad de crear en su trabajo¹⁶⁹

Las relaciones con el personal médico, la falta de la participación en la toma de decisiones laborales, el horario de trabajos (turnos) y otros estresores organizacionales tipifican en este personal un patrón profesional de vulnerabilidad al B.O., con sus consecuencias desastrosas¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Skvenington S. Understanding nurses. The social psychology of nursing. E.E.U.U., Chichester: Wiley & Sons, 1984. y Malslasch y Jackson. Burnout in Health Professions: a social psychological analysis. op. cit. y ¹⁶⁹ Bravo M. J., Zurriaga R., Peiró J. M. et. al. Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. Revista de Psicología de la Salud, 1993; 5(1):19-36.

¹⁷⁰ Chacón M. (El Burnout en personal de enfermería) op. cit.

Aunado a lo anterior, Pines menciona que dada la complejidad de las demandas asistenciales del paciente oncológico, diversos estudios se han referido a las afectaciones a que está expuesto el personal de salud, y especialmente, el personal de enfermería que brinda estos servicios. Se reportan reacciones emocionales negativas de ansiedad, depresión e ira, que además de afectar al personal asistencial, pueden entorpecer la eficacia del cuidado a los pacientes y la comunicación adecuada con el enfermo¹⁷¹

De hecho el trabajo con pacientes significa para el profesional que lo realiza un doble reto, en tanto implica no solamente un alto nivel de eficacia profesional, sino también un compromiso personal en el que quiera o no quiera, se afectan sus propias emociones y necesidades. Pero está claro que si el enfermo que debe atender tiene una enfermedad maligna, este reto se multiplica.¹⁷²

En esta línea, resultados de investigaciones realizadas en enfermeras austriacas, confirman que la carga de estrés durante las interacciones con sus pacientes, incrementan la frecuencia de cansancio emocional, de despersonalización y una disminución en el rendimiento personal ¹⁷³.

¹⁷¹ Pines A. (Handbook of stress: theoretical and clinical aspects) op. cit. pp. 386-402

¹⁷² Chacón R. M. y Grau A. J.(Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos) op. cit.

¹⁷³ Traber R., Freidi W., Egger J. et. al. Burnout en asistentes de enfermería geriátrica. En memorias de la 8ª. Conferencia Europea de Psicología de la Salud. Alicante, 1995: II,832-39.

Parece ser que estos resultados son similares a los encontrados en sus colegas de varios países.¹⁷⁴

En Cuba se observa un creciente interés en este campo y se diseñan varios trabajos con los objetivos de evaluar y prevenir las reacciones de burnout en profesionales de la salud. Estos trabajos tuvieron sus antecedentes en investigaciones precedentes que identificaron algunos estresantes en el trabajo de los enfermeros de oncología, y que evidenciaron una relación significativa entre los años de experiencia profesional y el surgimiento de estados emocionales negativos, determinada aparentemente por mayor tiempo de exposición a situaciones estresantes. La ira fue la respuesta emocional más frecuente en esta muestra, lo cual puede explicarse porque las situaciones estresantes encontradas constituían demandas de difícil satisfacción con los cuidados habituales de enfermería, generando sentimientos de impotencia y frustración, generalmente relacionados con estos estados. Estas situaciones fueron calificadas como altamente complejas, ambiguas, ante las cuales los enfermos tenían pocas expectativas de control, reflejando manifestaciones profundas, frecuentemente vinculadas a la connotación de sufrimiento y muerte.¹⁷⁵

¹⁷⁴ Grau y Chacón. (Burnout: una amenaza a los equipos de salud).op. cit.

¹⁷⁵Chacón M., Grau J., Martín M., Lence J., Abascal M.E., Cáceres C.y Graupera M. Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en enfermeros oncológicos. Ponencia al XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Memorias del Congreso, editora de la Universidad de Chile, 1993.

Dadas las condiciones rectoras del Instituto Nacional de Oncología, como centro de referencia para la práctica oncológica en Cuba, se realizó un estudio que pretendía caracterizar, en primer lugar, los niveles de Burnout existente en la población de enfermeros que laboran en oncología, con la finalidad de evaluar la calidad de vida de estos profesionales y su influencia en la calidad de la atención que brindan; en segundo lugar, se intentaba definir con este trabajo las posibles proyecciones investigativas en este campo, para ello se tenía en cuenta la implementación de diseño de intervención en la prevención y control de este síndrome. En la evaluación global que se hizo del burnout en 78 enfermeros se pudo apreciar que la mayoría (44%) puntuaba en la categoría de "moderado". El 66% de éstos estaba moderadamente afectado en la dimensión de despersonalización.¹⁷⁶

Un estudio exploratorio utilizando el CBB, desarrollado por Hernández, encontró que la población de enfermeras oncólogas está más afectada de B.O. que los médicos, en particular, en la dimensión despersonalización: dos tercios de las enfermeras puntuaban B.O. moderado y alto en el CBB, mientras que sólo un tercio de los médicos lo hacía en esas categorías¹⁷⁷

En España se realizó un estudio que pretende aportar una serie de caracterizaciones de las variables epidemiológicas universales que

¹⁷⁶Hernández L., Grau J., Chacón M., Jiménez P. Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros que laboran en el Instituto Nacional de Oncología. Tesis, Ciudad de La Habana. Facultad de Salud Pública, 1995.

¹⁷⁷ Ibid

permitan una aproximación al perfil de riesgo en esta profesión. Se estudio a una muestra de 294 profesionales de atención primaria y atención especializada aleatoriamente, se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) de forma autoadministrada y se concluyó que el perfil epidemiológico de riesgo obtenido sería: mujer de más de 44 años sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 años en el centro, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70% de la jornada laboral y a ésta entre 36 y 40 horas semanales.¹⁷⁸

En otro estudio se correlacionaron las tres dimensiones con distintas variables sociodemográficas y laborales en el personal de enfermería de varios hospitales españoles. La encuesta partió de una población de 112 enfermeras(os), en su mayoría mujeres (83%), se utilizó como instrumento para valorar el Burnout un test de autocontrol, el Maslach Burnout Inventory (MBI) en la versión española. En este estudio se pudo confirmar la relación entre factores sociodemográficos y laborales con las tres dimensiones del Síndrome de Burnout. Respecto al sexo, pudieron comprobar que los hombres presentan un nivel de Realización Personal inferior a las mujeres, hecho que concuerda con la literatura; en cuanto al estado civil, se observó que los solteros presentan un nivel de Despersonalización superior al de los casados, parece que la estabilidad emocional en la familia permite un mejor afrontamiento de

¹⁷⁸ Atance Martínez J. C. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública. www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199703/burnout.htm

conflictos y estresores laborales^{179 180}; en relación con la variable turno de trabajo, son los empleados con turno de mañana los que tienen un mayor nivel de Despersonalización, y los profesionales de turno de tarde, los que sufren un menor nivel de esta dimensión.¹⁸¹

El impacto del distrés en profesionales de la salud es conocido y ha sido estudiado ya desde hace muchos años; en nuestro medio no existen muchos estudios sistemáticos que evalúen esta influencia. En el Instituto Alexander Fleming se realizaron 38 encuestas realizadas a enfermeros utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI), datos demográficos y laborales, mediante encuestas autoadministradas, con el objetivo de medir el Burnout por medio de cuestionarios estandarizados; evaluar síntomas físicos, emocionales y conductuales; investigar los aspectos negativos sobre la calidad de vida personal, familiar y profesional. Se realizó un análisis porcentual sobre la muestra total, indicando respuestas de mayor frecuencia. Se correlacionaron los resultados del MBI con diversos ítems demográficos, laborales y conductuales. Encontraron como resultado que presentan alto desgaste emocional: 24% de mujeres, 42% que no realizan cortes de tarea; 27% con dedicación full-time versus 9% part-time, el 50% de quienes sienten afectada su área laboral por el estrés; 35% de quienes sufren estrés por

¹⁷⁹ Olivar C., González S., Martínez M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Austria. Aten. Primaria.1999. 24: 352-59.

¹⁸⁰ De las Cuevas C., De la Fuente J., Alviani M., Ruiz-Benitez A., Coiduras E., González de Guillermo T., Moujir A. y Rodríguez M. Desgaste profesional y clima laboral en Atención Primaria. Mapfre Medicina, 1995. 6: 3-14.

¹⁸¹ S. A. www.ucm.es/info/dosis/jor_7/j_7_5_4.htm

la atención de pacientes terminales y 31% por resultados no exitosos de los tratamientos. Presentan alta despersonalización: 38% de hombres, 43% de menos de un año en la especialidad. No presentan baja sensación de logro personal: los enfermeros varones; menos de un año de la especialidad, los que tienen menos de 9 pacientes a cargo. No se encontró correlación entre la autoevaluación de burnout y los resultados del MBI. No hubo diferencias de grado de Burnout entre enfermeros asistenciales y supervisores y la cantidad de horas trabajadas por día. Por lo tanto concluyen que la fuente de gratificación en la tarea es la relación con los pacientes y la dedicación exclusiva a pacientes oncológicos produce desgaste emocional y menor grado de satisfacción laboral. Por último encontraron que el tiempo en la especialidad se correlaciona con el Burnout.¹⁸²

Un estudio en 294 profesionales de atención primaria y atención especializada en México llegó a la conclusión de que el perfil de la persona con riesgo de Burnout es: una mujer de más de 44 años sin pareja estable (por separación, divorcio o viudez), con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el mismo centro de trabajo, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70% de la jornada laboral y a ésta entre 36 y 40 horas semanales. Las causas de Burnout en las enfermeras y los enfermeros son la sobrecarga de trabajo, el continuo trato con personas deprimidas, la impotencia ante la enfermedad, los turnos rotativos que perturban el ritmo biológico de las y los

¹⁸² Ferro N., Cuello G. y Beker S. Evaluación de Burnout en enfermería Oncológica. www.aoc.org.ar/revista/junio/psicooncologia.htm

trabajadoras (es), los trabajos nocturnos, el alto índice de contratación temporal, las cargas de trabajo familiares (más del 80% de los profesionales son mujeres), la alta responsabilidad de las tareas que realizan, entre otras.¹⁸³

La muestra empleada en este estudio está compuesto por 47 personas (6 hombres [12.8%] y 41 mujeres [87.2%]) profesionales sanitarios, siendo 18 (38.3%) de ellos auxiliares de enfermería y 29 (61.7%) diplomados en enfermería. La media del tiempo en la profesión es de 8 años (Percentil 25 [P25] = 5; Percentil 75 [P75] = 12). La edad media de los sujetos es de 30.72 años (Desviación típica [D.T.] = 4.48). Su objetivo fue determinar las posibles relaciones entre el Síndrome de Burnout y el clima social laboral. Se utilizó un diseño cuasiexperimental ex post facto retrospectivo en el que la variable dependiente fue la presencia o no de un patrón habitual de reacción ante situaciones estresantes evaluada mediante el MBI, un cuestionario para la valoración del Síndrome de Burnout ampliamente validado y adaptado al español. Las variables independientes fueron una serie de variables relacionadas con la percepción del clima social laboral por parte de los sujetos y que se evaluaron a través del WES (escala de clima laboral de Moos). Se repartieron 89 cuestionarios, de los cuales los investigadores recibieron adecuadamente cumplimentados un total de 47, lo que supone un porcentaje de respuesta de 52.80%. Las puntuaciones medias obtenidas por los objetos en cada una de las dimensiones del

¹⁸³ Torres C. ¿ Estrés o Burnout ? . Sindicato de Enfermería, España. Disponible en: www.satse.es/salud_laboral/sindrome_burnout.htm

MBI fueron $\bar{\chi} = 21.91$ ($\sigma = 6.48$) en la escala de agotamiento emocional, $\bar{\chi} = 5.50$ ($\sigma = 4.52$) en la escala de despersonalización, y $\bar{\chi} = 34.70$ ($\sigma = 6.48$) en la escala de realización personal.¹⁸⁴

Tras la realización de los análisis estadísticos correspondientes no se han hallado correlaciones significativas entre las diferentes dimensiones del Síndrome de Burnout y las que componen la escala de clima social en el trabajo con una $p < 0.01$. Los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones del WES no difieren de manera importante de la media. La puntuación típica de ninguna de las subescalas llega a estar una desviación típica por encima o por debajo de la media, excepto en el caso de la dimensión organización. Esto hace suponer que el clima laboral de los profesionales de la enfermería de la muestra no es muy diferente del de otros trabajadores, a pesar de sus aparentes características especiales. Tan sólo puede apreciarse que los profesionales de enfermería perciben una mayor rigidez en las tareas a realizar y en el modo de llevarlas a cabo, además en muchas ocasiones estas actividades se deben realizar en un momento determinado del turno de trabajo sin posibilidad de aplazamiento por ninguna causa.¹⁸⁵

Llama la atención la inexistencia de relaciones entre el Síndrome de Burnout y el clima laboral; teniendo en cuenta que esta última variable comprende dimensiones directamente relacionadas con el desempeño laboral de los individuos. Por otro lado, la falta de relación del síndrome de Burnout tanto con este tipo de factores como con factores

¹⁸⁴ S. A. www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/4834. Fuente: Interpsiquis, 2002.

¹⁸⁵ Ibid

sociodemográficos nos hace plantearnos la duda de qué factores correlacionan con este constructo teórico o si el MBI realiza una medida apropiada del mismo. Es necesario determinar realmente si hay algún factor modulador del Burnout susceptible de ser detectado y controlado para lograr, de este modo, la evaluación y modificación de dicho síndrome.¹⁸⁶

La enfermería en general se ha caracterizado tradicionalmente por ser un trabajo competente y abnegado que exige amor y vocación. La labor con pacientes oncológicos incrementa considerablemente estos requisitos.

Siegel decía que "quien actúa en función del amor que siente, no se quema. Podrá cansarse físicamente, pero no emocionalmente".¹⁸⁷

Como se puede apreciar, son varios los trabajos que ponen de manifiesto la presencia del Burnout en el personal de enfermería y que intentan identificar las variables que intervienen en ello, lo que justifica la necesidad de aunar esfuerzos no sólo en la caracterización de este síndrome, sino también en su prevención y control.

¹⁸⁶ S. A. (www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/4834) op. cit.

¹⁸⁷ Siegel B. Love, Medicine, Miracles. New York: Harper, Ron Publishers, 1986.

CAPITULO 4 METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Las enfermeras del Instituto Estatal de Cancerología de Acapulco presentan el Síndrome de Burnout ?

4.2 JUSTIFICACIÓN

Los integrantes del equipo de salud, y en particular los vinculados permanentemente con enfermedades crónicas o graves como el cáncer están expuestos a sobrecargas traumáticas que pueden tener implicaciones en la capacidad de realizar la tarea en forma adecuada, en el bienestar emocional y en la vida particular.

El trabajo con pacientes con riesgo a morir significa un doble reto para quien lo realiza, pues implica no solamente un alto nivel de eficiencia profesional, sino también un compromiso personal en el cual se afectan las propias emociones y necesidades. No es fácil permanecer en contacto y cercanía constante con el dolor, el sufrimiento, la desesperanza, la incertidumbre y la muerte.

Las experiencias emocionales que genera el trabajar con este tipo de pacientes varían de acuerdo con nuestras propias vivencias de pérdidas en general y con la muerte en particular, así como con los mecanismos

que habitualmente empleamos para manejar las situaciones de crisis y de tensión de diferente índole.

Es importante identificar los sentimientos que se despiertan en nuestro trabajo y que pueden llegar a perturbarnos, en lugar de empeñarnos en mantener ante los colegas una apariencia de control, autodominio e invulnerabilidad. Ser profesionales y mantener la capacidad de apoyar y cuidar a otros, efectivamente no nos hace insensibles a la tristeza, angustia o rabia que esta actividad nos genera.

Sin embargo, reconocer, enfrentar y prevenir los problemas emocionales que afectan a los trabajadores de la salud se ha convertido en un desafío ya que existe una especial dificultad en que los afectados y su entorno reconozcan estos trastornos como enfermedad.

Existen diversos estudios en donde se demuestra que las enfermeras son altamente susceptibles a presentar lo que se ha llamado "Síndrome de Burnout" o de estar "quemado", "desgastado" o "estrés laboral asistencial", que se caracteriza por Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal.

Muchas veces los riesgos que implica este síndrome son silenciosos y tardan en ser advertidos. La salud de las enfermeras es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o

interfieran los cuidados específicos de enfermería en relación al paciente y su actividad laboral.

Dada la naturaleza estresante de este trabajo, es de suma importancia identificar la presencia o ausencia del síndrome en el personal de enfermería del Instituto Estatal de Cancerología y sus factores asociados. Este Síndrome es de estudio reciente y no hay ninguna investigación sobre el personal de salud en el estado de Guerrero.

4.3 OBJETIVOS

- ✓ Describir si el personal de enfermería del Instituto Estatal de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega" presenta el Síndrome de Burnout.
- ✓ Describir algunas de las características laborales y demográficas correspondientes al grupo de enfermeras.

4.4 HIPÓTESIS

H0 = El grupo de enfermeras del Instituto Estatal de Cancerología no presenta el Síndrome de Burnout.

H1 = El grupo de enfermeras del Instituto Estatal de Cancerología presenta el Síndrome de Burnout.

4.5 METODO

4.5.1 Sujetos

El Instituto Estatal de Cancerología de Acapulco cuenta con un total de 23 enfermeras. En este estudio se excluyeron 3 de ellas, por no estar presentes en el hospital, por lo que la muestra estuvo constituida por un total de 20 enfermeras con una media de edad de 29 años. La mayor parte con 4 años laborando en este Instituto.

Criterios de inclusión: que laborara en el Instituto Estatal de Cancerología y que tuviera mínimo 1 año de experiencia con pacientes con cáncer.

4.5.2 Instrumento

Se utilizó el *MBI* (Maslach Burnout Inventory) para detectar las tres dimensiones que conforman el Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional (*CE*), Despersonalización (*DP*) y Baja Realización Personal (*BRP*). (Ver anexo 1)

Este instrumento consta de 22 reactivos en total y ofrece siete alternativas de respuesta, que son las siguientes:

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 0 = Nunca | 4 = La mayoría de las veces |
| 1 = Casi nunca | 5 = Casi siempre |
| 2 = Muy pocas veces | 6 = Siempre |
| 3 = Sólo en ocasiones | |

El número situado a la izquierda de cada una de las respuestas, constituye el valor numérico que a cada una de ellas se otorga. La sumatoria que se obtuvo del total de las respuestas a los 22 reactivos fue la cifra que se consideró para el criterio de calificación. Al respecto, se debe señalar que al no existir en la actualidad una escala valorativa en el país que nos permita determinar cómo categorizar o clasificar a los sujetos en función de sus respuestas con respecto al grado de afectación por el Síndrome de Burnout, se utilizó la escala de baremos de la versión española. La versión experimental española fue elaborada a partir de la edición original de 1986 en EEUU, y estimó una consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach en una muestra de 1.316 casos de: 0.90 en CE, 0.79 en DP y 0.71 en RP, por lo que se considera un instrumento confiable y válido. (Ver anexo 2)

El MBI puede ser autoaplicable, administrarse de manera individual o colectiva. El instrumento no tiene tiempo limitado, y la mayoría de los sujetos tarda entre 10 y 15 minutos en completarlo. La puntuación en las escalas del MBI es el resultado de sumar todos los valores dentro de cada dimensión.

CE : se mide con las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

DP : 5, 10, 11, 15, 22.

RP : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

El MBI se ha usado ampliamente para evaluar el B.O. en diferentes profesiones y países: Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Jordania, Zimbabwe, etc.¹⁸⁸

El segundo instrumento que se utilizó fue un cuestionario de registro de variables demográficas y laborales para obtener las características de la muestra, elaborado expresamente para la muestra. (Ver anexo 3)

4.5.3 Tipo de investigación

Es una investigación *no experimental* debido a que no se manipulan variables, *expostfacto* ya que se estudió una vez que se ha dado el hecho y *correlacional* porque se buscó la relación entre las distintas variables.

¹⁸⁸ Gil-Monte y Peiró, (Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse) op. cit.

4.5.4 Diseño

Diseño de una sola muestra, transversal, es decir, se midió una sola vez a cada sujeto.

5.5.5 Tipo de muestra

Muestreo no probabilístico ya que los sujetos no se seleccionaron aleatoriamente, sino que se convocó a la población completa por ser muy pequeña.

4.5.6 Definición conceptual de variables

Síndrome de Burnout:

Actualmente se reconoce la definición establecida por Maslach como una de las más apropiadas: "Síndrome de cansancio emocional, despersonalización y de un logro personal reducido, que puede ocurrir entre los individuos que trabajan directamente con personas".¹⁸⁹

El *Cansancio Emocional (CE)* se refiere a una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás. Fue medido a través del Maslach Burnout Inventory (MBI).¹⁹⁰

¹⁸⁹ Gatto M. E. (Desgaste Psíquico en el equipo de salud) op. cit.

¹⁹⁰ Grau y Chacón (Burnout: una amenaza a los equipos de salud) op. cit.

La *Despersonalización (DP)* se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de servicios, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que son la verdadera fuente de los problemas. Fue medido a través del Maslach Burnout Inventory (MBI).¹⁹¹

La *Falta de Realización Personal (FRP)* se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima y generalmente afecta el rendimiento laboral¹⁹². Fue medido a través del Maslach Burnout Inventory (MBI).

Variables asociadas :

a) Demográficas (edad, presencia o ausencia de pareja, presencia o ausencia de hijos)

b) Laborales (antigüedad en la profesión y en el hospital, turno de trabajo, horas en contacto directo con el paciente, horas de tiempo libre ocupadas y en tiempo libre dedicadas más actividades a tu profesión)

¹⁹¹ Grau y Chacón (Burnout: una amenaza a los equipos de salud) op. cit.

¹⁹² Ibid

4.5.7 Procedimiento

El MBI se sometió a una validez interjueces que consistió en una evaluación por 5 jueces expertos en el tema con la finalidad de que todos los reactivos sean comprensibles para la población de nuestro país. (Ver anexos 5 y 6)

Se realizó una reunión con las jefas de Recursos Humanos, Enfermería y Psicología para exponer los objetivos de la investigación y establecer una fecha de aplicación.

Se convocó a las enfermeras de todos los turnos, se presentaron únicamente 20.

De manera grupal, se pidió su colaboración para completar el cuestionario de datos demográficos y laborales y el MBI, haciendo hincapié en la naturaleza anónima del instrumento, con el fin de asegurar la veracidad y confiabilidad de sus respuestas.

Una vez finalizada la aplicación de los cuestionarios se les proporcionó información acerca del Síndrome del Burnout en forma de exposición.

4.5.8 Estadística

Se realizó una tabla en donde se anotaron las puntuaciones dadas por las enfermeras para cada una de las preguntas que componen el MBI, se clasificaron por dimensión y al final se sumaron todas las puntuaciones obteniendo de cada una de las dimensiones, la media y la desviación estándar.

Se utilizó el programa de estadística SPSS para Windows versión 8, en donde se hizo el cálculo de correlaciones de las puntuaciones generales de cada una de las dimensiones del MBI con cada una de las variables asociadas.

CAPÍTULO 5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo de la población de estudio

5.1.1 Frecuencias y porcentajes

La muestra quedó conformada por 20 enfermeras de 23 que constituyen el total del personal del Instituto Estatal de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega" que estuvieron dispuestas a colaborar. Su media de edad fue de 29 años, con un rango de 23 a 48 años.

5.1.2 Variables Demográficas

Se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes para las variables demográficas y los resultados son los siguientes:

Como se puede observar en la Tabla 1, la mitad (50%) de las enfermeras que participaron en la presente investigación tiene entre 23 y 27 años.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes por grupos de edades de las enfermeras del INECAN

<i>Grupos de Edad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
23 – 27 años	10	50
28 – 33 años	6	30
36 – 48 años	4	20

Con respecto a la presencia o ausencia de pareja el 45% de las enfermeras tienen pareja y el 55% no. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de la variable presencia/ausencia de pareja de las enfermeras del INECAN

<i>Pareja</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Con pareja	9	45
Sin pareja	11	55

Las frecuencias y porcentajes con relación al número de hijos aparecen en la Tabla 3. En ella es fácil apreciar que la mayor parte de la población de estudio tiene hijos.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de la variable presencia/ausencia de hijos de las enfermeras del INECAN

Hijos	f	%
Con hijos	13	65
Sin hijos	7	35

5.1.3 Variables Laborales

Asimismo se analizaron las variables laborales: antigüedad en la profesión y hospital, turno de trabajo, horas en contacto directo con el paciente, y tiempo libre dedicado a más actividades de la profesión a través de un análisis de frecuencias.

Con respecto a la distribución de la población por años en la profesión, casi la mitad de las enfermeras (45%) tienen sólo de 3 a 5 años de experiencia. El 30% tiene de 6 a 10 años y sólo el 25% 11 o más. (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de la variable años en la profesión de las enfermeras del INECAN

Años en la profesión	f	%
3 – 5	9	45
6 – 10	6	30
11 o más	5	25

En cuanto a la antigüedad en el hospital, la mitad de las enfermeras tan sólo tienen de 1 a 2 años en la institución, el 40% de 3 a 4 años y sólo 2 enfermeras (10%) tienen más de 5 años. (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de la variable años en el hospital de las enfermeras del INECAN

<i>Años en el hospital</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1 – 2	10	50
3 – 4	8	40
5 – 8	2	10

La mayor parte de la muestra (65%) labora en el turno que corresponde a la mañana, el 10% en el turno vespertino, el 10% en la noche y el 15% de ellas cubren cualquiera de los turnos antes mencionados. (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de la variable turno de trabajo en las enfermeras del INECAN

<i>Turno</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Matutino	13	65
Vespertino	2	10
Nocturno	2	10
Banca	3	15

En cuanto al número de horas que pasa la enfermera en contacto directo con el paciente, los datos se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de la variable horas en contacto directo con el paciente de las enfermeras del INECAN

<i>Horas en contacto directo con el paciente</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Más del 50% del tiempo	10	50
El 50% del tiempo	7	35
Menos del 50% del tiempo	3	15

Se les preguntó a las enfermeras que si su tiempo libre lo ocupaban para realizar actividades de su profesión (lo cual implica el no descansar o dedicarse a hacer otras cosas); la mitad de ellas (50%) no ocupa su tiempo libre para seguir trabajando, el 45% si y 5% no contestó. Del total de las que si lo hacen, el 30% ocupa de 1 a 3 horas, el 5 % cuatro o más horas y 3 enfermeras (15%) no respondieron. (Ver tabla 8)

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de la variable horas de tiempo libre ocupadas en las enfermeras del INECAN

<i>Grupo de horas de tiempo libre ocupadas</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Una a tres	6	60
Cuatro o más	1	10
Sujetos sin contestar	3	30

Se les preguntó a las enfermeras las fuentes de estrés en su profesión. El 30% de las enfermeras afirma no tener ninguna dificultad en su profesión. Es importante destacar que de las que sí reconocieron alguna dificultad el porcentaje más alto (25%) mencionó que un aspecto difícil de su profesión es el tipo de pacientes que se atiende y el riesgo de muerte inminente; seguida por un 15% que habló de la sobrecarga de trabajo y un 10% que consideró el horario como una fuente de estrés. Una sola persona habló del sueldo, otra del no contar con una base, otra de la dificultad de convivir con personas de su misma profesión, y otra que expresó sentir incomprensión de los demás. (Ver tabla 9)

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes sobre las fuentes de estrés en su profesión de las enfermeras del INECAN

<i>Fuentes de estrés en su profesión</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ninguna	6	30
Atención a pacientes con cáncer, muerte	5	25
Sobrecarga de Trabajo	3	15
Horario	2	10
Otros*	4	20

*(Sueldo, convivencia con enfermeras, incomprensión de los demás y base)

5.1.4 Dimensiones del Burnout

Se obtuvo la sumatoria de las respuestas a los reactivos de cada dimensión y posteriormente contar con el promedio y la desviación estándar de cada uno. (Ver tabla 10)

Tabla 10

<i>Dimensiones</i>	\bar{x}	σ
Cansancio Emocional	12.05	5.66
Despersonalización	4.1	4.05
Baja Realización Personal	38.3	5.11

Una vez obtenidas la media y la desviación estándar, se localizó el valor en la tabla de baremos (ver tabla 11) en donde se encontró que en el grupo de enfermeras se presentó un nivel bajo de Cansancio Emocional y un nivel medio de Despersonalización y Baja Realización Personal. Debemos tomar en cuenta que no hay ninguna tabla de baremos en nuestro país por tal razón se utilizó la versión española. (Ver anexo 4)

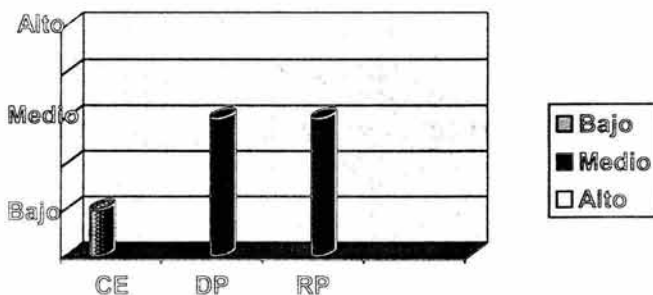
Tabla 11. Baremos para mujeres versión española

Cansancio Emocional	0-14	Bajo
	15-25	Medio
	26-54	Alto
Despersonalización	0-3	Bajo
	4-9	Medio
	10-30	Alto
Baja Realización Personal	0-32	Bajo
	33-40	Medio
	41-48	Alto

* Maslach, C. y Jackson, S. E. Inventario « Burnout» de Maslach, TEA Ediciones. Adaptación de Seisdedos, Departamento de I+D de TEA Ediciones, S. A. Madrid, 1997.

Cabe resaltar que no se obtuvieron niveles altos en ninguna de las dimensiones. (Ver gráfica 1)

Gráfica 1. Dimensiones del Burnout

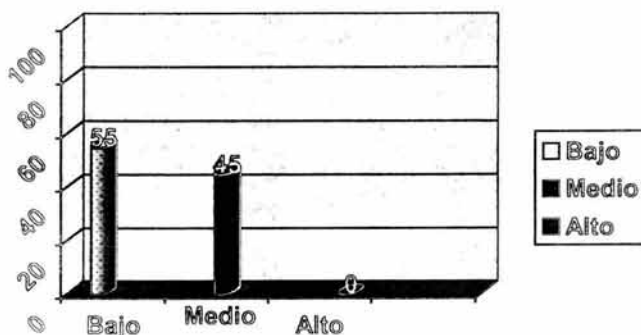


Debemos recordar que Maslach y Jackson mencionan que para que podamos hablar del Síndrome de Burnout la persona debe de estar afectada en las tres dimensiones, por lo tanto no podemos decir propiamente que las enfermeras de la muestra padezcan Burnout. Hay que tener en cuenta que no hay investigaciones en nuestro país que proporcionen información al respecto. Debido a lo anterior analizaremos cada una de las dimensiones por separado.

CANSANCIO EMOCIONAL:

Más de la mitad (55%) presentó un nivel bajo de C.E. y el 45% (9) un nivel medio y ninguna de las enfermeras presentó niveles altos, lo que sugiere que en la muestra más de la mitad de las enfermeras no refirieron sentir una reducción de sus recursos emocionales y sentimientos de que no tienen nada que ofrecer. (Ver tabla 12)

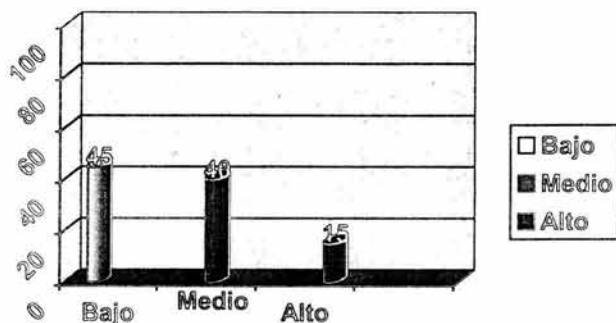
Gráfica 2. Cansancio Emocional



DESPERSONALIZACION:

Cabe resaltar que la Despersonalización describe una actitud fría e impersonal para sus pacientes, y aunque casi la mitad el 45% (9) presentó niveles bajos; hay 8 enfermeras (40%) que presentaron niveles medios y 3 (15%) que reconoció tener niveles altos como se observa en la siguiente gráfica:

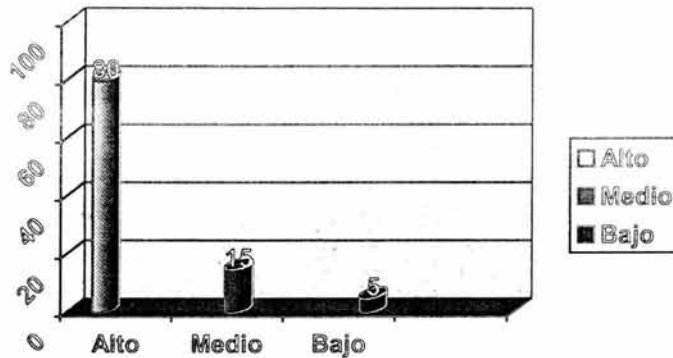
Gráfica 3. Despersonalización



REALIZACIÓN PERSONAL:

El 80% (16) presentó niveles altos de Realización Personal, 15% (3) niveles medios y sólo 1 (5%) presentó problemas con esta dimensión, es decir, que reconoce sentimientos de baja autoestima y vivencias de fracaso.

Gráfica 4. Realización Personal



5.2 Análisis de correlación entre variables

Se correlacionaron las variables :con o sin pareja, presencia o ausencia de hijos, turno de trabajo y el dedicarse o no a trabajar en la profesión durante su tiempo libre con las tres dimensiones. Los coeficientes de contingencia se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. Coeficiente de Contingencia

Variables	CE	DP	BRP
Con o sin pareja	.208	.190	.401
al momento de la entrevista	.343	.687	.147
Presencia/ausencia	.363	.043	.504*
de hijos	.081	.982	.033
Turno de trabajo	.466	.316	.410
	.136	.899	.672
En tiempo libre dedicas	.045	.345	.218
mas actividades a profesión	.845	.276	.622

* $\alpha = 0.05$

Nota : Los valores inferiores son probabilidades que se comparan con $\alpha = 0.05$

Se encontró una correlación significativa ante la presencia/ausencia de hijos con la Realización Personal. A través de una tabla de contingencia se encontró que la mayoría de las enfermeras que tienen hijos (92.3%) presentó una adecuada R.P., a diferencia de las que no tienen hijos (casi la mitad 42.9%) que presentaron una R.P. media. El resto de las correlaciones no son significativas.

Todas las de banca (sin un horario establecido, como reserva) presentan niveles medios de C.E. y ninguna bajo, lo que podría sugerir que la falta de estabilidad puede influir en el Cansancio Emocional. Sin embargo la distribución de enfermeras por turnos no es normal (muchas en la mañana y unas pocas en los otros turnos) y no se pueden establecer diferencias o relación.

Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman entre las variables edad, tiempo laborando en la profesión y el hospital, horas dedicadas al contacto directo con el paciente y horas de tiempo libre ocupadas y las tres dimensiones. (Ver tabla 13)

Tabla 13. Spearman (ρ)

	<i>Edad</i>	<i>Tiempo laborando en profesión</i>	<i>Tiempo laborando en Hospital</i>	<i>Hrs. dedicadas al contacto directo con el paciente</i>	<i>Hrs. de tiempo libre Ocupadas</i>
<i>CE</i>	.247	.084	-.433*	-.048	-.145
	.294	.724	.056	.841	.580
<i>DP</i>	.053	-.145	-.090	.249	.132
	.826	.543	.706	.290	.613
<i>BRP</i>	.066	-.179	-.074	.140	-.107
	.783	.449	.757	.555	.682

* $\alpha = 0.05$

Nota : Los valores inferiores son probabilidades que se comparan con $\alpha = 0.05$

Como se observa en la tabla 13, se encontró significancia entre el tiempo laborando en el hospital y el Cansancio Emocional, estas variables tienen una relación inversa, lo cual indica que las que tienen menos tiempo laborando en el hospital tienen más Cansancio Emocional.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

El motivo principal de este trabajo fue darle la importancia al lugar que ocupan nuestras enfermeras en el cuidado de los pacientes y las consecuencias que pueden surgir cuando este contacto empieza a afectarles en su vida personal y laboral.

Antes de empezar a discutir debemos tener presente que esta investigación es sólo una aproximación al estudio de este síndrome en las enfermeras del Instituto Estatal de Cancerología de Acapulco y existe la necesidad de ampliar la muestra a enfermeras de otros hospitales para poder dar un mayor sustento estadístico a los resultados.

Como vimos en el capítulo anterior y respondiendo nuestro planteamiento principal, el grupo de enfermeras que conforman nuestra investigación no presentan el Síndrome de Burnout, por lo tanto empezaremos a discutir las variables asociadas utilizadas en este estudio contra lo encontrado en la literatura.

En este estudio no podemos comparar la variable sexo ya que todos los sujetos que componen la muestra son mujeres, aunque es importante tener en cuenta esta variable ya que los estudios de Moreno y cols. citados por Hernández (1995) refieren que los niveles más altos de Burnout se encontraron en la población femenina.

Hernández (1995) refirió que a mayor *edad* parece tenerse menos Burnout, quizá porque estos profesionales han desarrollado un mejor afrontamiento y expectativas profesionales más reales y como vemos en este estudio el mayor porcentaje (50%) son jóvenes (23-27 años) y sólo el 20% son mayores (36-48 años). Estos resultados con relación a la edad coinciden con los reportados por Cordes y Dougherty (1993) donde mencionan que a menor edad se reportan en forma consistente mayores niveles de los componentes de Burnout. Por lo tanto hay que tener en cuenta la edad como posible riesgo de desarrollar este síndrome.

Con respecto a la *presencia o ausencia de pareja* la mayoría de los autores han encontrado que los casados experimentan menos Burnout, aunque lo que parece más bien influir, es el apoyo socio-familiar recibido por el cónyuge o la satisfacción/insatisfacción matrimonial. A través de una tabla de contingencia (crosstabs) se encontró que las enfermeras que tienen pareja (54.5%) presentaron niveles bajos de Cansancio Emocional al contrario que en la dimensión de Despersonalización donde el 66.7% de las que tienen pareja presentaron niveles altos, esto las conduce a tener una actitud fría, distante y deshumanizada con los demás. Estos datos encontrados podrían explicarse con lo que mencionan Hidalgo y Díaz González (1994) en uno de sus estudios donde el estado civil no se muestra como un factor determinante del nivel de agotamiento profesional.

Otro punto importante de tomar en cuenta es que varias de las enfermeras no tienen pareja pero ésta puede ser suplida por los hijos que pudieran servirle como apoyo, esto podría coincidir con el hecho de que no se hayan encontrado diferencias significativas en este estudio.

En vista de lo encontrado, yo estoy de acuerdo con lo que menciona Leiter (1988) donde plantea que la vida en familia puede hacer más expertos a los trabajadores del sector salud en el tacto con los demás y sus problemas.

Se encontró una correlación significativa ante la presencia/ausencia de hijos con la Realización Personal, la mayoría de las enfermeras que tienen hijos (92.3%) presentan una adecuada R.P. a diferencia de las que no tienen hijos (42.9%) que presentan una R.P. media. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Gil-Monte y Peiró (1997) donde mencionan que los profesionales del área de la salud *con hijos* tienen más edad, son más maduros, tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva laboral diferente y los que *no tienen* usan más el trabajo como fuente de vida social, se implican excesivamente con la gente del ámbito laboral y aumenta el riesgo al Burnout. Relacionado con lo anterior, algo que he observado es que la realización personal de una mujer y más en nuestra cultura cobra mayor peso la familia y los hijos más que lo laboral.

En relación con la *antigüedad de rol y en la profesión* se encontró una correlación significativa con una tabla de contingencia donde se observa que las enfermeras que tienen menos tiempo laborando en el hospital, más de la mitad (66.7%) tienen más Cansancio Emocional, probablemente por la inexperiencia o el no haber desarrollado mecanismos para enfrentar situaciones emocionalmente demandantes y por lo tanto reconocen sentir una reducción de sus recursos emocionales y sentimientos de no tener nada que ofrecer, estos hallazgos coinciden con los estudios hechos por Gil-Monte y Peiró (1997) donde los resultados son similares a los de la edad: los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos, esto los hace más vulnerables ya que poseen menos experiencias y los eventos desagradables son vividos con mayor intensidad, por lo que tienen mayor riesgo de Burnout.

Hernández (1995) mencionó que se ha podido demostrar que el trabajo por *tumos* es un factor de estrés profesional habitual que produce una serie de alteraciones de tipo físico. No obstante, conforme el individuo se va adaptando a las condiciones de su jornada laboral, éstas tienden a desaparecer. Esto puede coincidir con el hecho de no haber encontrado alguna correlación significativa, además que la mayoría de las enfermeras laboran en la mañana y existe más apoyo por parte de sus compañeras y probablemente no exista sobrecarga de trabajo entre ellas, a comparación de las que están en los otros turnos que al ser muy pocas tienen más trabajo que realizar ellas solas.

En relación a la *frecuencia y cantidad de tiempo que el personal de salud pasa con el paciente* no se encontró alguna correlación significativa, pero Moreno y Peñacoba (1995) mencionaron que es un elemento crucial en el desarrollo del Síndrome de Burnout. Los riesgos de aparición del síndrome aumentan en función del número de horas en contacto directo. En este punto yo considero importante el contacto con el paciente ya que es muy difícil para éste adaptarse a una nueva situación como es la enfermedad y poner su vida en manos de otra persona, por lo que no hay que dejar de lado la importante labor que realiza la enfermera ya que ella es la persona que recibe todas las emociones por las que va atravesando el paciente, pero también es muy importante reconocer cuando alguna situación le está provocando conflicto para no afectar la relación ni los cuidados que el paciente requiere.

En esta investigación se encontró que las enfermeras que no pasan tanto tiempo en contacto directo con el paciente presentan menos Cansancio Emocional, en cambio las que pasan más horas conviviendo con éste presentan niveles medios, esto coincide con lo encontrado por Maslach y Jackson (1982) donde mencionaron que el índice de C. E. es proporcional al tiempo empleado en cuidados directos a los enfermos, de tal forma que éstos disminuían cuando parte del tiempo de trabajo se utilizaba en tareas docentes o administrativas.

A su vez Deckard y cols. (1994) citados por Moreno y Peñacoba encontraron que el mayor predictor de la Despersonalización era el tiempo de interacción directa que se transcurría con los pacientes.

Debido a la revisión bibliográfica anterior, las enfermeras que tienen mayor riesgo de desarrollar Burnout son las que atienden a pacientes oncológicos, tal como se describe en la literatura donde las enfermeras reconocen que el trabajo con pacientes oncológicos es una fuente de estrés. Además el conocimiento que se tiene de padecer una enfermedad terminal puede producir repercusiones psíquicas muy importantes tanto en el paciente, como en su familia y en los profesionales que le atienden.

Como hemos visto en esta investigación se encontraron muy pocas correlaciones significativas, probablemente debido a que la muestra es muy pequeña, además de que la mayoría de las enfermeras tienen pareja e hijos por lo tanto cuentan con el apoyo familiar, tienen poco tiempo laborando en esta institución y a mi parecer una ventaja es que las enfermeras de este hospital tienen rotación aproximadamente cada 6 meses lo que les permite cambiar de ambiente de trabajo.

Debemos señalar que una de las limitaciones del estudio consistió en la presencia de variables extrañas que no se pudieron controlar como son la falta de un instrumento validado en México, además es muy difícil que una enfermera sea completamente honesta, por miedo a represalias, o a perder su trabajo, es decir en ocasiones se muestra una realidad que no es, por otro lado existe una dificultad para expresar los sentimientos y emociones. Otro punto es que la enfermera siempre se encuentra detrás del médico y en ocasiones no se les permite opinar.

Es importante darle seguimiento a este estudio y tomar en cuenta las variables asociadas utilizadas en éste, así como agregar otras variables que quedaron fuera, con el fin de poder obtener otras causas y evitar el desarrollo de este síndrome.

La repercusión que tiene este síndrome sobre los profesionales de la salud es algo que debe ser tenido en consideración, ya que es un factor que puede predisponer a un gran deterioro tanto en la atención a los pacientes como en las relaciones laborales y fuera de éstas.

Algunas medidas preventivas sugeridas pueden ser crear grupos de autoayuda organizados por las propias enfermeras preferentemente, con el objetivo de sentir mayor confianza y apertura en la expresión de sus emociones.

Carvajal (1997) menciona que el grupo de apoyo proporciona un espacio donde la problemática es entendida y aceptada libre de juicios, da suficiente ayuda para lograr la aceptación de lo que se está viviendo; es un lugar para externar emociones, frustraciones y represiones y funciona como un grupo de contención para los integrantes. Es un área de recreo, donde se puede encontrar amigos y apoyo para enfrentar los momentos más difíciles.

Powell (1998) refiere que es importante recordar que los grupos de autoayuda, aunque ofrecen apoyo y estímulo, no son grupos de psicoterapia y suelen funcionar sin una orientación profesional. En un grupo de psicoterapia es posible analizar los sentimientos con

profundidad, con la guía de un psicoterapeuta que puede ayudar a los miembros del grupo que no sólo verbalice lo que siente, como lo haría en un grupo de apoyo, sino que aprenda a aceptar sus sentimientos. Al entender y aceptar las emociones, al encontrar soluciones adicionales a las conductas que evocan tales sentimientos y hallar cierto alivio del dolor, todo lo cual es posible en un grupo de psicoterapia, la persona logra un gran alivio y puede volver a la vida con alegría y entusiasmo.

Las reuniones periódicas constituyen el mejor soporte para mantener el contacto entre ellas y recibir la ayuda psicológica necesaria. Como a veces se confunde, es importante aclarar que la psicoterapia tiene una técnica y una finalidad propia y debe ser llevado por un especialista en este tipo de terapias; en las reuniones de los grupos el método es diferente, su mayor finalidad es informativa y formativa, aunque a veces es conveniente que a ellas acuda un técnico o que exista un líder en el grupo que tenga un proceso más avanzado de trabajo y que estas reuniones estén basadas en las experiencias de los participantes, como elemento terapéutico.

Si estos problemas afectan a la estabilidad de la persona de manera persistente y cumple con los síntomas del Síndrome de Burnout sería conveniente incluirla en un proceso psicoterapéutico individual.

Es importante la elaboración de programas destinados a entrenar a las enfermeras en habilidades de comunicación, utilizar técnicas cognitivo-conductuales como la reestructuración cognitiva, desarrollar estrategias para enfrentar el estrés, técnicas de entrenamiento en relajación,

valorar la importancia de la rotación dentro del lugar de trabajo y, por sobre todo, evitar llevar trabajo para la casa.

Para los nuevos profesionales que comienzan la carrera pueden proveerse programas especiales de prevención y entrenamiento en afrontamiento del estrés laboral, que les proporcionen modelos más realistas de su profesión en vez de alentar expectativas erróneas.

La mejor manera de prevenir el síndrome es la educación en el manejo de estrés, por ejemplo mediante pláticas informativas; en la medida que no trabajen sus niveles de estrés, este síndrome afectará su trabajo con este tipo de pacientes, sus relaciones laborales y familiares. Mientras que una vez instaurado el Burnout, el tratamiento pasa por un proceso de introspección en donde tendrían que reconocer su existencia y analizar las posibles causas de su aparición.

El apoyo del psicólogo es muy importante en todo esto, ya que es la persona que tiene las mejores herramientas para ayudar a enfrentar a los afectados el síndrome y son quienes en determinado momento están mejor capacitados para intervenir en la labor preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguiar y Aguiar. Diagnóstico y Tratamiento farmacológico del Cáncer. En Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales, España 1998:ICEPSS Editores. pp. 109-118.
- Aguiar y Bohn. El cáncer. Epidemiología y Etiología. En Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales, ICEPSS Editores, España 1998.
- Atance Martínez J. C. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública. www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199703/burnout.htm
- Bejarano P. El estrés en el equipo de cuidados paliativos. En Morir con dignidad. Fundación Omega. Sta. Fe de Bogotá, Colombia, 1992
- Boyle A., Grap M., Younger J. et. al. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. J. of Advanced Nursing, 1991; 16(7): 850-57.
- Bravo M. J., Zurriaga R., Peiró J. M. et. al. Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. Revista de Psicología de la Salud, 1993; 5(1):19-36.
- Bruguera M. www.geocities.com/esalac/medicosburnout.html. Barcelona, 1999.

Capilla Pueyo R. (2000) El síndrome de Burnout o de desgaste profesional, vol LVIII No. 1334 <http://habitantes.elsitio.com/varon24/burnout.htm>. Marzo 2000.

Cebria J., Segura S., Corbella P., Comas O., García M., Rodríguez C., Pardo J., y Pérez J., Rasgos de Burnout y Personalidad en Médicos de Familia. Atención Primaria 2001. 27(7): 459-468. www.gueb.com/buscador/buscador.asp

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

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

Chacón M., Grau J., Martín M., Lence J., Abascal M. E., Cáceres C.y Graupera M. Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en enfermeros oncológicos. Ponencia al XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Memorias del Congreso, editora de la Universidad de Chile, 1993.

Chacón R. M. y Grau A. J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. http://www.infomed.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/onc10297.htm.

Cherniss,C. Professional burnout in human service organization.New York: Praeger, 1980.

Clark , J. W. y Longos D. L. Interferons in cancer therapy. In V. T. De Vita, Jr., S Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.),Updates,Cancer:Principles and Practice of Oncology,2nd ed. Philadelphia: Lippincott, 1987. pp. 1-15

Cordes,C.L.,Dougherty,T.W. A review and an integration of research on job burnout.Academy of Management Review, 1993. Vol 18(4),621-656.

De las Cuevas C., De la Fuente J., Alviani M., Ruiz-Benítez A., Coiduras E., González de Guillermo T., Moujir A. y Rodríguez M. Desgaste profesional y clima laboral en Atención Primaria. Mapfre Medicina, 1995. 6: 3-14.

Edelwich J. y Brodsky A. Burnout: stages of desillusionment in the helping professions.NY:Human Sciences Press, 1980.

Espinoza E., Zamora P. y Ordoñez A. en González Barón. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 1996. pp. 1335.

Etzion D.,Pines A. Sex and Culture in burnout and coping among human service professionals:a social psychological perspective. J of Cross-Cultural Psychology, 1986; 17(2):191-209

Ferro N., Cuello G. y Beker S. Evaluación de Burnout en enfermería Oncológica. www.aoc.org.ar/revista/junio/psicooncologia.htm

Fraumeni J. F., Devesa S. S., Hoover R. N., Kinlen L.J. Epidemiology of Cancer. En De Vita V. T., Hellman S. y Rosenberg S. A. (eds.) Cancer Principles and Practice of Oncology. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1993; 43-67.

Freudenberguer H.J. Burnout: the high cost of high achievement. Garden City: Doubleday, 1980.

Freudenberguer H.J. Staff burnout. J. of Social Issues; 1974. 30(1);pp. 159-165

Garcés de Los Fayos Ruiz, E. J. Tesis sobre el Burnout. www.abacolombia.org/areas/organizaciones/burnout.htm

Gatto M.E. Desgaste Psíquico en el Equipo de Salud. www.burnout.com. 2000

Gerbert, B., Maguire, B. et. al. Why Fear Persists: Health Care Professionals and AIDS. JAMA, 1988, 260, 23, 3481-3483.

Gil-Monte PR, Peiró J.M. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: síntesis, 1997.

Grau Abalo J.A. Y Chacón Roger M. Burnout: Una amenaza a los equipos de salud. Conferencia Magistral en el seminario de la seccional de la asociación colombiana de psicología de la salud (ASOCOPSIS). Agosto de 1998. Cali, Colombia.

Hernández J. Tratamiento anticáncer: Cirugía. En Gómez Sancho. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales, ICEPSS Editores. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. Canarias 1998. pp. 133-146.

Hernández L. El síndrome de burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública, La Habana, 1995.

Hernández L., Grau J., Chacón M., Jiménez P. Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros que laboran en el Instituto Nacional de Oncología. Tesis, Ciudad de La Habana. Facultad de Salud Pública, 1995.

Hernández M. Tratamiento anticáncer: Radioterapia. En Gómez Sancho. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales, ICEPSS Editores. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. Canarias 1998. pp. 119-132.

Hidalgo Rodrigo,I.,Díaz González,R.J. Estudios de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Avila.Med. Clin. Barc.,Octubre 1994, 103(11),408-412.

Holland J. C. Clinical Course of Cancer. En Holland J. y Roland J. Handbook of psychological care of the patient with cancer. N. Y. Oxford University Press, 1989

Holland J. C. Radiotherapy. En Holland J. C. Handbook of Psychooncology. Oxford University Press,1989. pp.134-144.

Horowitz M. E., Smith M. y Magrath I. T. et al. Cancers in Children. En: MacDonald J. S., Haller D. G., Mayer R. J. (eds.).Manual of Oncologic Therapeutics. Philadelphia: Lippincott J. B., 1990; 312-329.

Jacobsen P. y Holland J. C. Psychological Reactions to Cancer Surgery. En Holland J. y Roland C. Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, 1989. pp. 117-133.

Jones J.W. Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. In: Jones J.W. (Ed) The Burnout Syndrom: current research, theory, interventions.Park Ridge,III:London House, 1982: 107-125.

Jones J.W. Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. In: Jones J.W. (Ed) The Burnout Syndrom: current research, theory, interventions.Park Ridge,III:London House, 1982: 107-125.

Jones J.W. The Staff Burnout Scale for Health Professionals(SBS-HP). Park Ridge, Ill: London House, 1980.

Koeske G.F., Koeske R.D. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory; a critical review and reconceptualization. J. of Applied Behavior Science, 1989; 25(2):131-144.

Leininger M. Care: The essence of nursing and health. Thorofare, N. J.: Charles B. Slack, Inc. 1984.

Leiter M. P. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. J. of Organizational Behavior, 1991; 12(2): 123-44

Leiter M.P. Burnout as a function of communication patterns. Group and Organization Studies, 1988; 13(1):111-28

Lesko L. M. y Holland J. C. Chemotherapy, endocrine therapy and immunotherapy. En Holland J. C. Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, 1989. pp. 146-160

López Imedio Eulalia. Enfermería en Cuidados Paliativos. Ed. Medica Panamericana. España 1998.

Marriner, A. Nursing theorist and their work. The C. V. Mosby Company St. Louis, Missouri. 1ed. Enero. Printed in Spain, ediciones ROL, S. A. 1989.

Maslach C. y Jackson, SE. Inventario "Burnout" de Maslach. TEA Ediciones. Abril, 1997.

Maslach C., Jackson S. E. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, 1981.

Maslach C., Jackson SE. Burnout in Health Professions: a social psychological analysis. En: Sanders GS, Sulz J (Eds) Social Psychology of Health and illness. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum, 1982.

Matrai L. Estrés y "burnout", aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil. www.sup.org.uy/Archivos/Pediatrica72_s/pdf/matrai.pdf. 2001.

McCranie E.W., Lambert V., Lambert C. Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. Nursing Research, 1987; 36 (6): 374-378.

Mingote C, Denia F, Jiménez Arriero. Síndrome de desgaste profesional en enfermería. www.gueb.com/buscador/buscador.asp

Moreno B. y Oliver C. El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: adaptación y nuevas versiones. Ponencia al Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid, Julio 1992.

Moreno, B. y Peñacoba, C. Estrés asistencial en los servicios de salud. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, 1995.

Olivar C., González S., Martínez M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Austria. Aten. Primaria. 1999. 24: 352-59.

Olkinuora M., Asp S., Juntunen J., Kauttu K., Stid L. y Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. Soc. Psychiatry Psychiatr epidemiol, 1990; 25:81-86.

Oriando, I. The discipline and teaching of nursing process. New York: G. P. Putnam's Sons. 1972.

Palomo J. M. El estrés del entorno hospitalario y familiar en cirugía. Consideraciones generales de la relación médico-paciente. www.lafacu.com/apuntes/psicologia/estrés_ciru/default.htm

Peck, A. Emotional reactions to having cancer. Am. J. Roentgenol. Radiat. Ther. Nucl. Med. 1972. 114:591-99

Peck, A. and J. Boland. Emotional reactions to radiation treatment cancer 1977. 40:180-184.

Peiró J. M. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudema, 1992.

- Pines A. Burnout In: Goldberger L, Breznitz Sh (Eds). Handbook of stress: theoretical and clinical aspects, 2a de. NY: Free Press, 1993: 386-402.
- Pines A., Aaronson E. Career burnout: causes and cures. NY: Free Press, 1988.
- Pines A., Aaronson E., Kafry D. Burnout: from tedium to personal growth. NY: Free Press, 1981.
- Quesada, J. R. M. Talpaz A., Rios, R Kurzrock, and J. U. Gutterman. Clinical toxicity of interferons in cancer patient: A review. J. Clin. Oncol., 1986. 4:234-243.
- Reynoso E. y Saed M. R. Quimioterapia: Manual para el paciente oncológico. Alianza: Agrupación de Especialistas, Pacientes y Familiares en Lucha contra el Cáncer.
- Richardsen A. M., Burke R. J., Leiter M. P. Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. Anxiety, Stress and Coping, 1992; 5(1):55-68.
- Rodríguez Marín J. Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis, 1995.
- S. A. Estrés en los trabajadores de la salud. www.cepis.org.pe/eswww/fulltext/repind61psps.html. Actualizado el 19/08/99.

S. A. http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_21.htm

S. A. http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_28.htm

S. A. www.coba.org.ar/inv/invest_36e.htm

S.A. www.europapress.es/europa2001/abierto/noticia.asp?cod=200211121358

13

S.A. www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/4834. Fuente: Interpsiquis, 2002

S. A. www.ucm.es/info/dosis/jor_7/j_7_5_4.htm

Schaufeli W.D., Enzmann D., Girault N. Measurement of burnout: a review. In: Schaufeli W.B., Maslach C., Marek T. (Eds) Professional burnout: recent developments in theory and research. UK: Taylor&Francis, 1993: 199-215.

Schwab R. L., Jackson S. E., Schuler R. S. Educator burnout: sources and consequences. Educational Research Quarterly, 1986; 10(3):14-30

Siegel B. Love, Medicine, Miracles. New York: Harper, Ron Publishers, 1986

Skvenington S. Understanding nurses. The social psychology of nursing. E.E.U.U., Chichester: Wiley & Sons, 1984.

Strain, J. J. The Surgical Patient. In R. Michels, J. O. Cavernar, Jr., H. K. H. Brodie, A. M. Cooper, S. B. Guze, L. L. Judd, G. L. Klerman and A. J. Solnit (eds.), Psychiatry, Vol 2. Philadelphia: Lippincott, 1985. Chapter 121.

Torres C. ¿ Estrés o Burnout ?. Sindicato de Enfermería, España. Disponible en: www.satse.es/salud_laboral/sindrome_burnout.htm

Traber R., Freidi W., Egger J. et. al. Burnout en asistentes de enfermería geriátrica. En memorias de la 8ª. Conferencia Europea de Psicología de la Salud. Alicante, 1995: II,832-39.

Turnipseed, D.L. An analysis of the influence of work environment variables and moderators of the burnout syndrome. Journal of Applied Social Psychology. Mayo 1994; vol 24 (9) 782-800.

Ullrich A. y Fitzgerald P. Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. Soc. Sci. Med.1990; 31:1013-1022.

Vega D. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general. [Tesis doctoral dirigida por los Dres. Pérez Urdániz y Fernández Cantí]. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1995

Whippen D., Canellos G. Burnout syndrome in the practice of oncology: results and survey of 1000 oncologist. J. Clin Oncol, 1991; 9:1916-1921

Zabel R. H., Zabel M. K. Factors in burnout among teachers of exceptional children. Exceptional Children, 1982; 49(3):261-263.

ANEXOS

Anexo 1. Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

(Instrumento de medición utilizado en la presente investigación)

Conteste a las frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	Muy pocas veces	Sólo en ocasiones	La mayoría de las veces	Casi siempre	Siempre

- 1.Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. ()
- 2.Me siento agotado al final de la jornada de trabajo. ()
- 3.Me siento agotado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo. ()
- 4.Puedo entender con facilidad lo que piensan las personas que atiendo. ()
- 5.Creo que trato a algunas de las personas que atiendo como si fueran objetos. ()
- 6.Tener que atender personas todo el día es una tensión para mí. ()
- 7.Manejo bien los problemas de las personas que atiendo. ()
- 8.Me siento desgastado por mi trabajo. ()
- 9.Siento que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de los demás. ()
- 10.Creo que tengo un comportamiento más indiferente con la gente desde que hago este trabajo. ()
- 11.Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente. ()
- 12.Me siento muy activo en mi trabajo. ()
- 13.Me siento frustrado en mi trabajo. ()
- 14.Creo que estoy trabajando demasiado. ()
- 15.No me preocupa realmente lo que les ocurre a algunas personas a las que doy atención. ()
- 16.Trabajar en contacto directo con las personas que atiendo me produce bastante estrés. ()
- 17.Puedo crear fácilmente un ambiente relajado a las personas que atiendo. ()
- 18.Me siento estimulado después de trabajar en contacto directo con personas. ()
- 19.He realizado muchas cosas que valen la pena en este trabajo. ()
- 20.Siento que estoy en el límite de mis posibilidades en este trabajo. ()
- 21.En mi trabajo suelo tratar los problemas emocionales con mucha calma. ()
- 22.Siento que las personas que atiendo me culpan de algunos de sus problemas. ()

Anexo 2. Maslach Burnout Inventory (MBI)

(Instrumento versión española)

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Conteste a las frases indicando la frecuencia con que vd. ha experimentado ese sentimiento.

- 1.Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.....()
- 2.Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.....()
- 3.Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.....()
- 4.Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.....()
- 5.Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.....()
- 6.Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.....()
- 7.Trato muy eficazmente los problemas de las personas.....()
- 8.Me siento "quemado" por mi trabajo.....()
- 9.Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.....()
- 10.Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.....()

Anexo 3. Cuestionario de registro

Fecha: _____

A continuación hay una serie de preguntas que quisiera que contestes.

Todos los datos son estrictamente confidenciales y no se analizarán de manera individual sino grupal.

Gracias por tu cooperación.

Sexo: F ___ M ___

Edad: _____

Estado Civil: Casada _____ Tiempo _____
Soltera _____ Tiempo _____
Divorciada _____ Tiempo _____
Unión libre _____ Tiempo _____
Viuda _____ Tiempo _____
Separada _____ Tiempo _____

Número de hijos: _____

¿Cuánto tiempo tienes laborando en tu profesión? _____

¿Cuánto tiempo tienes laborando en el hospital? _____

¿Cuál es tu turno de trabajo?

Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____ Otro _____

¿En qué servicio te encuentras en este momento? _____

¿Cuántas horas al día dedicas al contacto directo con los pacientes durante tu trabajo?

a) Más del 50% b) el 50% del tiempo c) menos del 50%

¿Durante tu tiempo libre o fuera de tu horario de trabajo, dedicas más tiempo a actividades de tu profesión?

No _____ Si _____ ¿ Cuántas horas ? _____

¿Qué es lo más difícil de ser enfermera?

a) sueldo b) sobrecarga de trabajo c) horario d) atención a pacientes con cáncer
e) otros _____

Anexo 4. Tabla de Baremos versión española

Puntuaciones directas

Pc	VARONES				MUJERES				TOTAL	
	CE	DP	RP	CE	DP	RP	CE	DP	RP	S
99	51-54	24-30		43-54	23-30		45-54	24-30		97
98	47-50	22-23	48	42	21-22	48	44	22-23		91
97	45-46	21	-	40-41	20	-	42-43	20-21	48	87
A 96	43-44	20	-	39	19	-	41	19	-	85
L 95	41-42	18-19	47	36-38	17-18	47	38-40	18	47	83
T 90	36-40	16-17	45-46	34-35	15-16	45-46	34-37	15-17	46	76
A 85	33-35	15	44	31-33	13-14	44	32-33	14	44-45	71
80	30-32	13-14	43	29-30	12	43	29-31	12-13	43	67
75	28-29	12	42	28	11	41-42	28	11	42	63
70	26-27	11	41	26-27	10	40	26-27	10	41	60
65	23-25	10	40	25	8-9	39	24-25	9	40	58
M 60	21-22	9	39	23-24	7	38	22-23	8	39	55
E 55	20	8	38	22	-	37	21	7	38	52
D 50	19	7	37	21	6	36	19-20	-	37	50
I 45	17-18	-	36	19-20	5	35	18	6	35-36	48
A 40	16	6	35	17-18	-	33-34	16-17	5	34	45
35	14-15	5	34	15-16	4	32	14-15	-	33	42
30	12-13	4	32-33	14	3	31	13	4	32	40
25	11	-	31	12-13	-	29-30	11-12	3	30-31	37
20	9-10	3	29-30	10-11	2	28	10	2	29	33
B 15	7-8	2	27-28	8-9	1	26-27	8-9	-	26-28	29
A 10	6	1	24-26	6-7	-	24-25	6-7	1	24-25	24
J 5	4-5	-	21-23	4-5	0	21-23	4-5	-	21-23	17
A 4	3	0	20	3	-	3	0	0	20	15
3	2		19	0-2		19-20	2		19	12
2	1		13-18			17-18	0-1		16-18	9
1	0		0-12			0-16			0-15	3
N	530	530	530	580	580	580	1.138	1.138	1.138	N
Med	20,40	8,22	36,00	21,51	7,10	35,18	20,86	7,62	35,71	Med
D.I.	11,91	5,92	8,12	10,69	5,75	8,03	11,30	5,81	8,08	D.I.

* Maslach, C. y Jackson, S. E. *Inventario « Burnout » de Maslach*, TEA Ediciones. Adaptación de Seisdedos, Departamento de I+D de TEA Ediciones, S. A. Madrid, 1997.

Anexo 5. Validez de contenido del MBI

A continuación marque con una X si está de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los reactivos. En caso de no estar de acuerdo corrija la pregunta de la manera que usted considere pertinente:

Acuerdo

Desacuerdo

1.Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

2.Me siento agotado al final de la jornada de trabajo.

3.Me siento agotado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.

4.Puedo entender con facilidad lo que piensan las personas que atiendo.

5.Creo que trato a algunas de las personas que atiendo como si fueran objetos.

6.Tener que atender personas todo el día es una tensión para mí.

7.Manejo bien los problemas de las personas

8.Me siento "desgastado" por mi trabajo.

9.Siento que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de los demás.

10.Creo que tengo un comportamiento más indiferente con la gente desde que hago este trabajo.

11.Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

12.Me siento muy activo en mi trabajo.

13.Me siento frustrado en mi trabajo.

14.Creo que estoy trabajando demasiado.

15.No me preocupa realmente lo que les ocurre a algunas personas a las que doy atención.

16.Trabajar en contacto directo con las personas que atiendo me produce bastante estrés.

18.Me siento estimulado después de trabajar en contacto directo con personas.

19.He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.

20.Siento que estoy en el límite de mis posibilidades en este trabajo.

21.En mi trabajo suelo tratar los problemas emocionales con mucha calma.

22.Siento que las personas que atiendo me culpan de algunos de sus problemas.

¿ Considera que las instrucciones del instrumento son claras ?

¿ Considera que las opciones de respuesta son claras ?

Observaciones adicionales:

Anexo 6. Cuadro comparativo (validación interjueces)

Reactivo	España	Cuba	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Resumen	Sugerencia
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Me siento agotado al final de la jornada de trabajo
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Me siento agotado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo
4	Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Puedo entender con facilidad lo que piensan las personas que atiendo
5	Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos
6	Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Tener que atender personas todo el día es una tensión para mí
7	Trato muy eficazmente los problemas de las personas	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Manejo bien los problemas de las personas que atiendo
8	Me siento quemado por mi trabajo	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Me siento desgastado por mi trabajo
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Siento que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de los demás
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Creo que tengo un comportamiento más indiferente con la gente desde que hago este trabajo
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente

Reactivo	España	Cuba	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Resumen	Sugerencia
12	Me siento muy activo	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Me siento muy activo en mi trabajo
13	Me siento frustrado en mi trabajo	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Me siento frustrado en mi trabajo
14	Creo que estoy trabajando demasiado	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Creo que estoy trabajando demasiado
15	No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	No me preocupa realmente lo que les ocurre a algunas personas a las que doy atención
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Trabajar en contacto directo con las personas que atiende me produce bastante estrés
17	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Puedo crear fácilmente un ambiente relajado a las personas que atiende
18	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Me siento estimulado después de trabajar en contacto directo con personas
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	He realizado muchas cosas que valen la pena en este trabajo
20	Me siento acabado	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Siento que estoy en el límite de mis posibilidades en este trabajo
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	En mi trabajo suelo tratar los problemas emocionales con mucha calma
22	Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas	No	No	No	No	No	No	No	No	7 / 7	Siento que las personas que atiende me culpan de algunos de sus problemas

Reactivo	España	Cuba	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Resumen	Sugerencia
23			Algunas opciones no concuerdan con la pregunta	Muchas opciones de respuesta	Si	Si	Cambiaría a las opciones (casi siempre)	No se ajusta a opciones de respuesta. Cambiar escala (Siempre..)	No hay relación entre pregunta y opción de respuesta	5 / 7	Cambiar las opciones de respuesta
24			Connotación (-)	No reactivos negativos	Si	Si	Si	Cambiar escala	Modificar presentación de las preguntas. Escala Likert	4 / 7	Cambiar escala