

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

“BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL  
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, I.S.S.S.T.E., EN RELACIÓN  
CON JORNADA LABORAL MATUTINA, VESPERTINA Y NOCTURNA”.

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

**P R E S E N T A :**

EDELMIRO SERVANDO JUÁREZ ORTIZ

TUTOR TEÓRICO

DR. JAIME RUIZ ORNELAS

TUTOR METODOLÓGICO

DRA. M. GEORGINA OCHOA M.

MÉXICO, D.F.

AÑO 2007



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.

## ÍNDICE

## Página

RESUMEN.....1

INTRODUCCIÓN.....3

### CAPÍTULO I. ANTECEDENTES

1. Consideraciones importantes en relación a Síndrome – de Burnout (Síndrome de Burnout en los trabajadores – de la Salud).....5
2. Modelos teóricos de la génesis del Burnout .....26
3. Antecedentes Históricos en relación al trabajo.....27
4. Consecuencias del estrés laboral crónico.....33
  - a) Alteraciones físicas.....34
  - b) Alteraciones emocionales o psicológicas.....37
  - c) Alteraciones conductuales.....40
  - e) Estrés y sistema inmunológico (Psiconeuroinmunología- Factores psicológicos, inmunidad y enfermedad ).....43
5. Condiciones de trabajo y turno nocturno en hospitales.....54
6. Calidad de vida en el trabajo.....63
7. Seguridad e higiene del trabajo en los servicios médicos – y de salud.....68
8. Instrumentos de medición para Burnout y Calidad de vida.....73

CAPITULO II. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.....86

1. Planteamiento del problema
2. Justificación
3. Hipótesis
4. Objetivos
5. Material, métodos y procedimientos
  - 5.1 Universo de estudio
  - 5.2 Tipo de estudio
  - 5.3 Criterios de selección
  - 5.4 Recursos humanos y físicos
  - 5.5 Procedimiento
  - 5.6 Método estadístico

**CAPÍTULO III. RESULTADOS.....91**

- 1. Variables atributivas
- 1.2 Edad
- 1.2 Sexo
- 1.3 Estado civil
- 1.4 Escolaridad
- 1.5 Servicio
- 1.6 Turno
- 2. Síndrome de Burnout (MBI)
- 3. Alteraciones en la calidad de vida (SF-36)
- 4. Comparación global de alteraciones

**CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES, DISCUSIÓN  
Y RECOMENDACIONES**

- 1. Discusión.....**99**
- 2. Conclusiones.....**105**
- 3. Recomendaciones.....**106**
- 4. Bibliografía.....**111**
- 5. Anexos.....**114**

## RESUMEN

**Objetivos.** Una de las grandes motivaciones para la realización del presente estudio es poder identificar la presencia de síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en los servicios de medicina interna, admisión continua adultos y unidad de cuidados intensivos de adultos, áreas consideradas en la literatura nacional e internacional, como susceptibles a encarar una mayor carga de estrés, así también, verificar qué relación ejerce el turno laboral como posible factor de riesgo en la presentación de dicho síndrome. La calidad de vida es una variable que también se consideró a valorar en el personal de enfermería, ya que se pensó también podría verse repercutida de alguna forma en función de la presencia de Burnout y asimismo en relación al turno laboral. Finalmente como objetivos secundarios se planteó la búsqueda de una asociación entre Burnout y calidad de vida a expensas de variables sociodemográficas.

**Método.** Se recopilaron datos sociodemográficos con variables como edad, sexo, estado civil, escolaridad, turno fijo y antigüedad en el puesto. Los instrumentos de evaluación utilizados para evaluar el Síndrome de Burnout y calidad de vida fueron la Escala de Maslach y el cuestionario en salud SF-36, los cuales se aplicaron durante la jornada diurna, vespertina y nocturna de las enfermeras en su lugar de trabajo. Se aplicaron en forma confidencial e individual, por el investigador, en un espacio que proporcionó la suficiente confianza, seguridad y tranquilidad. El tiempo fue variado, ya que dependió del tiempo libre que tenía el personal de enfermería para colaborar con la investigación, pero en un solo momento de aplicación. La duración total de la aplicación para los tres servicios fue de 1 semana. Una vez habiendo recolectado los datos se procedió al vaciado de los mismos al programa Microsoft office Excel 2006, obteniendo un banco de información bien organizada y verificada. Posteriormente se realizó el procedimiento estadístico para obtener valores puntuales finales y validados, así como las correlaciones pertinentes entre las diferentes variables. El procesamiento estadístico fue realizado a través de los programas EPI-INFO6.04 y STATISTICA 6.0.

**Resultados.** En términos generales, encontramos que el síndrome de Burnout se encuentra presente en un 66% de la muestra estudiada, de los cuales el 34% corresponde a un nivel alto de intensidad. En el 67.4% corresponde a mujeres. Existe una relación no significativa entre la presencia del síndrome y el estado civil ( $p=0.434$ ), teniendo que entre las enfermeras casadas dicho síndrome se observó en un 51.6% de las mismas. Los resultados muestran que a menor grado de escolaridad mayor riesgo, aunque no significativo, de presentar desgaste profesional. En el turno nocturno se presentó un mayor porcentaje de Burnout (38.7%), el cual no es significativo ( $p=0.426$ , chi cuadrada= 1.7) pero correlaciona con la hipótesis de estudio. El factor antigüedad muestra una correlación no significativa con el síndrome de desgaste ( $p=0.200$ , chi cuadrada: 3.22), presentándose en un 53.2% en personal con antigüedad de entre 3 y 10 años.

El servicio en el cual se obtuvo mayor incidencia de Burnout fue la unidad de cuidados intensivos adultos con un 42.6% ( $p=0.449$ ,  $\chi^2=1.60$ ).

La calidad de vida en salud global no guarda relación con el Síndrome de Burnout, sin embargo, en el rubro de salud mental, existe una tendencia significativa ( $p < 0.050$ ), la cual se observa con menores puntuaciones en los sujetos con Burnout en relación directa a su intensidad. Se obtuvieron mejores puntuaciones en salud física en relación al género femenino y asimismo, en estas, las divorciadas y viudas. A mayor grado de escolaridad, mejor calidad de vida. En relación al turno laboral se presentó discrepancia teniendo mayores puntuaciones para salud física en el turno vespertino y mayores para salud mental en el turno nocturno. En el servicio de admisión continua adultos se tiene una mejor percepción en relación a la calidad de vida en salud mental y física. La antigüedad tiene una relación estadísticamente significativa con respecto a la percepción de la salud física ( $p=0.027$ ) y mental ( $p=0.016$ ).

## INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones actuales en el campo del bienestar y la salud en el trabajo es la referida al estrés en los ambientes laborales. Estudios realizados informan que un excesivo estrés relacionado con el trabajo conlleva a conflictos en el área laboral y fuera de ella.

El estrés y la tensión asociada a los trabajos asistenciales ha sido un hecho conocido desde siempre. Si cualquier trabajo causa y produce estrés, trabajar con personas a las que hay que atender, cuidar, orientar, ayudar o sencillamente acompañar; agota mayormente.

El Síndrome de Burnout es un estrés laboral asistencial de tipo organizacional que afecta fundamentalmente a los profesionales que tienen relación con usuarios de diferentes servicios, donde los servicios de salud juegan un papel importante y especialmente, la profesión de Enfermería, enfatizado en aquellas áreas de mayor naturaleza estresante en esta profesión, que condiciona en las variables causales y mediadoras del Burnout, una forma particular de estrés laboral en estos profesionales.

En la actualidad se cuenta con una rica bibliografía sobre este tema. La mayor parte de los investigadores coinciden en identificar este síndrome como un estrés laboral asistencial que afecta a los profesionales de diversas ramas, pero que generalmente mantienen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación puede estar cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación, lo cual repercute en la calidad de vida en la mayoría de los casos.

El *Burnout* no es cualquier tipo de estrés; se han elaborado varios modelos para su explicación. La mayoría de los autores reconocen 3 dimensiones fundamentales en este fenómeno: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal; ven en la organización de las actividades laboral-institucionales y en determinadas características personales, matizadas por el contacto continuo y frecuente con el público, sus principales fuentes causales.

Realmente la enfermera (o) está sometido a múltiples factores estresantes, tanto de carácter organizacional, como propios de la tarea que ha de realizar. Estas características hacen que el síndrome de *Burnout* tenga una incidencia relativamente alta en esta profesión. La salud de las enfermeras (os) 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.

Los trabajadores y trabajadoras de los hospitales, particularmente el personal de enfermería, están expuestos a una serie de riesgos, tales como: la exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas, levantamiento de cargas durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, exposición a sustancias químicas irritantes, alergénicas y/o mutagénicas y a radiaciones ionizantes, bien conocidos como productores de daños a la salud de los trabajadores. Por otro lado, siendo el paciente, el objeto de trabajo de este personal, el contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, constituyen una carga mental para este grupo de trabajadores.

A esta carga psíquica se añaden las dificultades cotidianas ligadas a la organización del trabajo, tales como: sobrecarga, problemas de comunicación entre colegas y en particular con los médicos, así como los horarios, la rotación de turno y la jornada nocturna.

Todos estos factores de riesgos aunados a las condiciones y estilos de vida, configuran perfiles de malestares, enfermedades, desgaste físico y emocional, incapacidades e insatisfacción laboral, específicos del personal de enfermería, que se ven reflejados en su desempeño laboral, social y familiar, repercutiendo negativamente en su calidad de vida en general.

Así mismo la jornada laboral es un factor que influye en el desempeño de los trabajadores por turnos y los del turno nocturno en particular tienen condiciones de trabajo más penosas que los del turno matutino, especialmente en materia de supervisión, salubridad, alimentación, movilidad, extensión de la jornada, interrupciones, iluminación, etc. El ambiente de trabajo es menos adecuado que en el turno matutino y más deteriorante para la salud física y psíquica del trabajador y sus condiciones de vida. Por lo general la única compensación a este carácter doblemente penoso del trabajo nocturno es la remuneración adicional que no siempre es la más adecuada.

Se hace una extensa revisión bibliográfica de este tema y se comentan los resultados de una investigación realizada en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, con este personal.

Es importante considerar variables atributivas y demográficas que han sido relacionadas e identificadas como de mayor o menor riesgo a predisponer al Burnout, a saber: edad, sexo, estado civil, escolaridad y servicio perteneciente.

Así también, se analizará el papel que juega en este personal la jornada laboral, ya que en los reportes hasta ahora efectuados, existe discrepancia en cuanto a la asociación de esta variable en relación al Síndrome de Burnout.

Finalmente analizar el grado de afectación en la calidad de vida de estos (as) trabajadores de servicios en la rama de la salud.

A lo largo del estudio se utilizarán indistintamente los términos Burnout y desgaste profesional como sinónimos.

## CAPÍTULO I. ANTECEDENTES

### 1. CONSIDERACIONES IMPORTANTES EN RELACIÓN AL SÍNDROME DE BURNOUT.

El síndrome de agotamiento profesional, cuyo término en inglés es burnout, que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado, exhausto”, fue definido por primera vez por el psicoanalista alemán residente en Norteamérica Herbert J. Freudenberger en 1974 (14) como "un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía", refiriéndose a los profesionales denominados de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas. En 1974 Von Ginsburg (11) también se refiere a él como “un agotamiento psicofísico de los trabajadores en organizaciones de ayuda” (Free Clinics). Anterior al término burnout en Estados Unidos se usaba el término Flame out, para hacer referencia a diversas alteraciones que sufrían los trabajadores en sus trabajos.

El primero en usar el término fue Graham Greens en una publicación de 1961, “A Burnout Case”.

Retrocediendo aún más en el tiempo, en 1901 Thomas Mann, en su novela *The Buddensbrooks*, se refiere ya a este término o concepto. En esta obra literaria se relata la decadencia de una familia y va implícito en las características del personaje, un senador, del cual toma el nombre su obra.

El término Burnout o agotamiento profesional, ha pasado una época de ferviente interés a partir de los trabajos de C. Maslach desde 1976 (25,26), quien dio a conocer esta palabra Burnout de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban “quemándose”.

Las doctoras C. Maslach y S. Jackson en sus trabajos sobre el “Síndrome de Burnout” desde 1976 consideran a este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionan tres grandes aspectos (25,26,27) :

— El cansancio emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento.

— La despersonalización, caracterizada por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, e incluso a culpar a los propios pacientes de los problemas que acontecen al profesional, llegando a considerar a estas personas como verdaderos objetos.

— La falta de realización profesional, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudodepresivas y con tendencia a la huida, agotamiento físico y psíquico, la despersonalización en el sentido de la deshumanización y una actividad negativa hacia sí mismos y hacia los propios logros una moral baja, un detrimento y descenso de la productividad en el trabajo, lo que lleva a una escasa o nula realización personal.

Este término fue recibiendo aportaciones de otros estudiosos, hasta que en noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia la I Conferencia Nacional sobre Burnout, que sirvió para aunar los criterios.

En estos primeros trabajos de Maslach y Jackson refieren una evolución del síndrome secuencial, por lo que se pasaría del cansancio emocional a la despersonalización y posteriormente a la falta de realización personal. Sin embargo, Golembiewski (12) en 1986 y Leiter en 1989 (28) plantean que no es necesario que esta secuencia tenga que producirse de una forma ordenada y opinan que el síndrome se puede presentar de forma aguda y crónica.

En 1980 Cherniss (2, 7) comenta que el síndrome puede darse como consecuencia de una sensación de ineficacia.

Edelwich en el mismo año se refiere a él como una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del propósito de los trabajadores de ayuda, como resultado de las condiciones de su trabajo frente a las demandas excesivas de los usuarios.

Perlman y Hartman en 1982 (22) aumentaron el interés por este campo debido a tres factores que señalan como fundamentales:

- El aumento de la importancia de los servicios humanos, individuales y colectivos.
- El incremento de la valoración y exigencia de los usuarios.
- El mayor interés por el estudio sobre el estrés y ambiente.

También Pine, Aronson y Kaffry (32) se refieren al síndrome de burnout como el resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso hacia los demás, durante un periodo de tiempo prolongado.

### Etiología

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

**La edad** aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada (5,6).

Según **el sexo** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer (5,6,17,19).

**El estado civil**, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser mas realistas con la ayuda del apoyo familiar (5,6,17,20).

**La turnicidad laboral** y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor dentro del espectro de los trabajadores de la salud (6).

Sobre **la antigüedad profesional** tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serian los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes (20,23).

Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral en los profesionales** asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores (3,29).

También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura (8).

Siguiendo a Rafael de Pablo (10) podemos distinguir los siguientes núcleos etiológicos:

a) EL FACTOR PERSONAL. Características del trabajador en particular.

b) FACTOR PROFESIONAL. Características específicas del rubro.

c) FACTOR EMPRESARIAL. Características de los objetivos, organización que se establecen y de los recursos disponibles.

d) FACTOR AMBIENTAL. Características del medio ambiente social, familiar y cultural.

## EL FACTOR PERSONAL

Hasta que punto hay un desajuste entre nuestras expectativas y la realidad cotidiana y cual es el grado de adaptación entre esta y aquellas. Básicamente se han identificado tres tipos de expectativas en algún momento de la vida en personal dedicado al área de la salud.

1. **Expectativas altruistas:** poder ayudar a los que sufren.
2. **Expectativas profesionales:** ser un profesional competente y ser considerado como tal.
3. **Expectativas sociales:** Tener un prestigio social y buenos ingresos económicos.

Factores predictivos personales.

*Locus de control externo.* En aquellas personas que por su propia caracterización personal, creen tener un menor control de la situación mayores posibilidades hay de que aparezca el síndrome, sobre todo ante situaciones ambiguas, difíciles o novedosas, en las que la persona cree tener poca o ninguna posibilidad de controlar. Será pues la creencia regular de esa falta de control la que pueda facilitar su aparición.

*Indefensión aprendida.* También como fruto de la personalidad del trabajador puede ocurrir que éste perciba la situación amenazante como imposible de afrontar y, consecuentemente, de lograr un control sobre la misma. Esta forma de entender su realidad provocara una mayor facilidad para que se instaure el estrés profesional.

Por tanto, la característica básica es la creencia que se tiene en el nulo control sobre la situación o evento aversivo.

*Personalidad resistente.* Algunos estudios describen un patrón de personalidad que se caracterizaría, entre otras variables, por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente y por una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza, que suponen las tres dimensiones que configuran este tipo de personalidad (compromiso, control y desafío). Lógicamente, los trabajadores que presentan este tipo de personalidad tendrán menos posibilidades de padecer estrés profesional.

*Sexo.* En relación con el trabajo, las mujeres presentan más conflictos de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras, cuando tienen que compaginar su realidad laboral con la familiar y personal. Entre otras características, parece que las mujeres sienten un mayor agotamiento emocional y una menor realización personal en comparación con los hombres.

*Edad.* Parece en esta variable, que los resultados apuntan a pensar que cuanto más joven es el trabajador, mayor incidencia de estrés profesional hallaremos.

*Demandas emocionales.* Cuando el trabajador percibe que la organización le realiza demandas con un fuerte componente emocional, la percepción y valoración que haga será definitiva en la posibilidad de que encontremos estrés profesional. A más demandas y/o intensidad de las mismas mayor probabilidad de la presencia de dicha relación. Las demandas normalmente serán de origen laboral, pero no siempre tiene que ser así.

*Autoeficacia.* Si el trabajador considera que es eficaz en la realización de sus tareas habituales, disminuye la posibilidad de que aparezca estrés profesional, ya que no solo se pone en juego la valía profesional, sino que también está en riesgo el propio autoconcepto.

*Patrón de personalidad tipo A.* Un tipo de personalidad que se ha planteado como facilitador del estrés profesional es el tipo A, que se caracteriza por altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hiperresponsabilidad, etc. La urgencia y la rapidez son las dos variables que caracterizan la realidad de este trabajador, por lo que es muy posible que se introduzca en una dinámica de trabajo claramente predisponente al síndrome.

*Autoconcepto.* En tanto que nos referimos al concepto que el trabajador tiene de sí mismo, tanto desde la perspectiva personal como profesional, cuando este sea negativo mayores posibilidades existirán de que esta percepción se convierta en un estresor importante.

*Expectativas personales.* Todos los trabajadores tienen unas determinadas expectativas hacia cualquier hecho vital, entre otros el trabajo. Conforme se va dando un distanciamiento entre dichas expectativas y la realidad que encuentra en su entorno laboral, aumentan las probabilidades de padecer estrés profesional.

## FACTOR PROFESIONAL (Sector Salud)

“Características de la atención primaria”

Trato directo y continuado con los pacientes y sus familias: “El goteo emocional”.

Mayor proximidad al sufrimiento cotidiano.

Mayor implicación emocional.

Familiaridad. Difícil mantener la distancia terapéutica. Gran variabilidad e incertidumbre diagnóstica: Solapamiento de lo orgánico y lo funcional.

Síntomas inicialmente vagos de enfermedades potencialmente graves.

Campo de actuación muy amplio.

Es fácil tener lagunas de conocimientos.

Puede haber situaciones que no sepamos controlar. Falta de competencia o de capacidad.

Presión asistencial alta.

Excesiva burocratización.

La excesiva burocracia descapitaliza profesionalmente disminuyendo la capacidad resolutoria.

Las altas expectativas que se formaron con la reforma de la atención primaria y la creación de los centros de salud, están creando un importante grado de frustración al no verse cumplidas en un grado adecuado.

## FACTORES ORGANIZATIVOS EMPRESARIALES (3,8,36)

Presión asistencial excesiva provoca agobios, escaso tiempo de dedicación al paciente y aumento de posibilidad de cometer errores.

Falta de una limitación máxima de la agenda asistencial. Constante incertidumbre respecto a como vas a terminar el día ni que te vas a encontrar.

Posibilidad de que se intercalen urgencias no previstas.

Todo esto lleva a una sensación de trabajo en cadena con la consiguiente falta de control sobre tu trabajo (importante fuente de estrés).

### Burocratización excesiva

Derivación de burocracia desde la especializada (los médicos envían enfermos que ellos deberían atender).

Se pierde tiempo en labores burocráticas en las que se debería tener un apoyo auxiliar que restara tiempo para resolver problemas a los pacientes, teniéndose la

sensación de haberse convertido en los secretarios del sistema (es decir profesionales de segunda).

### Escaso trabajo real de equipo

Después de 15 años todavía sigue sin haber una definición clara ( normatizada ) entre los diferentes estamentos no médicos, con lo que al final lo que no se hace, lo tiene que hacer el médico, y así también, las enfermeras. Este tema ha creado y sigue creando importantes tensiones y gasto intensos de energía, por dejar al voluntarismo y a las buenas intenciones de los componentes del equipo, la solución del reparto de responsabilidades .Es probable que en algunos equipos por la sintonía personal de sus componentes y otras circunstancias, se haya conseguido, pero esta situación es muy frágil e inestable rompiéndose con facilidad al menor conflicto o por el recambio lógico de las personas a lo largo del tiempo. En equipos muy grandes es fácil que se creen subgrupos, así como también es fácil que se creen subgrupos por horarios creando diferentes corrientes de opinión. La excesiva presión asistencial no permite la existencia de espacios informales de contacto (comienzos de jornada, desayuno, final de jornada) entre los componentes del equipo, que fomenten “una buena atmósfera de grupo”. Todo esto hace que no se tenga un objetivo común, sino múltiples objetivos, con frecuencia enfrentados, lo que provoca discusiones estériles y muy desgastantes, fomentando la competitividad insana, en lugar de la colaboración para conseguir un objetivo común (misión fundamental de un equipo de trabajo).

### Falta de sintonía con las Gerencias

“Dialogo de sordos”

No hay un acercamiento y sintonía en los objetivos, que resultan ajenos. Parece haber un problema de comunicación.

La evaluación no consigue su principal objetivo, que es la búsqueda de oportunidades de mejora de la calidad asistencial y aportar al profesional ideas y herramientas para la mejora en su quehacer. Una definición de situación estresante sería aquella que se percibe como indeseable, impredecible e incontrolable.

### Progresión del Padecimiento

De forma continua y fluctuante en el tiempo. Según Chernis, el Síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas.

En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial  
En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica  
En la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un

afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

### Factores predictivos organizacionales.

*Dinámica negativa del trabajo.* Cuando las relaciones laborales y, consecuentemente, el clima organizacional es negativo existe más posibilidad de que encontremos estrés profesional. Las razones por las cuales puede darse esta dinámica negativa pueden ser fruto, entre otras razones, de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, planteamientos directivos descendentes poco claros, un mal establecimiento de los roles a desempeñar, etc.

*Inadecuación profesional.* Cuando existe una Inadecuación (no adaptación del perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña), no tanto por sí mismo como por el hecho de tener que seguir trabajando en un puesto con el que objetivamente no está adecuado profesionalmente, obtendremos como consecuencia mayores probabilidades de sufrir el síndrome.

*Exigencias del trabajo.* Al tratar este factor nos estamos refiriendo a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. A más exigencias, mayor probabilidad de aparición de estrés profesional, sobre todo si estas exigencias van acompañadas de falta de tiempo.

*Realización en el trabajo.* Conforme la realización en el trabajo es menor parece aumentar el estrés profesional; si bien es necesario precisar que la realización profesional está condicionada por tres aspectos: la necesidad de realización por parte del trabajador, su propia evaluación de cuál es la realización obtenida, y la percepción de lograr o no dicha realización.

*Interacción trabajador-cliente.* Una parte esencial del tiempo de trabajo es en contacto con el cliente; esta relación puede ocasionar fricciones y conflictos cotidianos que van generando una fuente de estrés clara. A veces ocasionando en el trabajador un fuerte componente de despersonalización.

*Participación en la toma de decisiones.* Esta participación condiciona aspectos tales como seguridad personal, responsabilidad, realización personal, autoconfianza y autoconcepto, ya que permite al individuo tomar decisiones que van a tener repercusión en el trabajo. Cuando al trabajador no se le deja participar en la toma de decisiones la valoración que realiza de sí mismo, como persona y profesional, comienza a disminuir y, al mismo tiempo, a aumentar su estrés profesional.

*Apoyo organizacional.* Entendido como apoyo recibido en la dinámica propia del trabajo por parte de los supervisores y/o compañeros. A menor apoyo, mayor predicción del síndrome.

*Expectativas en el trabajo.* Tienen que ver con el hecho de que se cumplan aquellas metas que la persona se estableció hacia el trabajo, que exista el éxito constatable que el individuo persigue. Conforme disminuye la probabilidad de que se cumplan las expectativas, mayor es la opción de que aparezca el síndrome.

*Relaciones con los compañeros.* Dichas relaciones son decisivas en la dinámica que se genera y, por tanto, en cuanto al clima laboral resultante. Así, se puede comprobar que la mayoría de trabajadores encuentran como muy estresantes que estas relaciones sean negativas, por encima de aspectos como las recompensas o el desarrollo profesional.

*Rigidez organizacional.* Esta rigidez se da en aquellas organizaciones excesivamente normativas en las que prácticamente todo está previamente definido, y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. En este tipo de organizaciones es más frecuente el estrés profesional, sobre todo la dimensión despersonalización, aunque también en cuanto a agotamiento emocional y descenso del desarrollo personal y profesional.

*Estresores económicos.* Cuando existe inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) aumenta la vulnerabilidad del estrés profesional.

*Satisfacción laboral.* La satisfacción laboral esta provocada por los diversos componentes del trabajo, e influyen en el individuo que lo desempeña, pero además el trabajador necesita vivir la satisfacción propia de su desempeño laboral. Si esta satisfacción no aparece sí aparecerá la sintomatología del síndrome.

*Adicción al trabajo.* El término se ha aplicado a aquellos individuos que presentan una absoluta dedicación al trabajo, por encima de otras actividades familiares o personales. Estas personas han dedicado el primer lugar de su escala de valores al trabajo, dejando de lado aspectos como la familia, la amistad, el ocio y tiempo libre, temas culturales, etc. Todo es medido bajo la óptica del trabajo, por lo que sus fuentes de estrés están en el mismo.

*Desafío en el trabajo.* Se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores, dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral. A veces este desafío es propio del individuo y no de la organización. En cualquiera de los casos, a más desafío más estrés profesional, en concreto más despersonalización y reducida realización personal.

*Autonomía en el trabajo.* La autonomía en el trabajo es la libertad de acción, dentro de las normas establecidas por la organización, de que dispone el individuo para

desarrollar adecuadamente su trabajo. Un trabajador se sentirá agotado emocionalmente cuando comprueba que su organización no le permite desarrollar esta característica profesional.

## FACTOR AMBIENTAL (3,34,35)

Factores predictivos ambientales.

*Apoyo social.* Este apoyo está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, en relación a su desempeño laboral y las circunstancias que su trabajo le deparan. Si el trabajador percibe que no es comprendido y apoyado, presentara mayores probabilidades de sufrir estrés profesional.

*Relaciones interpersonales.* Son las relaciones mantenidas con familiares y amigos, fundamentalmente, que condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no. Conforme aparecen ambientes más aversivos, aumenta la frecuencia de sufrir el síndrome.

*Comunicación.* Cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social del individuo, la aparición del estrés profesional aumenta.

*Satisfacción vital.* En esta variable se entiende la sensación de felicidad y agrado que el individuo presenta con su estilo de vida y las interacciones que se producen como consecuencia de él. Probablemente lo que más puede agotar emocionalmente a una persona es no encontrar esta satisfacción vital.

*Exigencias vitales.* Las demandas intensas y los requerimientos de un compromiso completo en los diversos aspectos de la vida (matrimonio, familia, amistades, etc.) pueden derivar en estrés profesional o en satisfacción vital dependiendo de cómo se estructuren estas exigencias, cómo las perciba La persona y cómo las valore y afronte.

*Problemas familiares.* El hecho de que ocurran problemas familiares que estén distorsionando el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a la persona a sufrir estrés profesional, ya que desequilibran toda la realidad vital de la persona.

*Cultura.* El estrés profesional no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que esta marca no sólo la forma de entender el desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir. De ahí

que estos autores concluyan que la cultura puede ser un mediador muy relevante en la incidencia de problema.

Si bien el anterior listado no es exhaustivo, sí nos permite acercarnos a la realidad actual acerca de los factores que pueden estar en el origen del estrés profesional. Pudiendo acordar, entre otros aspectos:

1. Los factores que aparecen con mayor frecuencia en el origen del estrés profesional son los que se encuadran en el contexto laboral, teniendo en cuenta los diversos aspectos que pueden condicionar el desarrollo habitual del desempeño del trabajo. En este sentido, se asume la relevancia de estas variables por encima de las demás. Además se asume que las diversas variables laborales condicionan, por sí mismas, determinadas reacciones en los individuos que, en determinados casos, podrían conducir al padecimiento del síndrome.

2. También los factores personales han sido objeto de estudio, pues es indudable que a pesar de que los eventos organizacionales pueden ser suficientemente estresantes, la valoración cognitiva que hace el individuo de dichos eventos es imprescindible para que ocasione en la persona sentimientos que pueden conducir al estrés profesional. Lógicamente, la valoración cognitiva está mediatizada por las características de personalidad del individuo y, por tanto, la concepción predictora personal del individuo adquiere un papel relevante.

3. Los factores ambientales también se consideran parte importante en el origen del síndrome. Parece claro que la relación que un individuo mantiene con los miembros relevantes de su entorno (familiares y amigos, básicamente), el apoyo afectivo y social que reciben de estas personas, las actitudes que el individuo percibe de los demás, entre otras circunstancias, son variables que pueden ocasionar en las personas situaciones suficientemente aversivas y, por tanto, potencialmente generadoras de estrés profesional.

4. Un último aspecto a destacar es el que hace referencia a la mutua influencia que las tres categorías de factores mantienen en el origen de este fenómeno. Prácticamente nadie cuestiona que, para comprender la complejidad del síndrome, hay que pensar con una perspectiva amplia de posibles predictores. En este sentido, la conjunción de una confluencia de variables organizacionales, ambientales y personales parece una premisa aceptada por la mayoría de autores.

En general el Síndrome se caracteriza por:

**Ser insidioso:** Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona. Con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y donde está la frontera entre una cosa y la otra.

**Se tiende a negar:** Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan; lo que representa una baza importante para el diagnóstico precoz.

**Existe una fase irreversible:** El síndrome adquiere tan virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia. En la profesión hay bajas. Por esta razón merece la pena realizar medidas preventivas ya que con frecuencia el diagnóstico precoz es complicado y la diferencia entre un simple desgaste y el síndrome es muy sutil.

### Características esenciales del síndrome de Burnout o de desgaste profesional

Los rasgos definitorios del síndrome de Burnout provienen de los trabajos de Maslach y Jackson (25,27) quienes consideran tres componentes esenciales:

— **El cansancio emocional:** Constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, “de no poder dar más de sí”, desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones hacia las personas y miembros del equipo, mostrándose distanciado, a veces cínico y usando etiquetas despectivas o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. De esta forma intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación aunque sea por medio de mecanismos neuróticos.

— **La despersonalización:** Se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de carácter pesimista y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse de agotamiento.

— **La falta de realización personal:** el sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros

profesionales ( sentimientos de inadecuación profesional ) si bien puede surgir el efecto contrario , una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable.

Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente.

Estos tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica, donde el agotamiento emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros dos, la despersonalización y a la auto evaluación negativa.

Por otro lado, este síndrome está considerado como una variable continua, que se extiende desde una presencia de nivel bajo o moderado, hasta altos grados en cuanto a sentimientos experimentados.

Además, la progresión no es lineal, mas bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo.

El síndrome de Burnout o de agotamiento profesional se considera un proceso continuo y los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada, incluso con aumento progresivo de la severidad. Es difícil prever cuándo se va a producir (11,15).

Podemos estratificar el síndrome de Burnout en tres estadios que se----- corresponden con los tres componentes esenciales:

A) Primer estadio: en el que las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos, dándose una situación de estrés. El estrés es un fenómeno clave y fundamental y cada persona presenta sus propios mecanismos para enfrentarse a él.

Hay una serie de factores o situaciones que nos conducen al estrés como el desencanto en el trabajo, exceso de compromiso, responsabilidad y enfrentamiento a situaciones difíciles y un excesivo contacto directo con otros seres humanos.

La sintomatología pasa por varias etapas (17,18,29):

- Aparecen síntomas premonitorios como la hiperactividad, trabajan más horas sin cobrarlas, sienten que nunca tienen tiempo, manifiestan sentimientos de desengaño.

- Se disminuye el nivel de compromiso, comienza a deshumanizarse la tarea, se altera la atención, se tienen aspiraciones excesivas, comienza la pérdida de ilusión, aparecen celos y problemas con el equipo de trabajo.

- Comienzan las reacciones emocionales, sentimientos de culpa, depresión, agresividad.

- Se inicia una desorganización progresiva, disminuye la capacidad cognitiva, la creatividad, la motivación y disminuye la diferenciación.

- Se instaura la indiferencia en la vida emocional, social y espiritual.

- Se manifiestan reacciones psicósomáticas.

- Hace aparición la desesperación, inclinaciones que pueden conducir al suicidio en situaciones de extrema gravedad.

B) Segundo estadio: en la serie de excesos o sobre esfuerzos en los que el sujeto daría una respuesta emocional a ese desajuste, aparecen signos de ansiedad y fatiga. Esta situación exige al sujeto una adaptación psicológica.

C) Tercer estadio: el enfrentamiento defensivo le conduce a un cambio de actitudes frente a lo que le supone una situación laboral intolerable. Esta fase requiere tratamiento adecuado del sujeto en todos sus componentes físicos y psíquicos.

Se observa en las personas afectadas del síndrome una falta de energía y entusiasmo, una disminución del interés por los pacientes, se percibe la frustración, la desmotivación, aparecen los deseos de dejar a un lado el trabajo para ocuparse en otra cosa y sobre todo una gran desmoralización. Se sienten agotados todos los recursos humanos emocionales y no les queda nada que ofrecer a los demás. Comienzan a desarrollar actitudes negativas (aumento del consumo de drogas, alcohol, tabaco, juego, etc.) y se insensibilizan ante los problemas que requieren ayuda. Aparecen frecuentemente los sentimientos de culpa y no son capaces de resolver los problemas. El individuo se siente agotado, hastiado del trabajo, se aleja de la familia y de los amigos y a veces se hunde en la depresión, incluso en casos avanzados en el suicidio, le falta el control sobre sí mismo, y actúa de forma imprevisible. Esto suele ocurrir en personas, como ya dijimos anteriormente, con mayor dedicación, entrega y a los más dispuestos a ayudar a los demás.

El síndrome de Burnout o de desgaste profesional además de llevar un correlato en cuanto a su temporización presenta una serie de síntomas asociados al sujeto que lo padece.

En los modelos de estrés laboral las respuestas al estrés se sitúan como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias o efectos a más largo plazo. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es considerado un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (p.ej., alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización (p.ej., deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.)

Como hemos visto anteriormente, el síndrome de Burnout o de desgaste profesional aparece en personas que se dedican a la intervención social, es decir, profesiones de ayuda a los demás.

Entre los trabajos con mayor riesgo tenemos como destacados los que a----- continuación se exponen:

— Profesionales de la educación: profesor, docente, maestro, cansado de su profesión (18-20, 23), por las modificaciones que ha sufrido el rol profesional, de modo que cada vez se han de responsabilizar de un mayor número de funciones, han de mantener una postura coherente en una sociedad plural, las deficiencias ambientales de donde ejercen sus funciones, el control sobre los conflictos surgidos en las aulas, sin dejar de realizar una atención personalizada y a su vez sin desatender al grupo, motivándolo y estimulándolo y los escasos apoyos a veces prestados por las organizaciones, pueden condicionar en estos profesionales la aparición del síndrome de Burnout. Y esto es un grave peligro debido a que están sirviendo de modelo para sus alumnos.

— Profesionales de servicios ciudadanos: policías, bomberos, servicios de emergencia y salvamento, etc. Son profesionales que constantemente se ven sometidos a situaciones de estrés que acontecen de forma imprevisible y con grandes demandas por parte de los usuarios, conduciéndolos muchas veces a sentirse "quemados".

— Profesionales de la sanidad: médicos, odontólogos, ATS, profesionales dedicados a la salud mental, auxiliares, asistentes sociales etc., los cuales desarrollan sus funciones en contacto directo con los pacientes, y estos a su vez nos llegan cargados de grandes tensiones debido a sus diferentes afecciones y a su particular forma de sentirlas.

Aunque son en general profesiones muy estimadas en cuanto al papel que desempeñan dentro de la sociedad, presentan altos niveles de tensión.

En concreto, en nuestro campo, hay una serie de factores influyentes y que debemos de tener en cuenta:

- Cuanto más grande es la institución o la clínica y mayor es el número de pacientes por profesional, se produce más cansancio. Por lo que se debe de considerar un límite de pacientes por profesional y día de trabajo.
- Cuanto más grave es la enfermedad, más baja es la satisfacción del profesional, sobre todo si se intuye que no hay o son escasas las posibilidades terapéuticas.
- Los profesionales menos cualificados pasan más tiempo con los pacientes, por ser menos resolutivos, por lo que son mayores candidatos al desgaste (22, 24-25).
- Si las condiciones del trabajo están lejos de las expectativas y deseos del profesional (salario, estabilidad de empleo, oportunidades de mejora en cuanto a estatus, progreso, autonomía, apoyo laboral y del equipo de trabajo) es mucho más fácil “quemarse”.
- Cuestiones personales, sentimientos de apatía y dudas en el trabajo relacionadas con la vida exterior personal, pueden contribuir al síndrome de Burnout.

Además también tenemos que prestar atención a una serie de factores y situaciones de índole personal a las que todos nos vemos sometidos, como son los siguientes:

- Catástrofes, episodios imprevisibles y a gran escala, guerras, atentados, desastres naturales, ya que después de ellos son frecuentes las alteraciones psicológicas como la depresión y la ansiedad.
- Cambios significativos de la vida, como muerte de familiares, matrimonio, divorcio, nacimiento de hijos, jubilación, aborto, despido, etc. Son situaciones que nos pueden generar estrés.
- Situaciones de relevancia de la vida cotidiana, sobre todo si son novedosas, o generan conflictos difíciles o insolubles, son ambiguas o resultan dolorosas, desagradables o molestas, como puede ser una enfermedad. Son situaciones que amenazan nuestra integridad como personas y nos generan alteraciones emocionales.
- Situaciones que atentan contra nuestros principios morales, valores o creencias fundamentales, nos van a generar situaciones de alta tensión.
- Actividades que supongan un sobreesfuerzo físico y mental, situaciones que puedan suponer un cambio de vida drástico o que amenacen nuestra seguridad como personas o a nivel de estatus social, etc., serán motivos más que suficientes

para generar los cambios emocionales que nos puedan conducir a estar “quemados”.

*La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al hincapié que las organizaciones vienen haciendo sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. En la actualidad resulta necesario considerarlos aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización (p.ej., absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Asimismo, y dado que la mayor incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo se da en profesionales que prestan una función asistencial o social, como los profesionales de enfermería, el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones sobre la sociedad en general (Gil Monte, 2003).*

### EL SINDROME DEL QUEMADO EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

La OMS ha incorporado, acertadamente, a sus políticas de salud para todos, los Agentes Psicosociales en el ambiente laboral; a pesar de ello, constantemente se muestra la falta de conocimiento que tenemos de estos agentes y de los daños a la salud mental y la enfermedad mental que se produce.

Los modelos explicativos se han ido desarrollando en los últimos años, pero no a la velocidad y capacidad que nuestros trabajadores requieren, hay mucho que investigar, mucho que intervenir, mucho por proponer y mucho que difundir.

Desde el Taylorismo, los Agentes Psicosociales han ido ascendiendo en su relevancia (3).

La Revolución industrial ha reorganizado el proceso de trabajo, merced a nuevas formas de incrementar la plusvalía. La Globalización Industrial reorganiza los procesos de producción en cada país y va modificando los perfiles epidemiológicos en la salud ocupacional de nuestros países; desgraciadamente, en la mayoría de los casos las estadísticas existentes son pobres subregistros de los riesgos de trabajo desde una visión “oficial” de los mismos que dejan fuera, entre otras cosas, los daños a la salud mental o las psicopatologías ocupacionales ocurridas.

Son numerosos (aunque aún insuficientes) los modelos teórico metodológicos que abordan los factores psicosociales en el trabajo y los daños a la salud correspondientes.

Estos modelos, son en ocasiones confusos e incompletos, no es poco común que algún elemento como el estrés o la insatisfacción en el trabajo sea a la vez

considerado como “agente psicosocial” y daño a la salud al mismo tiempo, es decir, el mismo elemento es causa y efecto a la vez.

Lazarus define el estrés como un “encuentro” que implica relaciones particulares entre la persona y su entorno. Uno de los aspectos centrales de la teoría interaccional es la relevancia de la evaluación cognitiva como mediador esencial de las reacciones de estrés a los estímulos potencialmente estresantes. Tal punto de vista confiere mayor relevancia al individuo, siendo éste considerado como un elemento activo que procesa información y valora las demandas de la situación y sus propios recursos para afrontarla.

El excesivo estrés relacionado con el trabajo lleva a tensiones en el mismo, lo cual no es nada nuevo, cualquier tipo de trabajo es por sí sólo capaz de producir estrés, pero para las personas que tienen que tratar, cuidar, orientar, alentar, comprender, ayudar a otras personas, el trabajo es aún más agotador.

En 1970 fue introducido en la literatura el término Burnout (Síndrome de quemarse en el trabajo), empleado para designar a una serie de signos y síntomas que manifiesta el sujeto como respuesta al estrés laboral, cuando sus estrategias de afrontamiento no fueron lo bastante adecuadas como para manejar su estrés y sus consecuencias.

El síndrome de quemado por el trabajo se considera como respuesta al estrés laboral crónico. Se presentan dos perspectivas para su conceptualización: la primera de tipo clínico, que lo considera como un estado y la segunda de tipo psicosocial que lo valora como un proceso.

Nosotros nos enfocaremos en este último, considerando al síndrome con actitudes de despersonalización, falta de realización personal en el trabajo, así como encontrarse emocionalmente agotado. Entendiendo como despersonalización, los sentimientos negativos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, deshumanizadas debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas.

Se entiende como falta de realización personal en el trabajo, cuando los trabajadores se sienten decepcionados, descontentos consigo mismos, insatisfechos con los resultados laborales.

En lo que coinciden muchos de los investigadores es en que este síndrome es una respuesta al estrés laboral, reconociendo 3 síntomas fundamentales: agotamiento físico, que consiste en la aparición de trastornos como dolor de cabeza, dolor de espalda, taquicardia, hipertensión, etc.; cansancio emocional, que hace referencia al estado de ánimo del trabajador y por último el Agotamiento mental, cuando se desarrollan actitudes negativas hacia uno mismo, hacia los compañeros y hacia la vida en general (17,25,28).

La actividad en los servicios de salud, supone tres características principales: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental que dicha profesión supone, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción.

Además el profesional de salud suele quejarse por el exceso de trabajo, como sería el de atribuir nuevos ingresos cuando los espacios ya están ocupados y se está trabajando a la máxima capacidad, y de que su formación continua no tiene sentido, pues las posibilidades de promoción son muy escasas.

En estudios anteriores se ha visto que la gravedad del problema se ve reflejada cuando el personal de salud utiliza a manera de evasión una alta rotación laboral, la falta de asistencia al servicio y hasta la necesidad de buscar incapacidades no requeridas.

El exceso de trabajo, la alta competitividad, los conflictos de rol, la ambigüedad de rol, el contacto con la muerte, el trato con el paciente y con los parientes, la falta de organización en el servicio, los conflictos entre los compañeros, los cuidados de los enfermos críticos, son variables que aumentan el riesgo de caer en el Síndrome de quemarse por el trabajo.

El desempeño del personal de salud requiere de una serie de actividades que necesitan forzosamente de un control mental y emocional mucho mayor que en otros servicios, aunado esto a que su actividad como personal de salud está expuesto a múltiples agresiones, como lo sería el manejo de pacientes en estado grave, el ofrecer cuidados prolongados o intensivos, el grado de responsabilidad y todavía más, el tener que saber controlar su estado de ánimo y compartir con el enfermo y su familia la angustia, depresión y dolor que padecen. Todo ello trae como consecuencia un desgaste físico y mental.

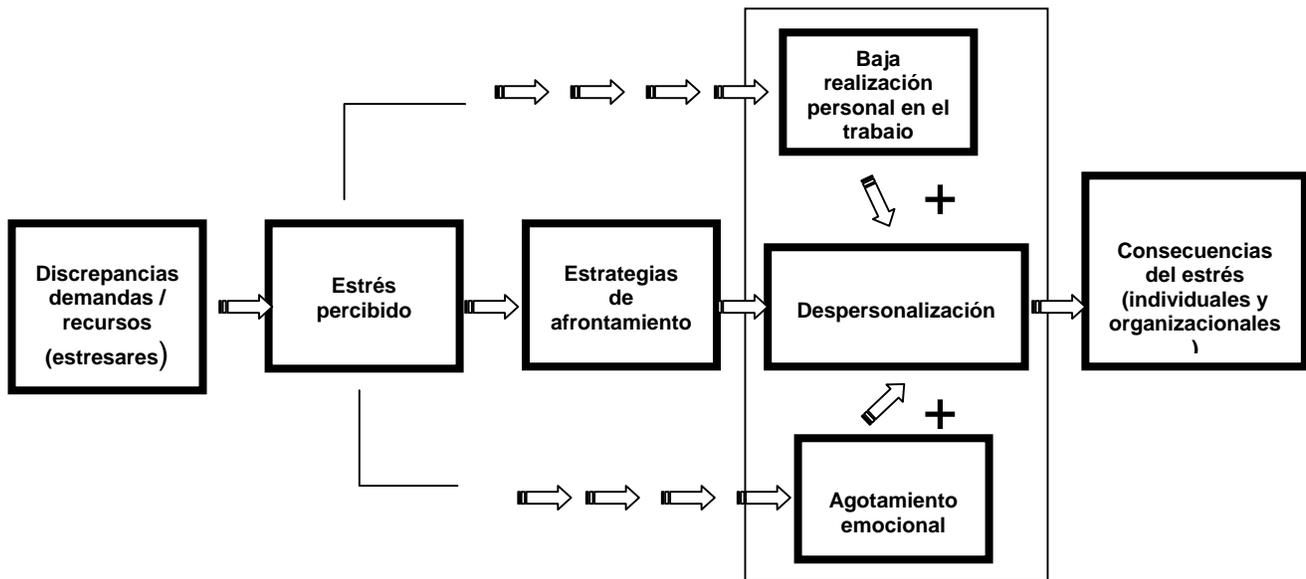
Este doble reto al cual está sometido el personal de salud, implica no solamente un alto nivel de competitividad y de eficacia si no también un compromiso personal que, quiera o no, afecta sus propias emociones y necesidades. Por ello es relevante poder identificar en qué porcentaje de los trabajadores de la salud, y en el caso particular de este estudio, en las enfermeras de áreas hospitalarias estresantes, se encuentra instalado el síndrome de quemarse en el trabajo.

Los estresores laborales licitarán una serie de estrategias de afrontamiento que, en el caso de los profesionales de enfermería, deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los sujetos deben tratar diariamente con esa fuente de estrés. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los pacientes y con sus familiares. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Ante estos sentimientos

el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización como nueva forma de afrontamiento.

De otra forma, si el sujeto no puede afrontar eficazmente los estresores, bien a través de estrategias activas, de estrategias centradas en la emoción, o de cualquier otro tipo, y dado que no puede evitar esos estresores (pues ha de acudir diariamente al trabajo donde siempre encuentra problemas similares), desarrolla sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal y posteriormente actitudes de despersonalización (figura 1).

Figura 1. Modelo evolutivo del síndrome de Burnout.



Fuente: Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*.

Debido a que para los profesionales de enfermería el rol laboral prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, de indiferencia o impersonales hacia los pacientes, la despersonalización no es una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés. Es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo para que los sujetos la adopten. Ahora bien, en las actitudes de despersonalización hay que diferenciar dos aspectos. El primero de ellos, de carácter funcional, le posibilita al profesional no implicarse en los problemas del usuario, y por lo tanto realizar sobre éste todo tipo de acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos. El segundo aspecto tendría un

carácter disfuncional y comprende aquellas conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio.

Este modelo elaborado para explicar el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, esto es cómo progresan sus síntomas, en profesionales de enfermería ha sido contrastado y ha obtenido evidencia empírica en diferentes estudios, y para diferentes colectivos profesionales como enfermería, profesores de niveles no universitarios, y policías locales.

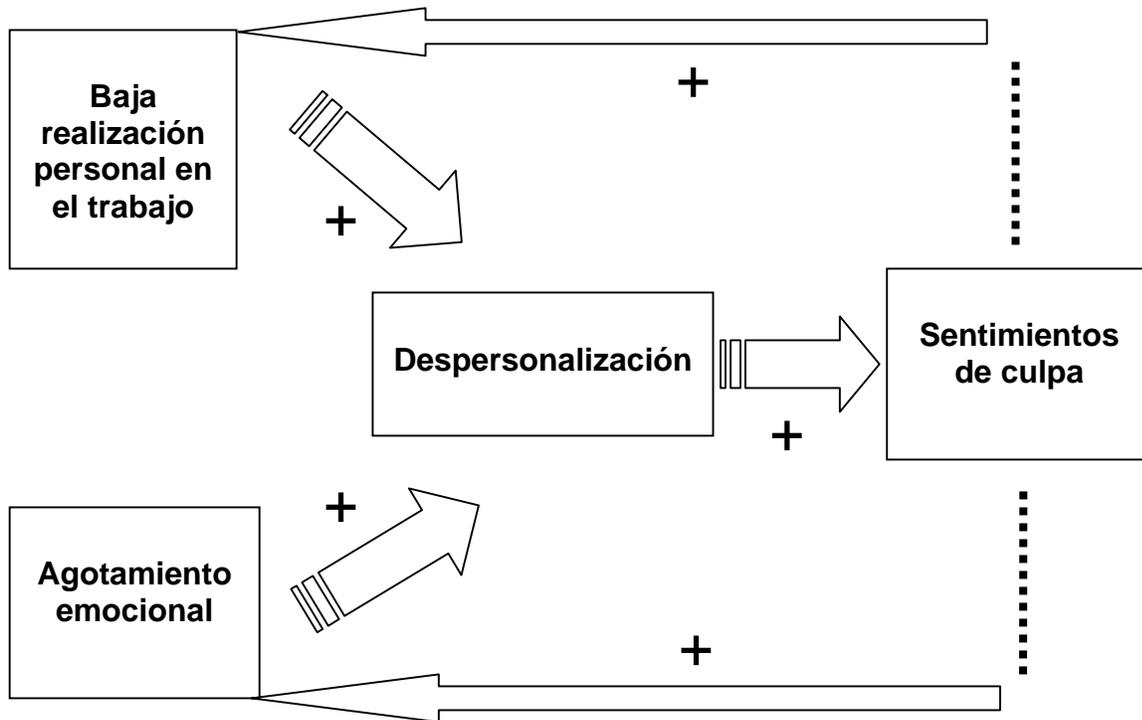
Estudios recientes realizados con metodología cualitativa y de carácter exploratorio, apoyados por la revisión de la literatura, sugieren que los sentimientos de culpa podrían ser un síntoma del síndrome de quemarse por el trabajo adicional a los tres síntomas ya mencionados. De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos patrones en el desarrollo del síndrome. Un patrón, digamos tipo A, en el que los profesionales desarrollan despersonalización, y esta estrategia de afrontamiento resulta eficiente -que no eficaz- para manejar el estrés laboral. De esta manera, los profesionales de enfermería se pueden adaptar el entorno laboral, y aunque no desaparezcan las fuentes de estrés pueden convivir con ellas.

No obstante, la calidad de su trabajo será deficiente debido a esa respuesta -despersonalización- que resulta disfuncional para los pacientes y para la propia organización. Junto con este patrón, otros profesionales (patrón B), debido a consideraciones éticas o normativas derivadas de las prescripciones del rol y de otras variables psicosociales (p.ej., orientación comunal, altruismo) desarrollarán sentimientos de culpa como consecuencia de las actitudes y sentimientos de despersonalización.

Esos sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su culpabilidad, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian -sólo cambian los pacientes que presentan idénticos problemas-, disminuirá la realización personal en el trabajo, y aumentarán los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización.

Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle (Figura 2). De esta manera, a medio o a largo plazo se produce un deterioro de la salud de los profesionales de enfermería, aumentará su tasa de absentismo, y aumentará su deseo de abandonar la organización y la profesión. Este modelo es un planteamiento hipotético pendiente de contrastar y confirmar empíricamente con metodología cuantitativa.

Figura 2: Sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo.



Fuente: P. R. Gil-Monte (Gil-Monte et al., 2001).

## 2. MODELOS TEÓRICOS DE LA GÉNESIS DEL BURNOUT

Desde la aparición del burnout como constructo psicológico han surgido diversas propuestas explicativas que se han materializado en diferentes modelos de relación entre las variables implicadas en el burnout. En este sentido, los investigadores han asumido que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla

secuencialmente, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que proponen, así tanto en su orden o en su grado de importancia a la hora de explicar el resultado final, como en las estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo. Tomando como referencia los modelos psicosociales, clasifican en tres grupos los modelos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional.

– **Teoría sociocognitiva del yo.** Se caracteriza por otorgar a las variables del self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción.

Según Harrison la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de Burnout.

– **Teoría del intercambio social.** Proponen que el síndrome de quemarse tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

– **Teoría organizacional.** Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico.

### **3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN RELACIÓN AL TRABAJO**

Según Marx, el trabajo es en primer término un proceso entre la naturaleza y el hombre, proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción, su

intercambio de materias con la naturaleza. Pone en acción las fuerzas naturales que forman su corporeidad, los brazos y las piernas, la cabeza y las manos, para de este modo asimilarse, bajo una forma útil para su propia vida.

Por lo tanto, esta actividad es considerada como un rasgo específico de la especie humana. El hombre, aún a través de las diversidades de ritmo en la marcha del progreso técnico, de evolución de la estructura y el nivel económico de las sociedades, se ocupa esencialmente del trabajo, mismo que esta considerado como un común denominador y una condición de toda vida humana en sociedad.

A través de la transformación que hace el hombre de la naturaleza, el trabajo a su vez reacciona sobre el hombre modificándolo; sin embargo el trabajo no es acción sino cuando expresa las tendencias profundas de la personalidad y le ayuda a realizarse.

El trabajo puede realizarse durante el día, la tarde o la noche. Cuando la actividad se realiza de noche se le denomina trabajo nocturno.

El trabajo nocturno surge en la segunda fase de la industrialización, particularmente desde el comienzo de la mecanización. Los factores que determinaron el uso del turno nocturno fueron en un inicio puramente económicos, debido a la importancia cada vez mayor de las inversiones en bienes de capital y a la constante disminución de la vida útil de la maquinaria, así como la acelerada innovación tecnológica, que modifica las condiciones de competencia, y que modifican la producción.

Con el desarrollo tecnológico se fue incrementando la utilización del trabajo nocturno, pues se requería continuidad de funcionamiento en las instalaciones de producción, la organización del trabajo requería que la atención a las instalaciones no sufriera interrupciones y la asignación continua de un trabajador se hizo necesaria.

Más tarde, debido a la concentración y automatización de los medios de producción, ligado a su vez al crecimiento del tamaño de las empresas y al grado de integración de la producción y la dirección, se consideró necesario reorganizar el trabajo iniciándose el turno continuo.

En 1974 un grupo de expertos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) llegó a la conclusión de que las formas de competencia que existen en el mercado mundial conducen a la sociedad a aceptar o fomentar el trabajo nocturno y considerarlo una necesidad, pero sin ver forzosamente en él ventaja alguna para las empresas.

Por otra parte, independientemente del trabajo de transformación, a partir de la industrialización la comunidad demanda la disponibilidad continua de servicios en materia de salud, información, transportes, alimentación y esparcimiento, con lo que

se encuentra la justificación para someter al personal a las condiciones anormales del trabajo nocturno para dar satisfacción a los consumidores.

Cabe mencionar que las demandas en ciertos servicios nocturnos quedan justificadas desde una perspectiva global, como las necesidades de abastecimiento de alimentos o de servicios de salud, comunicación y seguridad pública, las cuales son irremplazables y no pueden ser interrumpidas. A medida que se incrementa el desarrollo regional y la urbanización aumenta excesivamente se incrementan también las necesidades de servicios nocturnos, sobre todo de vigilancia y de auxilio, motivo por el cual continúa adquiriendo importancia este sistema de trabajo.

El concepto de trabajo nocturno y trabajadores nocturnos se ha ido modificando, los cambios son aparentes en las definiciones usadas en los nuevos estándares internacionales. Estas fueron desarrolladas por un intenso y complicado procedimiento entre gobierno, empleadores y trabajadores y reflexionando sobre los resultados de recientes investigaciones.

Tradicionalmente las explicaciones del trabajo nocturno estuvieron principalmente establecidas para especificar horas nocturnas por compensaciones propuestas. Según la bibliografía citada se tuvieron que consultar muchas regulaciones nacionales, las cuales prohibían el trabajo nocturno a mujeres y personas jóvenes. En contraste con prescripciones tradicionales, las más recientes determinaciones están vinculadas con un rango de medidas para mejorar la calidad de vida laboral. Las definiciones más comunes están enfocadas sobre trabajadores nocturnos quienes substancialmente hacen el trabajo de noche y por las necesidades particulares de protección.

En la tabla 1 se muestran los cambios hechos a las regulaciones internacionales establecidas por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), entre el convenio numero 89 y el convenio numero 171. Los convenios y regulaciones estuvieron encaminadas a modificar los estándares establecidos, las modificaciones consistieron en ampliar el trabajo nocturno a ambos sexos (hombres y mujeres), aspecto que antes no se tenía contemplado, extenderlo a casi todas las ocupaciones, no solo a educación, alimento, salud y seguridad como en un inicio se había acordado.

Asimismo se permitió el trabajo nocturno a mujeres en la industria bajo condiciones bien definidas, también se incluyeron regulaciones con el propósito de mejorar la calidad de vida de los trabajadores en base a las horas de trabajo, períodos de descanso, salud y seguridad, transferencia de trabajo de día, protección a la maternidad, servicio social, etc.

Tabla 1. Cambio de regulación internacional del trabajo nocturno.

	Año 1948 Convenio num. 89	Año 1990 Convenio num. 171
<u>Propuesta principal</u>	Prohibición de trabajo nocturno para una categoría específica de trabajadores.	Mejoramiento de condiciones de trabajo para trabajadores nocturnos.
<u>Alcances</u>	Mujeres Industria	Ambos hombres y mujeres. Todas las ramas y ocupaciones con pocas excepciones limitadas.
<u>Definición de noche</u>	Por los menos 11 horas consecutivas, incluyendo como mínimo 7 horas consecutivas entre las 22 hrs y las 7 hrs.	Como mínimo 7 hrs consecutivas incluyendo el intervalo entre las 24 hrs y 5 hrs.
<u>Focos de atención</u>	Cualquier trabajo durante el período prohibido.	Trabajadores ejecutando una substancial cantidad de trabajo nocturno.

Fuente: Marc (1975), Cogí (1993).

Para 1990 la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) define el trabajo nocturno como “la actividad ocupacional que se realiza durante el período del día que está usualmente reservado para dormir. Las horas en las cuales este período esta considerado de inicio y fin varía de país a país debido a diferentes factores, los cuales pueden influir en la definición del término noche”. Sin embargo en general, en el contexto de horas de trabajo la legislación define “noche” como el período entre las 22:00 o 23:00 horas y 6:00 horas para mujeres y personas jóvenes y un período entre las 23:00 y las 5:00 horas para hombres.

Para Kogí y Thurman es un período con una duración de 7 horas consecutivas, competentes y consultando después con las organizaciones representativas de empleadores y empleados abarcando el intervalo que va de media noche a las 5:00 a.m. y que será determinado por las autoridades.

El nuevo concepto de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), incluye las siguientes medidas específicas:

-Menos horas de trabajo.

- Suficientes períodos de descanso.
- Seguridad y salud ocupacional, incluyendo asesoramiento sanitario, facilidades en primeros auxilios y asignación de orientación médica.
- Asignación de servicios sociales.
- Transferencia para trabajo de día.
- Protección maternal.
- Consultoría acerca de turnos de horarios y las formas de organización de trabajo nocturno.

Los países que recientemente han cambiado su legislación laboral enfatizan la necesidad de realizar prácticas específicas de tiempos de trabajo, permitiendo un gran margen de flexibilidad y ampliando las posibilidades de promediar horas sobre un específico período por medio de acuerdos con ramas o niveles de empresas; hay también una tendencia a incrementar el grado de regulación de tiempos de trabajo en algunas áreas. Este es el caso en particular del trabajo nocturno y el trabajo de tiempo parcial. Estas nuevas regulaciones están intentando asegurar la mayor protección para los trabajadores y mejorar las condiciones de trabajo y empleo.

En Bélgica y Francia se han estipulado algunos beneficios para los trabajadores, por ejemplo: los trabajadores con cierta antigüedad pueden requerir su transferencia al trabajo de día, las mujeres embarazadas también tienen el derecho de requerir su cambio al turno de día desde los tres meses de embarazo y hasta tres meses después de haber nacido su hijo. De igual forma tienen derecho de requerir su cambio las personas que posean una fundamentación médica que avale el cambio. En el caso de que un trabajador se ausente por más de 12 horas de su domicilio para laborar en turno nocturno, puede conseguir se le compense con el pago del 100% los gastos de transporte.

Cabe destacar que en países como Australia, Brasil, Hungría, Corea, Nueva Zelanda y Sudáfrica, otorgan pagos adicionales a trabajadores nocturnos, dichos pagos son variables y oscilan entre un 5% y un 30% adicional a su salario, sin embargo, legalmente no se especifica el horario a cubrir. Otros países como Dinamarca, Francia y Noruega, estipulan horarios más cortos para el trabajo nocturno, que va de 37 horas para un turno de trabajo, 36 horas para dos turnos de trabajo y 35.66 horas para tres turnos de trabajo, únicamente Noruega estipula que para trabajo nocturno se debe laborar 36 horas a la semana.

En los casos de Japón y Corea sus leyes prohíben el trabajo nocturno a mujeres y personas jóvenes, mientras que en el Reino Unido solo lo prohíbe a personas jóvenes. Por su parte Noruega y Suecia prohíben el trabajo nocturno a la población en general, a excepción de servicios de transporte, salud, hoteles, restaurantes y en casos especiales que autoricen los inspectores laborales. Mientras que Canadá y Estados Unidos legalmente no estipulan ninguna regulación sobre el trabajo nocturno.

En el caso de México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos define al trabajo nocturno como el trabajo efectuado entre las 20: 00 y las 06:00

horas, y el turno no debe exceder de 7 horas; asimismo aclara que un turno que incluye tres y media horas o más de trabajo nocturno es considerado turno nocturno. Dentro de los límites ya mencionados, los horarios de trabajo son fijados entre los trabajadores y empleadores. Legalmente las horas de trabajo son: 48 horas a la semana en horarios flexibles; incluye además la prohibición de este turno de trabajo a los menores de edad, y estipula que en el caso de las horas extra se paguen dobles y el máximo de horas legales a trabajar es de 54 semanales.

Es importante recalcar que estas medidas aplicadas una vez que se ha decidido que el trabajo nocturno sea introducido, van encaminadas a limitar tanto como sea posible, la extensión de efectos desfavorables para la salud y la vida laboral, tal vez los países que reducen el tiempo de la jornada laboral por la noche estén comenzando a reconocer algunos efectos negativos colaterales que desencadena el trabajo nocturno.

*El síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en las profesiones que, como enfermería, se centran en la prestación de servicios. El objetivo de estos profesionales es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades de los pacientes, y se caracterizan por el trabajo en contacto directo con las personas a las que se destina ese trabajo.*

*El estrés en esta profesión está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Es una profesión en la que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Identificar las variables antecedentes del síndrome de quemarse supone considerar variables del entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas de estas profesiones.*

Al hablar de los antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo del entorno social hay que señalar que, en los últimos años, en la profesión de enfermería han surgido nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, al mismo tiempo se han formulado nuevos procedimientos para las tareas y funciones, han aparecido cambios en los programas de educación y formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, y aumento de las demandas de servicios de salud por parte de la población.

Todos estos cambios han ocurrido con demasiada rapidez para ser asumidos por esa profesión. También cabe citar la falta de preparación y formación de algunos profesionales, la incompetencia de la administración pública para resolver los problemas del sector, expectativas irreales, o lo que se denomina la sociedad de la queja: pacientes que constantemente exigen derechos, incluso, en ocasiones,

derechos desmedidos a los que no ha lugar, pero que no se plantean sus obligaciones hacia el personal de enfermería.

*Desde un nivel organizacional la profesión de enfermería se caracteriza por trabajar en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Los principales problemas que se generan en las burocracias profesionalizadas son los problemas de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. La consecuencia de la falta de ajuste de la organización a su estructura genera además consecuencias que han sido identificadas como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Entre ellas cabe citar la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, baja autonomía y rápidos cambios tecnológicos. Otra variable importante en este nivel es el proceso de socialización laboral que origina que los nuevos miembros aprendan pautas de comportamiento no deseables.*

En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los niveles del síndrome. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o la administración de la organización, la excesiva identificación del profesional con el usuario, y los conflictos interpersonales con las personas a las que se atiende o sus familiares, son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

A nivel del individuo, las características personales van a ser una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse por el trabajo. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan su profesión podría facilitar el desarrollo del proceso. Este idealismo y los sentimientos altruistas llevan a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas.

Ello va a conllevar que se sientan culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional. Por otra parte, el sexo también establece diferencias significativas en los profesionales de enfermería en el síndrome de quemarse por el trabajo. Estas diferencias se producen en dos aspectos: a) en los niveles del síndrome, en el sentido de que los hombres puntúan más alto que las mujeres en despersonalización y b) en su proceso de desarrollo, de manera que se establecen diferentes patrones de relaciones entre las dimensiones del síndrome y algunos de sus antecedentes y consecuentes más relevantes en función del sexo de los sujetos que componen la muestra.

#### **4. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL CRÓNICO**

La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome que se pueden dividir en tres grupos:

– Consecuencias que inciden directamente en la salud física (**alteraciones físicas**). Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.

### El estrés y las enfermedades

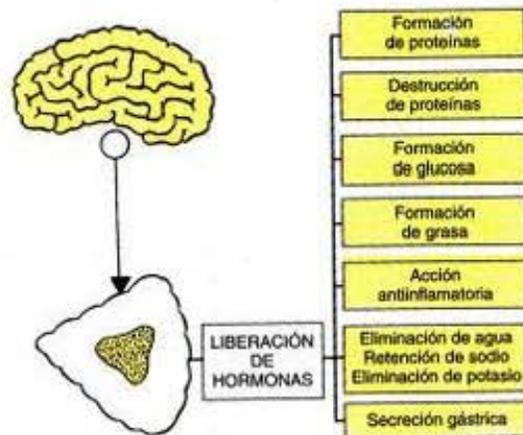
El estrés es una de las enfermedades más comunes y con un alza hoy en día, a causa del mundo competitivo en el cual vivimos, pero el estrés sin traer consecuencias y el exceso de estrés aumenta el riesgo de contraer enfermedades o de sufrir lesiones.

Es casi imposible evitar que las situaciones con estrés, y creerlo o no el estrés es un elemento esencial de la vida. Mantenido bajo control, puede mejorar tu rendimiento y eficacia, además, mantenerte alerta y fuera de peligro.

Sin embargo el periodo prolongado de estrés intenso, o varias causas menores de estrés no son buenos para la salud (figura 3).

Figura 3. Reacción del organismo ante el estrés.

ANTE UNA SITUACIÓN  
DE ESTRÉS, REACCIONA TODO  
EL ORGANISMO



Fuente: Sternberg. Interactions between the immune and neuroendocrine systems.122:35-42, 2000.

Nuestro organismo presenta una respuesta fisiológica al estrés, experimentamos secreciones hormonales "anómalas" que nuestro cuerpo suele activar en puntualmente en situaciones de peligro o amenaza:

- Se movilizan las defensas del organismo
- Aumenta el ritmo cardíaco
- Se contrae el bazo, liberándose gran cantidad de glóbulos rojos.
- Se redistribuye la sangre que abandona sitios menos "importantes" como la piel o las vísceras para concentrarse en las "zonas de acción"(músculos, cerebros y corazón).
- Aumenta la capacidad respiratoria.
- Se dilatan las pupilas
- Aumenta la coagulación de la sangre
- Aumenta el número de linfocitos, que son las células de defensa

En una situación de estrés se produce una reacción psicósomática que se caracteriza por la presencia de un estado de tensión excesiva, en el que se mezclan un cansancio físico y psíquico que puede conducir incluso al agotamiento.

Las investigaciones al respecto han demostrado que las personas sometidas a cantidades crecientes de estrés resultan cada vez más susceptibles de padecer enfermedades físicas y de sufrir trastornos (tabla 2).

### *Cabello*

Algunos tipos de calvicie han podido ser directamente relacionaos con altos niveles de estrés.

### *Boca*

Los individuos que se encuentran baja condición física a consecuencias de un estrés excesivo desarrollan con frecuencia úlceras bucales.

### *Cerebro*

Muchos trastornos mentales y emocionales pueden ser inducidos por el estrés. En casos extremos, un estrés demasiado prologado puede provocar el llamado Colapso Nervioso, en el cual las personas no son capaces de afronta ni siquiera los problemas cotidianos mas elementales.

### *Músculos*

Cuando un individuo permanece sometido a un estrés excesivo sufre más tirones musculares y se le acentúan los tics nerviosos.

### *Corazón*

El estrés puede, aumentar la presión sanguínea lo que, a su vez, aumenta el riesgo de sufrir un ataque cardiaco. Sin embargo, la tensión no es la única causa ni la más importante, de la presión sanguínea elevada. Otros factores, tales como los genes, la dieta o el ejercicio físico desempeñan un papel fundamental.

### *Piel*

Durante los periodos de estrés excesivo, pueden presentarse repentinos accesos de eczema o soriasis.

### *Pulmones*

Algunas personas que padecen asma ven agravado su padecimiento durante los periodos en que sufren problemas emocionales.

### *Sistema Inmunológico*

Un estrés prolongado puede debilitar el sistema inmunológico. Los afectados resultan más propensos a sufrir infecciones menores, tales como resfriados y forúnculos. Este tema se profundizará mas adelante.

### Órganos Reproductores

El estrés es capaz de provocar distintos tipos de trastornos menstruales. Incluso puede llegar a desaparecer el periodo (amenorrea). En el hombre el estrés es la causa mas frecuente de impotencia, así como eyaculación precoz.

### Aparato Digestivo

Se ha demostrado que el estrés causa, o agrava, muchas enfermedades del aparato digestivo, incluyendo las gastritis, úlceras gástricas, síndrome de colon irritable y colitis.

### Vejiga

Para muchas mujeres, y algunos hombres, una vejiga irritable es la respuesta automática a las diferentes situaciones de estrés.

Un estrés excesivo sitúa a tu organismo en una posición de trastorno emocional. Esta agitación puede afectar a una serie de órganos y sistemas del cuerpo humano y, en algunos casos, ocasionar diversos tipos de enfermedad.

Tabla 2. Manifestaciones físicas al estrés.

ALTERACIÓN DE:	TENSIÓN	ESTRÉS
Cerebro	Ideación clara y rápida	Dolor de cabeza, temblores, tics nerviosos
Humor	Concentración mental	Ansiedad. Pérdida del sentido del humor
Saliva	Muy reducida	Boca seca, nudo en la garganta
Músculos	Mayor capacidad	Tensión y dolor muscular, tics
Pulmones	Mayor capacidad	Hiperventilación, tos, asma, taquipnea
Estómago	Secreción ácida aumentada	Ardores, indigestión, dispepsia
Intestino	Flujo disminuido	Diarrea, cólico, dolor, colitis ulcerosa
Vejiga	Disminución de la micción	Poliuria
Sexualidad	Irregularidades menstruales	Impotencia, amenorrea, frigidez
Piel	Menor humedad	Sequedad, dermatitis, erupciones, picor
Energía	Aumento del gasto energético	Fatiga fácil

### *Un problema Frecuente*

Se considera que al menos un 60% de las visitas al médico se hallan directamente relacionados con el estrés (13). Existen numerosos factores que pueden provocar estos síntomas, pero las preocupaciones económicas o laborales son las más frecuentes.

Dado que ha aumentado el número de mujeres que trabajan, la cifra de hombres y mujeres que muestran los síntomas ocasionados por el estrés debido a presiones laborales es prácticamente equivalente.

– Consecuencias que inciden en la salud psicológica (**alteraciones emocionales**).  
Frustración, ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.

Existen muchos conceptos de frustración pero todos ellos coinciden en algunos aspectos básicos, tales como que es un estado emocional que se produce en el individuo cuando éste no logra alcanzar el objeto deseado. O la vivencia emocional ante una situación en la que un deseo, un proyecto, una ilusión o una necesidad no se satisface o no se cumple.

Cuando un deseo o una ilusión no se cumplen, a causa de la frustración, el individuo normalmente se enfada, se entristece y a veces experimenta temor. De manera que puede ser al mismo tiempo un hecho o evento frente al que hay varias reacciones diferentes.

La Frustración desde el punto de vista individual es una emoción ó un sentimiento posterior a la sensación de fracaso, y esta sensación proviene de una actividad, proyecto u objetivo insatisfecho. Todos los seres humanos a lo largo de sus vidas se plantean propósitos, sueños o planes y de acuerdo a la motivación que poseen para lograrlos, éstos sueños ó propósitos van tomando cada vez más importancia (tiempo); a veces éstos planes se convierten en realidades y la necesidad del individuo queda satisfecha por cierto tiempo, hasta que se plantea nuevos planes u objetivos; pero muchas veces y debido a la incertidumbre y a la variabilidad de todos los seres humanos estos objetivos, que a veces no sólo dependen de la persona que se los plantea, no son logrados y la motivación, que es la energía que impulsaba al objetivo se transforma.

Según Santos (1993), cambiamos la motivación por la frustración, cuando cedemos el poder de actuar, ante las experiencias que podrían activar nuestras facultades en pro de metas más elevadas que son vistas como obstáculos, problemas ó gigantes.

El Universo está regido por una infinidad de leyes que deben cumplirse, pero a la hora de analizar las actitudes y acciones del ser humano podemos decir que lo más acertado sería no asegurar o estereotipar señales, causa y efectos; únicamente tratar de comprender los eventos y buscar la mejor manera de enfrentarlos, ya que la psicología de cada persona es un Universo individual con sus propias leyes y argumentos que sólo pueden cambiarse con un auto análisis y una modificación personal. En este escenario tan complejo definir exactamente las emociones que un individuo enfrenta en la frustración dependerán de muchos factores.

La frustración al igual que muchos problemas emocionales y de comportamiento puede analizarse en 4 niveles o estadios: Individual, grupal, gerencial y organizacional.

En este proyecto se analiza la frustración desde el punto de vista individual en las relaciones interpersonales.

La frustración puede existir en muchos escenarios ó áreas de la vida humana; así por ejemplo tenemos el área familiar; que se da cuando algún miembro de la familia produce o siente frustración ante un objetivo no logrado en el seno familiar; en el área laboral; que puede producirse por diversos motivos y que puede causar diferentes consecuencias que se detallarán en este proyecto, etc.

De acuerdo a la clasificación de las conductas en la sociedad, podemos decir que la frustración a nivel individual, y específicamente en el área laboral se da en diferentes estadios y se puede dar en una infinidad de situaciones.

Velásquez & Sánchez encontraron que "El mayor porcentaje de aparición de la frustración laboral se da en el nivel operativo."

Es muy frecuente encontrar frustración en cualquier trabajo, ya que las condiciones y conflictos que todos los individuos poseen, sumados a la realización de actividades en un tiempo determinado, economías de países pobres, etc. Promueven cambiar la motivación por frustración, ante ésta obvia realidad, no debemos olvidar que el fin primordial del trabajo no es causar conflictos, sino más bien, generar satisfacciones.

Cásares & Siliceo, dicen que "El sentido de logro, vitalidad y el trabajo mismo, son quizás los determinantes más importantes de la persona vital. "

En el trabajo la frustración ocurre cuando las orientaciones al objetivo deseado están relacionadas de alguna forma con el área laboral. Algunos de los aspectos que en su mayoría son objetivos específicos que casi todo empleado aspira son: ascensos, incremento de sueldo, buenas relaciones interpersonales con sus subordinados,

compañeros y jefes; clima apropiado, digno y saludable; toma de decisiones comunes y apropiadas, estabilidad laboral, utilización de todas sus potencialidades, valoración de sus potencialidades, horario apropiado a sus demás actividades como persona, aseguramiento de estabilidad económica y otras prestaciones, etc.

Muchos de estos y otros aspectos son para los trabajadores (en todos los estatus) "un sueño" difícil de tener, ya que en nuestro país, El Salvador, y en muchos otros países del mundo, en su mayoría subdesarrollados, es poco probable encontrar "el trabajo perfecto" para un individuo, no sólo por el incumplimiento de alguno de los aspectos antes, sino también por que cada persona tiene diferentes aspiraciones.

Otro aspecto de igual importancia es la insatisfacción laboral. "La insatisfacción en cuanto a las discrepancias entre aspiraciones y logros lleva a la ansiedad y la frustración, la depresión y el estrés, especialmente entre los 40 y 50 años."

Algunas personas por sus circunstancias personales o laborales se encuentran insatisfechas profesionalmente (los desempleados también forman parte de un grupo muy numeroso que presentan frustración profesional). Las causas pueden ser muy variadas y las consecuencias las llega a sufrir tanto la empresa u organización como la propia persona.

En general la insatisfacción laboral se ve reflejada en todos aquellos casos en que los trabajadores ven mermados sus deseos profesionales.

Hay una serie de factores que afectan negativamente a los trabajadores y que pueden llegar a producir una profunda insatisfacción y deseos de abandonar o cambiar de trabajo.

Las causas principales que producen en algunos trabajadores insatisfacción laboral son:

Salario bajo.

Mala relación con los compañeros o jefes.

Escasa o nulas posibilidades de promoción.

Personas inseguras o incapaces.

Malas condiciones laborales.

Circunstancias personales y laborales.

La insatisfacción laboral puede afectar al rendimiento de los trabajadores y a la productividad de la empresa, por lo que las empresas u organizaciones deben tratar que sus empleados se encuentren satisfechos profesionalmente.

– Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (**alteraciones conductuales**).

Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización.

Tanto el estrés agudo como el crónico provocan modificaciones en la conducta. Las asociadas al estrés agudo suelen ser efímeras y no trascienden. Por el contrario una persona crónicamente estresada puede experimentar cambios conductuales progresivos, por ejemplo en los hábitos personales, en las pautas de trabajo o en un aumento del consumo de sustancias tóxicas.

### CAMBIOS EN LOS HÁBITOS (4,21,30)

Cualquier cambio en los hábitos cotidianos de una persona podría ser síntoma de que está aquejada de estrés crónico. Así, algunos individuos se aíslan de la sociedad o se vuelven inusualmente gregarios, descuidan su higiene personal o alteran sus hábitos alimentarios.

Las personas estresadas con frecuencia carecen de deseo y motivación para relacionarse socialmente, quizá a causa de las preocupaciones, la sensación de cansancio o la falta de tiempo. Tienden a evitar encuentros sociales por estas razones o bien participan en ellos con una actitud poco sociable. Alguien estresado se limitará a hablar, por ejemplo, de sus problemas personales y de su sensación de angustia, o bien se mostrará ajeno a toda conversación o actividad. La conducta puede resultar nociva en dos aspectos: en primer lugar, la impresión de no estar socialmente adaptado repercute de un modo negativo en la autoestima; y, en segundo lugar, es posible que los demás reaccionen frente a esa actitud constante distanciándose, situación que en último extremo conduce a la marginación y el aislamiento. Este retraimiento puede resultar especialmente serio si implica el alejamiento no sólo de las amistades sino también de la pareja y los hijos. Los psicólogos insisten con frecuencia en la importancia de unas relaciones sociales sólidas como factor mitigador del estrés.

Por tanto, el rechazo al apoyo social y emocional puede mermar la capacidad del individuo para superar el estrés. Sin embargo un retiro temporal de una vida social activa puede indicar un intento positivo de superar el estrés. Es posible que sólo se precise tiempo para reflexionar en soledad sobre los problemas y buscar posibles soluciones o para fortalecerse psíquicamente y poder hacer frente a una época difícil. Los expertos en estrés destacan la importancia de reservar tiempo para uno mismo con el fin de relajar la mente.

Algunas personas estresadas adoptan la actitud opuesta, tornándose excesivamente sociales, saliendo todo el tiempo y no permitiéndose ni un respiro para relajarse.

Este tipo de comportamiento puede ir acompañado de un aumento de la dependencia del alcohol, del tabaco o de otras drogas.

De hecho, una vida social más intensa significa moverse en un entorno que incita a beber y fumar más y a consumir otras drogas. La promiscuidad sexual como válvula de escape o como forma de negación del estrés es otra característica frecuente de éste tipo de conducta, aunque los cambios en la vida sexual raramente se deben a una sola causa.

Cuando el estrés deviene crónico, las rutinas de la vida cotidiana pueden empezar a perder importancia; una manifestación de ello es la pérdida de interés por la higiene personal y doméstica. Una persona estresada se descuida, va desaliñada, lleva prendas sucias, ignora problemas leves de salud y abandona alguna o todas las tareas de limpieza doméstica. Puede llegar a ser tal la consternación que se siente por las propias circunstancias estresantes que no dedique tiempo a nada más. Pese a ello, como sucede con otras alteraciones conductuales, el abandono personal no siempre constituye un síntoma inequívoco del estrés. Si la higiene personal nunca ha figurado entre las prioridades de un individuo, no tiene sentido extraer conclusiones psicológicas de una imagen descuidada.

### Cambios en los hábitos alimentarios

Las alteraciones en el apetito pueden ser indicadores clave del estrés. Entre los cambios asociados a los hábitos alimentarios se encuentran el deseo de comer más, especialmente platos "apetecibles" calóricos y nada nutritivos: tartas, galletas, chocolate y dulces o, por el contrario, la pérdida de apetito cuando la tensión impide comer o la sola idea de hacerlo provoca náuseas. La supresión de la digestión forma parte de la fisiología de la respuesta de lucha o huida.

Las alteraciones en los hábitos alimentarios pueden resultar nocivas y potenciar el estrés. Las comidas "apetecibles" generan un sentimiento de culpabilidad y temor a la obesidad. Así mismo, suelen ser poco saludables, merman la capacidad del cuerpo para hacer frente a los síntomas físicos del estrés y debilitan el sistema inmunitario. Por otra parte, una ingesta insuficiente y la pérdida crónica del apetito pueden causar una pérdida peligrosa de peso. Como consecuencia de todo ello, la persona estresada dispondrá de un bajo nivel de energía y verá minada su capacidad para desenvolverse en situaciones estresantes. Las mujeres que padecen estos síntomas deben prestar una especial atención al ciclo menstrual. La amenorrea secundaria (interrupción de la menstruación) puede indicar que el peso de la mujer es deficiente. Los desórdenes alimentarios graves como la anorexia nerviosa o la bulimia requieren tratamiento médico; pueden ser resultado de problemas más arraigados que la simple acumulación del estrés cotidiano.

### Conducta Adictiva

Muchas personas sometidas a altos niveles de tensión pueden encontrar en las sustancias popularmente consideradas con mitigadoras del estrés "alcohol, tabaco y otras drogas" una forma fácil y tentadora de relajarse.

### Abuso del alcohol

El alcohol se utiliza con profusión como relajante, pero durante una etapa prolongada de tensión un individuo estresado podría empezar a refugiarse en el alcohol para relajarse con mayor facilidad e incluso olvidar sus problemas. Ingerido en exceso, el alcohol obstaculiza los procesos mentales y conduce a la toma de decisiones irracionales. Provoca así mismo cambios de humor: el bebedor deviene más propenso a la disputa y al llanto, se hace más intolerante, susceptible, irracional y en ocasiones violento. El alcohol puede provocar alteraciones del sueño y, como consecuencia de ello, fatiga y apatía, con la consiguiente merma de la capacidad para superar el estrés. El consumo excesivo de alcohol en períodos de estrés resulta contraproducente. Con el tiempo, el rendimiento laboral y las relaciones con los compañeros y la familia se deterioran, añadiendo así nuevos problemas a las causas originales del estrés.

Merece la pena resaltar la relación entre el **estrés y el sistema inmunológico**, el cual ha despertado un gran interés por los investigadores por sus implicaciones debido al deterioro que se puede producir en la capacidad funcional inmune del organismo.

El estrés produce a nivel general un efecto inhibitorio de las respuestas del sistema inmune; se han estudiado diferentes tipos de situaciones estresoras como por ejemplo duelo, divorcio, situaciones de exámenes, catástrofes, intervenciones quirúrgicas, cuidadores de enfermedades crónicas, etc., en las que se ha encontrado que la capacidad proliferativa de los linfocitos T y B disminuyen al igual que el porcentaje y actividad de las *Natural Killers* y la producción de diferentes interleucinas, mientras que los anticuerpos del virus latente del herpes se elevan. Todo ello hace al individuo más vulnerable a procesos infecciosos y de alteración autoinmune.

## **PSICONEUROINMUNOLOGÍA (PNI) (1)**

Concepto.

Es el estudio de las interrelaciones entre el Sistema Nervioso Central (SNC) y el Sistema Inmune (SI). Se utiliza el término interrelación porque se asume que la relación es bidireccional.

Las investigaciones con animales han ofrecido evidencias de la existencia de nervios que conectan el SNC y el sistema inmune, de alteraciones neuroendocrinas que

alteran funciones inmunológicas inducidas, y de la existencia de productos químicos llamados citocinas producidas por el SI que atraviesan la barrera hematoencefálica, y alteran las funciones del SNC. Con relación a variables psicológicas se ha demostrado que pueden condicionarse la respuesta inmune.

Robert Ader al establecer el vínculo conductual entre el sistema nervioso y el sistema inmune sentó las bases de la INMUNOLOGÍA CONDUCTUAL. Los estudios han utilizado el paradigma del condicionamiento clásico, que consiste en presentar un estímulo sensorial "neutro" junto a un estímulo incondicionado. Esta asociación llevará a que el estímulo neutro - ahora condicionado - produzca la respuesta incondicionada.

En su estudio con ratas, Ader y Cohen, asociaron agua azucarada con ciclofosfamida (que produce náuseas) para provocar aversión al sabor del agua. Pero encontraron, de forma inesperada, que los animales morían. La ciclofosfamida tiene potentes efectos inmunosupresores, y lo que había sucedido es que el agua azucarada se había convertido en estímulo condicionado de inmunosupresión. Al repetir la prueba comprobaron que los animales mostraban cantidades inferiores de anticuerpos en suero comparados con los controles.

Estos mismos autores repitieron el emparejamiento en ratas con lupus eritematoso diseminado (enfermedad autoinmune). El agua con sacarina adquirió propiedades inmunosupresoras, las ratas vivieron más tiempo y se redujo su morbilidad.

En estudios con humanos el foco principal de atención se ha puesto en establecer si existe asociación entre características psicológicas (rasgos o estados) y la inmunidad, qué vías de conexión - biológicas y conductuales - pueden explicar dicha relación. Y si las alteraciones inmunitarias inducidas psicológicamente son responsables de la susceptibilidad a enfermar (enfermedades en las que está implicado el sistema inmune).

## INTERRELACIONES ENTRE LOS SISTEMAS NERVIOSO, ENDOCRINO E INMUNE.

Tanto el sistema nervioso como el inmunológico mantienen la integridad en un mundo demasiadas veces hostil. El sistema nervioso reconoce las amenazas procedentes del exterior y organiza acciones sobre dianas específicas del organismo. El sistema inmune tiene la función de reconocer sustancias extrañas (llamadas antígenos), marcándolas y eliminándolas del organismo. Tanto el sistema nervioso como el inmune mantienen comunicación a larga distancia y preservan una memoria de acontecimientos del pasado. Ambos utilizan mensajeros químicos. Algunas de estas características las comparten con el sistema endocrino.

### Relaciones entre los tres sistemas.

A continuación se resumen el tipo de evidencia que se esgrime para afirmar que existe interacción entre los tres sistemas las relaciones son de naturaleza recíproca.

Los puntos 1 a 6 sugieren una relación causal del sistema nervioso sobre el sistema inmune, mientras que el punto 7 evidencia la influencia del SI sobre el SN.

1. Las respuestas inmunes pueden ser condicionadas.
2. La estimulación eléctrica de localizaciones específicas del cerebro pueden alterar la función del sistema inmunológico.
3. Animales estresados experimentalmente tienen respuestas inmunológicas alteradas.
4. La NA potencia "in vitro" la acción de la IgM; inhibe la activación del complemento, y la lisis de células tumorales o infectadas por virus herpes a cargo de los macrófagos.
5. La lesión cerebral (hipotálamo anterior) : suprime el número de esplenocitos y timocitos, reduce la respuesta proliferativa a mitógenos de las células T, y reduce la actividad de las células NK (la lesión del hipotálamo posterior reduce el número de linfos T y B).
6. Ratonés simpatectomizados : se reduce la producción de anticuerpos ante la inmunización, se suprime la respuesta citotóxica de las células T, disminuye la reacción de hipersensibilidad retardada, aumenta la actividad de las células NK.
7. La activación del SI se correlaciona con alteración de la actividad neurofisiológica, neuroquímica y neuroendocrina de las células cerebrales.

Enseguida se resumen los posibles enlaces entre el SN y el SI y que son responsables de los hechos descritos con anterioridad.

Mecanismos mediante los cuales el SN puede afectar el SI (en la mayoría de los casos por la actuación de hormonas).

1. Los glucocorticoides secretados por el cortex adrenal.
2. Catecolaminas secretadas por las terminales del sistema nervioso simpático y por la médula adrenal.
3. Las endorfinas secretadas por la hipófisis, la médula adrenal y las terminaciones simpáticas.
4. Otras hormonas secretadas por la hipófisis y las gónadas.
5. Mecanismos por los que el SI pueden influir sobre el SN: Citocinas secretadas y activadas por las células inmunes.

Existen dos rutas principales:

a) Una vía indirecta ('conexión soluble'):

Con mediación hormonal (puntos 1,3 y 4 y la parte de la médula adrenal del 2), en la que los corticosteroides son el medio principal por el que actúa el SNC sobre el SI.

El punto 5 (las citocinas) representan el vehículo circulante en el flujo sanguíneo mediante el cual el SI puede influir sobre el SN.

b) Una vía directa ('comunicación por cable') de enlace entre SN y tejidos linfoides. Existe una inervación simpática del timo y del bazo) (punto 2, terminales del SN Simpático).

6. Conexión "por cable". Influencia directa del SN sobre el SI.

Ramas axonales del SN autónomo terminan, a través de los órganos linfoides, en la superficie de los linfocitos. Existen terminales del SN simpático (SNS) en el bazo, timo y médula ósea, que son localizaciones cruciales en la síntesis y almacenamiento de los linfocitos. Los estudios indican que la activación del SNS ejerce un efecto inhibitorio sobre el SI.

Relaciones:

1. Los órganos linfoides primarios y secundarios están inervados por fibras nerviosas postganglionares noradrenérgicas.
2. Las fibras peptidérgicas también se encuentran en: Médula ósea, timo, bazo, ganglios linfáticos, y tejido linfático asociado a las mucosas.
3. Estas fibras forman uniones neuroefectoras con linfocitos y macrófagos.
4. Los linfocitos monocitos/macrófagos y los granulocitos poseen receptores para neurotransmisores, por ej., la noradrenalina (NA) y la sustancia P. La NA interactúa con los receptores beta de los linfocitos en el timo (timocitos) e inhibe su mitogénesis.
5. Los linfocitos y macrófagos tienen receptores para: sustancia P, somatostatina, péptido intestinal vasoactivo. La sustancia P facilita la migración linfocitaria al lugar de la inflamación, aumenta la respuesta linfoproliferativa ante la estimulación mitogénica, aumenta la producción de IgA promueve la fagocitosis y la quimiotaxis.

Conexión indirecta. Actuación de los sistemas nervioso y endocrino sobre la función inmunológica.

La importancia de la respuesta de estrés y su asociación a hormonas como elemento mediador entre SN y SI se va consolidando tras numerosos hallazgos científicos. Por ejemplo la adrenalectomía generalmente incrementa el funcionamiento del sistema inmune y la aplicación de esteroides de la corteza adrenal generalmente la suprimen.

(A) Los corticosteroides pueden deprimir el SI:

- Influyen sobre las citocinas de varias formas: (1) inhibiendo su liberación; (2) disminuyendo la sensibilidad de sus células diana. Por ejemplo, los corticosteroides reducen el número de receptores de la IL-2 (interleucina-2, una citocina); inhiben la liberación de IL-1.
- Bloquean la maduración linfocitaria. Se ha detectado una 'contracción del timo cuando el eje UPA está activado.
- En algunas especies expulsan a los linfocitos de la circulación.
- En ocasiones eliminan/destruyen los linfocitos.
- Se han detectado numerosos receptores de esteroides en los linfocitos, siendo una

de las rutas por las que los corticoides ejercen su efecto inmunosupresor.

- Algunos autores sostienen que los ritmos circadianos del SI están en función de del ritmo circadiano de los corticosteroides.

(B) Otros factores mediadores:

- Liberación de opioides naturales durante el estrés. Se han detectado receptores para estos opioides en diversas células del SI.
- En adictos a sustancia opioides se han detectados déficits inmunológicos.
- Los opioides probablemente actúan por uno de estos mecanismos: (a) directamente sobre los receptores de las células individuales de SI. (b) modulando el SNA. (c) ejerciendo un efecto sobre el eje UPA y este ejercería el efecto inmunosupresor. Inyecciones de morfina en el ventrículo cerebral lateral produce supresión de la actividad NK equivalente a una inyección 3000 veces mayor por vía sistémica.
- Los linfocitos tienen receptores para varias hormonas y neuropéptidos: CRF, ACTH, opioides endógenos (endorfinas).
- La presencia de altas concentraciones de CRF (factor de liberación corticotropo) anclado en localizaciones del bazo de ratones en regiones de alta concentración de macrófagos sugieren que el CRF ejerce un papel en la regulación del SI.

#### Consideraciones funcionales.

El hecho de que el UPA tienda a suprimir la función inmune puede resultar sorprendente. ¿Por qué se desactiva la respuesta inmunológica en situaciones de estrés? Cuando alguien resulta atacado por un animal, y sufre no sería más necesaria una activación del SI. Se han sugerido explicaciones alternativas: y una respuesta inflamatoria en una rodilla lesionada dificultaría la utilización de dicha rodilla, y demanda reposo y recuperación, pero esto no es adaptativo (teoría del ahorro de recursos) si el entorno es hostil, si persiste la amenaza. En estas circunstancias es más lógico que el eje UPA produzca una inhibición transitoria de la inflamación, que se acompaña de un periodo de analgesia. Quizás el organismo no sepa reducir la inflamación sin frenar la actividad de SI. La mayor parte de las citocinas ejercen una acción estimulante de la inflamación.

La misma lógica explicaría el efecto inmunosupresor de sistema simpático. Ante un peligro la activación del SNS fuerza al organismo a una actuación de 'lucha o huida' y se sigue de un 'rebote' parasimpático cuando desaparece el peligro. Quizás la activación del parasimpático estimule el SI (no se conoce bien esta relación).

Una inmunosupresión a corto plazo quizás sea adaptativa, pero la supresión inmune a largo plazo no lo es (¿es necesario que los corticoides destruyan los linfocitos?). Las consecuencias a largo plazo del estrés, debidas en parte a la inmunosupresión, no parecen justificar los beneficios de la inhibición inmunitaria a corto plazo. Lo cierto es que en la actualidad no conocemos la finalidad - si la tiene - de la inmunosupresión.

#### Efectos del sistema inmune sobre la actividad neuroendocrina.

La activación del SI se acompaña de cambios en procesos hipotalámicos, autonómicos y endocrinos. La respuesta inmunológica a las infecciones se acompaña de incrementos dramáticos de la ACTH. Las CITOCINAS (producidas por los linfocitos) se comunican con el SNC y así pueden influir en la conducta: IL-1, IL-2, IL-6, interferón-gamma, TNF (factor de necrosis tumoral) influyen en la activación del eje UPA y son influidos por la secreción de glucocorticoides.

La administración central y periférico de CITOCINAS incide en la fiebre, comportamientos de sueño y alimenticio, conductas locomotoras y exploratoria y en los estados de ánimo.

El tratamiento con interferón en humanos ha evidenciado que produce efectos neurológicos y psiquiátricos. Tanto en animales como en humanos la infección se sigue de niveles elevados de corticosteroides. Parte de la asociación causal tiene que ver con la producción de interleucinas activadas por los macrófago. Las interleucinas participan en un plan integrado de cambios metabólicos y conductuales en el huésped infectado. (Las CITOCINAS: estimulan la liberación de CRF, la liberación e hormona del crecimiento hipofisaria e inhiben la secreción de prolactina hipofisaria).

## **FACTORES PSICOLÓGICOS, INMUNIDAD Y ENFERMEDAD.**

*¿Los factores psicológicos influyen en las enfermedades mediadas por el sistema inmunitario?*

El SI actúa como defensa ante múltiples enfermedades. Los estudios previos muestran que existe una interrelación entre SNC y SI, pero no informan necesariamente si se producen cambios en la susceptibilidad a enfermar. Es preciso, por tanto, estudiar la relación entre factores psicológicos e inmunidad, y sobre la relación entre factores psicológicos y la aparición y progreso de enfermedades mediadas por el SI.

Para que se produzca la enfermedad no basta con la invasión del organismo por parte del agente invasor. Debe darse que las defensas sean incapaces de mantener dicho agente inactivo, o eliminarlo. Es de esta forma como las variables psicológicas que afectan la inmunidad pueden influir en la aparición curso y desenlace de enfermedades mediadas por el sistema inmune. No sabemos de qué tipo y magnitud deben ser los cambios producidos para que se vea alterada la posibilidad de defensa del organismo.

Los factores psicológicos pueden influir en la respuesta inmune mediante inervación con precedencia directa del SNC o por mecanismos hormonales. Los cambios de conducta, asociados a características de personalidad a procesos de adaptación o de afrontamiento frente a situaciones estresantes, o estados emocionales negativos también pueden alterar la inmunidad. Por ej. Una persona ante problemas

emocionales puede fumar, alimentarse de forma inadecuada o desarrollar malos hábitos respecto al sueño, lo cual puede tener consecuencias inmunosupresoras.

### Factores psicológicos estudiados.

#### *ESTRÉS.*

Se acepta que el estrés altera la inmunidad e incremento la susceptibilidad a enfermedades mediadas por el sistema inmunitario. La respuesta de estrés se compone de elementos cognitivos emocionales que por mecanismos neuroendocrinos y conductuales influyen en el SI.

#### *ESTRESORES PSICOSOCIALES.*

Glaser, Kiecolt-Glaser y colaboradores investigaron el impacto de los exámenes en la función del SI de estudiantes de medicina. Se evaluó el estrés psicológico y la respuesta inmune en dos periodos: uno sin exámenes (tras las vacaciones) y otro en época de exámenes. Los estudiantes informaron más estrés durante los exámenes junto a un descenso en una serie de indicadores inmunitarios: descenso de la actividad NK, proliferación linfocitaria, menor producción del gamma-interferón por parte de los linfocitos, e incremento de la producción de anticuerpos contra el virus herpes.

Otro estudio mostró una relación entre situaciones cotidianas positivas e incrementos en la producción de IgA. Este estudio proporciona evidencias de la relación entre situaciones cotidianas y la regulación de la respuesta inmune, y del efecto beneficioso de las situaciones positivas sobre la salud.

#### *ESTRÉS CRÓNICO.*

Las personas que tienen a su cargo pacientes o familiares con Alzheimer. Kiecolt Glaser y cols. Hallaron que están sometidos a estrés crónico y que presentan niveles elevados de anticuerpos contra herpes. Otros estudios mostraron que presentaban una respuesta de las células NK empobrecida tanto en cuidadores que seguían cuidando al familiar como en aquellos que lo habían perdido un año antes. Las consecuencias psicológicas e inmunológicas del estrés crónico persisten aún cuando desaparece la causa del estrés.

#### *ESTRESORES AGUDOS DE LABORATORIO.*

Determinados estudios han evaluado los efectos del estresores psicológicos agudos (tareas que duran entre 5-20 min.): tareas de aritmética, verbales, etc. Los cambios inmunológicos más consistentes que siguen a la exposición al estresor son: incremento de las células NK, de las células T citotóxicas y descenso en la respuesta proliferativa a mitógenos, particularmente a la fitohemaglutinina (PHA). Los cambios se detectan 5 minutos después de la exposición al estresor y regresan

a sus valores normales en una hora tras la finalización de la situación de estrés. Algunos estudios muestran, sin embargo, que la actividad NK sigue deprimida unas 48 horas. La respuesta inmune al estrés es fiable a lo largo del tiempo y con diferentes tareas. Puede deberse a determinados estilos de respuesta inmune debido a la predisposición biológica de las personas.

#### Otros resultados de laboratorio:

-Personas con mayor activación del SN Simpático (grandes incrementos en presión sanguínea, frecuencia cardíaca, y epinefrina y norepinefrina) presentan mayores modificaciones en la respuesta inmune ante estresores. Las personas con menor reactividad simpática presentaban menos o ningún cambio. La correlación entre la respuesta del SN Simpático y la inmune sugieren que la respuesta del SNS licitada por el estrés puede impulsar los cambios inmunológicos. Esta relación es meramente correlacional y no establece relación de causalidad.

-Algunos estudios van en la línea de sugerir que los cambios inmunológicos están causados por la activación simpática consecuente con la exposición al estresor.

#### Sentimientos - emociones - estados de ánimo.

Los estudios se han centrado en la depresión clínica. Recientemente también se han estudiado estados de ánimo (positivo frente a negativo) en poblaciones sanas.

#### TRASTORNOS DEPRESIVOS.

\*Un meta análisis reciente de 40 estudios mostró que los depresivos presentaban una menor respuesta proliferativa ante PHA, ConA y PWM; menor actividad de las células NK; mayor número de leucocitos en sangre periférico (principalmente neutrófilos y monocitos); y menor número de NK, B, T, Th y T citotóxico.

\*La relación entre depresión y datos inmunológicos es más fuerte en ancianos y en pacientes hospitalizados. No sabemos si debido a la que la depresión es más severa o a que la edad y la hospitalización moderan esa relación.

\*La relación entre depresión e inmunidad puede deberse a factores conductuales: los deprimidos duermen peor/menos, hacen menos ejercicio, siguen dietas menos saludables, fuman más, y toman alcohol y fármacos con mayor frecuencia que los no-depresivos. Los pocos estudios que han controlado algunas de estas variables (alcohol y tabaco) sugieren que éstos no explican las alteraciones funcionales inmunológicas en pacientes depresivos.

#### ESTADOS DE ÁNIMO.

Depresión no clínica. Las alteraciones en el SI detectadas son: descenso de la respuesta proliferativa ante mitógenos y descenso de la actividad NK.

#### ANSIEDAD.

Se ha asociado -en los escasos estudios realizados- con descenso en la actividad NK y descenso de la respuesta proliferativa tanto a PHA como a ConA.

#### ESTADOS DE ANIMO POSITIVO / NEGATIVO.

Diversos estudios han mostrado que los niveles de anticuerpos eran mayores los días en que los sujetos informaban un estado de ánimo mas positivo y mas bajos aquellos días que informaban un estado de ánimo muy negativo. En otro estudio la proliferación linfocitaria aumento con los estados de ánimo positivos y disminuyó en los negativos.

#### Relaciones interpersonales.

##### SOLEDAD.

En un estudio de estudiantes universitarios que informaban mayor soledad presentaban menor actividad NK y tasas mayores de anticuerpos contra el virus herpes que los menos solitarios.

Otros estudios asociaron soledad con menor funcionalidad de las células NK y peor respuesta proliferativa a PHA.

Como la soledad generalmente se asocia a estrés negativo los efectos se atribuyen al estrés psicológico.

##### RELACIONES DE PAREJA.

Relaciones conyugales / de pareja. Estudios han encontrado en mujeres separadas / divorciadas porcentajes inferiores de células NK, menor respuesta proliferativa de los linfocitos a PHA y ConA, niveles elevados de anticuerpos contra herpes, que en mujeres casadas.

En hombres divorciados / separados tenían mayor número de infecciones, y niveles más elevados de anticuerpos contra herpes que los casados.

En parejas casadas recientemente con interacciones hostiles y negativas presentaban un mayor descenso de las células NK y de la proliferación linfocitaria ante PHA y ConA, que se prolongaba unas 24 horas.

## APOYO SOCIAL.

Apoyo social percibido. Las personas adultas que informaban tener relaciones de confianza presentaban mayor proliferación linfocitaria ante PHA.

Otros estudios muestran que disponer de AS (de diversos tipos: emocional e instrumental) se asoció con mayor actividad NK y mejor respuesta proliferativa ante PHA (no con ConA).

La mejor respuesta inmunológica en las personas con AS no se explica porque los menos apoyados tuvieran mayores tasas de depresión o más situaciones vitales estresoras.

Estudiantes con mayor disponibilidad de AS produjeron más anticuerpos contra la vacuna de la hepatitis B.

Muchas de los efectos beneficiosos para la salud de las relaciones interpersonales se atribuyen a recibir o tener disponible apoyo emocional (alguien con quien hablar). ¿Cómo afecta al AS al SI? No se sabe.

## PERSONALIDAD

\*Las variables de personalidad que se han relacionado con medidas inmunológicas son: motivación baja, estilo pesimista, y represión. La mejor estudiada es ésta última.

\*La represión/negación representa una estrategia de afrontamiento ante información amenazadora y se caracteriza por negación o minimización del malestar y emociones negativas. Los 'represores' reaccionan ante estímulos estresantes con mayor activación autonómica que las personas que informan mayores niveles de ansiedad o malestar.

\*Algunos estudios muestran que puntuaciones mas elevadas en represión medida con inventarias se asociaban a inmunosupresión (niveles altos de anticuerpos del herpes virus).

## Enfermedades infecciosas.

Enfermedades del aparato respiratorio superior. Estrés crónico familiar y problemas cotidianos se han relacionado con mayor frecuencia de enfermedades respiratorias.

Los grupos de alto y bajo estrés eran casi idénticos en variables demográficas y prácticas de salud pero en el grupo de más estrés sufrieron mayor número de episodios de enfermedad y un mayor número de días con sintomatología respiratoria.

La mayor incidencia de infecciones respiratorias superiores bajo situaciones de estrés puede atribuirse a que el estrés incremento la exposición al agente infeccioso más que a los efectos inmunosupresores del mismo.

En suma, tanto los acontecimientos vitales estresantes como el estrés psicológico (percepción y emociones negativas) se asocian con aumento de la susceptibilidad a infecciones del tracto respiratorio superior. Estos efectos no se explican únicamente por los cambios conductuales (conductas de riesgo, mayor exposición) consecuentes al estrés. Tampoco existen evidencias de que se deba a efectos inmunosupresores producidos directamente por el estrés.

Infección por herpes virus. El virus herpes le considera el agente etiológico de llagas lesiones genitales, mononucleosis infecciosa, y el síndrome de mononucleosis y sordera en neonatos. El herpes está siempre presenta tras la exposición al mismo aunque tiene fases de latencia. La inmunidad celular tiene dos misiones, protección frente a la infección y mantener en estado inactivo el herpes latente.

La explicación de la relación entre estrés y aumento de los anticuerpos contra el virus herpes es que el estrés suprime la inmunidad celular, lo cual permite al virus latente volverse activo.

¿Está relacionado el estrés con la recurrencia de la enfermedad clínica? En general los estudios apoyan la idea de que existe una relación entre estados emocionales negativos y recurrencia de la enfermedad.

SIDA. No todas las personas expuestas al virus HIV se infectan. Tanto el número de años que pasan antes de aparecer la sintomatología como la gravedad de la enfermedad varían enormemente. La malnutrición, la utilización de drogas, la exposición repetida al virus, y la presencia de enfermedades infecciosa concurrentes puede acelerar la progresión de la enfermedad. Pero incluso cuando estas dimensiones se controlan queda mucha variabilidad en la respuesta individual. Se piensa que las variables psicológicas contribuyen a la resistencia del huésped ante el HIV alterando su comportamiento y su medio hormonal e inmunológico. Los estudios no son concluyentes.

### Enfermedades autoinmunes.

Son aquellas enfermedades en las que el sistema defensivo ataca el propio organismo. (autoanticuerpos) como en el caso de: artritis reumatoide, diabetes insulino dependiente, lupus, enfermedad de Graves, enfermedad inflamatorio intestinal, esclerosis múltiple. La más estudiada es la artritis reumatoide.

Numerosos estudios clínicos señalan que factores psicológicos, entre los que se incluyen acontecimientos estresantes y ambientes menos 'favorables-acogedores' desempeñaban un papel en la aparición y empeoramiento de enfermedades autoinmunes.

### Cáncer.

Como se piensa que el SI juegan un papel primordial en la vigilancia tumoral y en la prevención del progreso y diseminación metastásica de los tumores, las variables psicológicas que alteran la inmunidad pueden verse implicadas y contribuir de alguna manera en la aparición y progreso del cáncer. La actividad de las células NK es el punto de conexión más destacado entre variables psicológicas y cáncer. Se presume su importancia al combinar hallazgos fiables que asocian variables psicológicas y actividad de las células NK y la asociación entre depresión de la actividad NK y el incremento de metástasis en modelos animales. Es cierto que los distintos tipos de cáncer son enfermedades muy diferentes y que tanto las variables psicológicas como las inmunológicas pueden jugar un papel en unos y no en otros.

Hemos visto como la depresión tanto clínica como subclínica se asocian a cambios inmunológicos (incluyendo la actividad NK). La depresión también se ha estudiado con relación al cáncer aunque los resultados no son consistentes.

### Estudios prospectivos y de mortalidad dan resultados mixtos:

-Quienes obtenían mayores puntuaciones en depresión (medida con el MMPI) duplicaban el riesgo de morir de cáncer 17 y 20 años después, frente a los menos deprimidos. Estos efectos no fueron específicos ni de la localización ni del tipo de cáncer, y no se explicaban por los comportamientos de salud.

-Otro estudio encontró que personas que sufrían depresión y desesperanza de larga duración tenían mayor probabilidad de desarrollar un cáncer en 10 años de seguimiento.

-Otros estudios no consiguieron demostrar esta relación. La depresión, sin embargo, se ha relacionado con marcadores del progreso de la enfermedad y con supervivencia más corta en pacientes diagnosticados de cáncer.

-¿Por qué son inconsistentes los resultados? Los estudios se han realizado sobre el cáncer en general siendo fundamental destacar localizaciones y tipos de cáncer. Convendría estudiar la estabilidad de los estados efectivos a lo largo del tiempo, así como la importancia de los episodios depresivos agudos en la aparición y curso de la enfermedad.

-En pacientes con cáncer disponer de un mayor acceso a apoyo social se ha relacionado con mejores indicadores pronósticos. Si embargo el apoyo parece tener mejores efectos en jóvenes que en ancianos y en mujeres más que en hombres.

-Aunque las variables psicológicas puedan tener un papel, la importancia de los determinantes biológicos es prioritaria y abrumadoramente superior, particularmente en estadios posteriores y mayor gravedad.

## **5. CONDICIONES DE TRABAJO Y TURNO NOCTURNO EN HOSPITALES (8,20)**

El tiempo de trabajo es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que tiene una repercusión más directa sobre la vida diaria. El número de horas trabajadas y su distribución pueden afectar no sólo a la calidad de vida en el trabajo, sino a la vida extralaboral. En la medida en que la distribución del tiempo libre es utilizable para el esparcimiento, la vida familiar y la vida social, es un elemento que determina el bienestar de los trabajadores.

Dadas las características humanas, la actividad laboral debería desarrollarse durante el día, a fin de lograr una coincidencia entre la actividad laboral y la actividad fisiológica. Sin embargo, en algunas actividades es necesario establecer turnos de trabajo con horarios de trabajo que están fuera de los que sería aconsejable, ya sea por necesidades del propio servicio o por necesidades productivas o del proceso.

En un intento de definición de los distintos tipos de horario, habitualmente entendemos por tiempo de trabajo el que implica una jornada laboral de ocho horas, con una pausa para la comida, y que suele oscilar entre las 7-9 horas y las 18-19 horas. El trabajo a turnos supone otra ordenación del tiempo de trabajo: se habla de trabajo a turnos cuando el trabajo es desarrollado por distintos grupos sucesivos, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral, de manera que se abarca un total de entre 16 y 24 horas de trabajo diarias. Existen las siguientes formas de organización:

**Sistema discontinuo:** el trabajo se interrumpe normalmente por la noche y el fin de semana. Supone, pues, dos turnos, uno de mañana y uno de tarde.

**Sistema semi-continuo:** la interrupción es semanal. Supone tres turnos, mañana, tarde y noche, con descanso los domingos.

**Sistema continuo:** el trabajo se realiza de forma ininterrumpida. El trabajo queda cubierto durante todo el día y durante todos los días de la semana. Supone más de tres turnos y el trabajo nocturno.

Legalmente, se define el trabajo a turnos como “toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”. Asimismo se considera trabajo nocturno el que tiene lugar “entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana” y se considera trabajador

nocturno al que “invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.”

En estudios realizados sobre el tema, se ha visto que las personas que trabajan a turnos demuestran una menor satisfacción con el horario y con el trabajo en general, que las personas que prestan sus servicios en jornada laboral diurna.

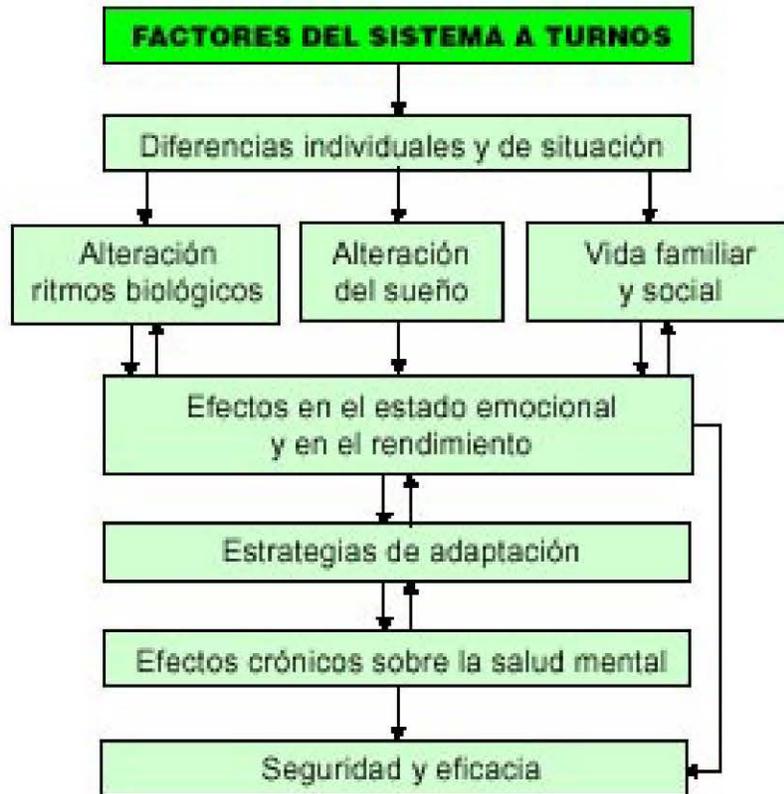
Ello puede ser debido a diversas causas, pero, sin duda, una de ellas es la falta de adaptación debida a la alteración de los ritmos circadianos y sociales; así como una deficiente organización de los turnos.

Por ello es importante tener en consideración las repercusiones que el trabajo nocturno tiene sobre la salud de los trabajadores, a fin de organizar los turnos convenientemente y de prever unas condiciones de trabajo adecuadas.

### Inconvenientes del trabajo a turnos

Los efectos negativos del turno de noche sobre la salud de las personas se dan a distintos niveles (figura 4). Por una parte se ve alterado el equilibrio biológico, por el desfase de los ritmos corporales y por los cambios en los hábitos alimentarios. También se dan perturbaciones en la vida familiar y social. Desde el punto de vista ergonómico, es importante tener en cuenta estas consecuencias y diseñar el trabajo a turnos de manera que sea lo menos nocivo posible para la salud de aquellas personas que se encuentran en dicha situación.

Figura 4. Variables que intervienen en el trabajo a turnos.



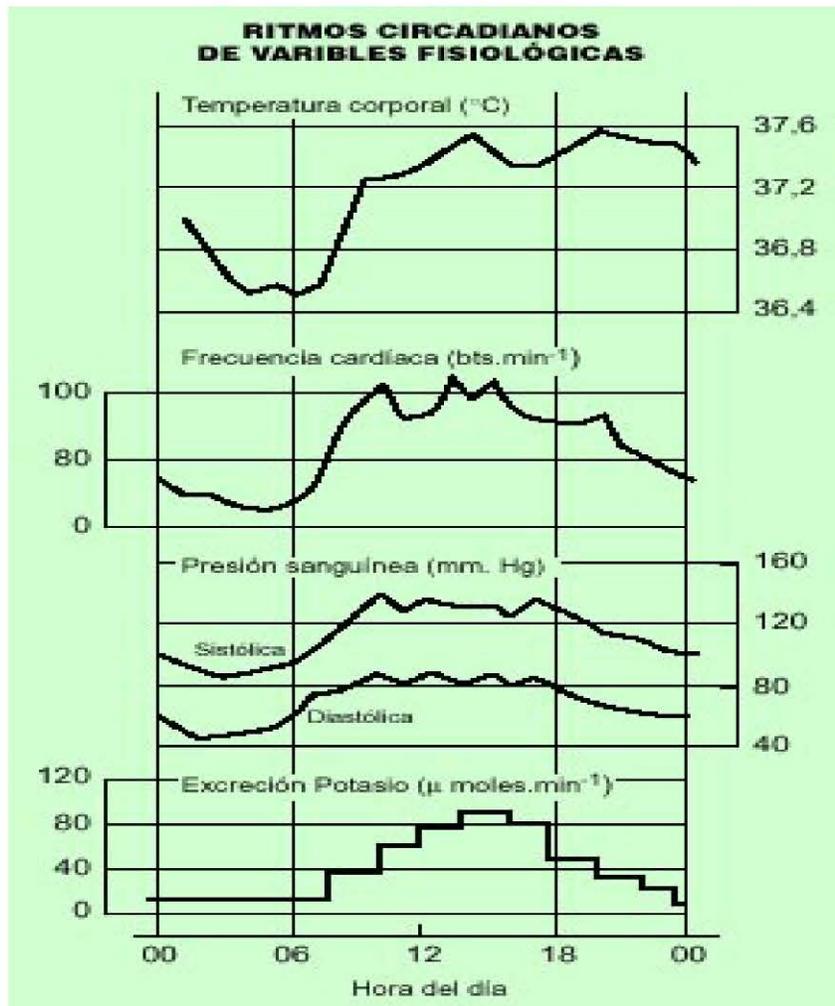
Fuente: INSHT/OIT Condiciones de trabajo La prevención del estrés en el trabajo, 1996.

**Ritmos circadianos** El organismo humano tiene unos ritmos biológicos, es decir, que las funciones fisiológicas siguen unas repeticiones cíclicas y regulares. Estos ritmos suelen clasificarse en ultradianos, si son superiores a 24 horas; circadianos o nictamerales si siguen un ritmo de 24 horas; o infradianos, si su ciclo es inferior a las 24 horas.

Los ritmos circadianos son los más afectados y, por tanto, los más estudiados en relación con el trabajo a turnos.

Estos ritmos biológicos coinciden con los estados de vigilia y sueño, siendo la mayoría de ellos más activos durante el día que durante la noche. (figura 5).

Figura 5. Ritmos circadianos de parámetros fisiológicos.



Fuente: Buendía, J. Estrés laboral y salud. Biblioteca nueva, 1998.

Las fases de activación (vigilia)-desactivación (sueño) se deben a la influencia de los ritmos circadianos sobre la formación reticular ascendente y el hipotálamo, coincidiendo la fase de activación con las horas diurnas, y las de inhibición con las horas nocturnas. Esto influye en una serie de funciones corporales; por ejemplo, la temperatura corporal disminuye por la noche hasta alcanzar un mínimo de  $35,5\text{-}36^{\circ}\text{C}$  entre las 2 y las 3 de la madrugada, y aumenta de día hasta los  $37\text{-}37,3^{\circ}\text{C}$  alrededor de las 17 horas.

Al cambiar los ciclos sueño/vigilia, estos ritmos se desequilibran, pero recuperan la normalidad cuando se vuelve a un horario normal. El trabajo a turnos, especialmente el trabajo nocturno, fuerza a la persona a invertir su ciclo normal de actividad descanso, obligándole a ajustar sus funciones al período de actividad nocturna. Ello acarrea un cambio en las funciones corporales, que aumenta con el número de noches trabajadas, pero que no llega nunca a ser completo. Las alteraciones son debidas a la estabilidad de estos ritmos y a su dificultad para adaptarse a modificaciones externas. De hecho, el cuerpo está sometido a una tensión continua en su intento de adaptarse al cambio de ritmo.

### Hábitos alimentarios

El deterioro de la salud física puede manifestarse, en primer lugar, por alteración de los hábitos alimentarios, y más a largo plazo, en alteraciones más graves, que pueden ser gastrointestinales, neuropsíquicas y cardiovasculares.

Las personas necesitan al menos tres comidas diarias, algunas de ellas calientes, con un cierto aporte calórico y tomadas a una hora más o menos regular. El horario de trabajo afecta a la cantidad, calidad y ritmo de las comidas.

Las alteraciones digestivas manifestadas a menudo por las personas que trabajan a turnos se ven favorecidas por la alteración de los hábitos alimentarios: la calidad de la comida no es la misma, se suelen tomar comidas rápidas y en un tiempo corto e inhabitual. Desde el punto de vista nutricional, los alimentos están mal repartidos a lo largo de la jornada y suelen tener un alto contenido calórico, con abuso de ingesta de grasas. En el turno de noche, además, suele haber un aumento en el consumo de café, tabaco y excitantes, factores que pueden ayudar a la aparición de dispepsias. La calidad de los alimentos se ve alterada (aumento de grasas, comidas rápidas, alcohol, etc.), así como el aporte equilibrado de elementos (exceso de lípidos y falta de glúcidos/hidratos de carbono), cuando el ritmo metabólico es más bajo.

Los ritmos alimenticios responden a la necesidad del organismo de rehacerse. El trabajo a turnos supone, a menudo, aplazar una comida o incluso saltársela (generalmente el desayuno después de un turno de noche). Las alteraciones debidas a la desincronización de los ciclos circadianos digestivos pueden verse agravadas por el hecho de que los trabajadores suelen comer a disgusto por comer fuera de hora, sin la familia.

### Alteraciones del sueño

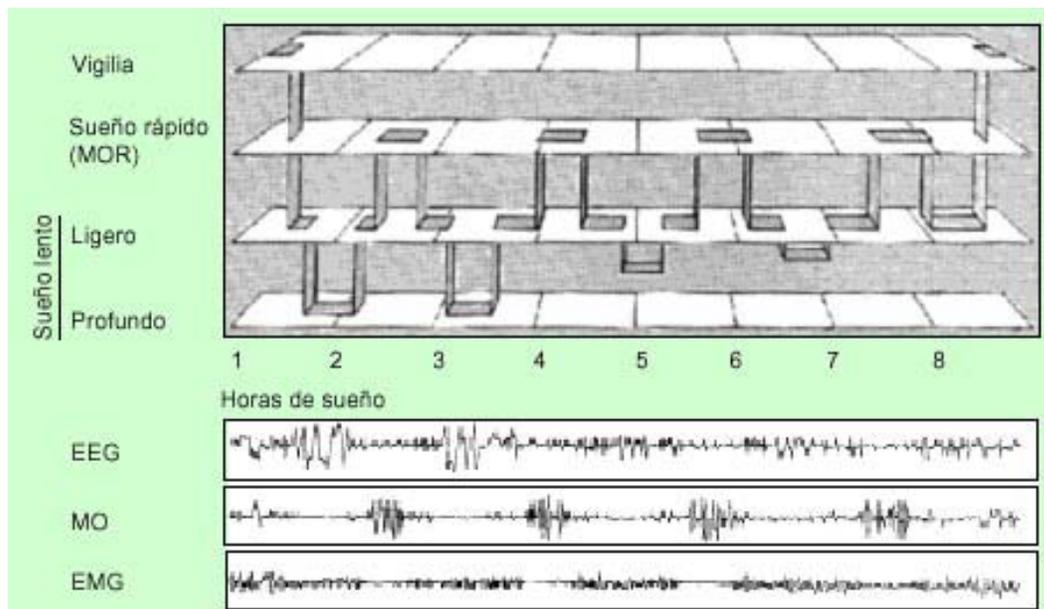
Además de las alteraciones que pueden producirse en el organismo de las personas al cambiar el curso natural de los ritmos circadianos, el trabajo a turnos ocasiona perturbaciones en el ritmo biológico del sueño.

El sueño comprende dos fases: una de sueño lento y una de sueño rápido. Durante la primera fase se da un período inicial de sueño ligero y un segundo período de

sueño profundo, en el que las constantes fisiológicas y el tono muscular disminuyen. Esta fase del sueño permite la recuperación física del organismo.

La fase de sueño rápido, o sueño paradójico, es la que permite la recuperación psíquica. Durante esta fase, que se repite unas cuatro veces durante el sueño nocturno, aumentan las constantes fisiológicas, metabólicas y endocrinas; aparecen una serie de movimientos oculares rápidos (-fase MOR o REM, del inglés: rapid eyes movement) y se produce la actividad onírica. (figura 6).

Figura 6. Períodos de sueño.



Fuente: M. Josep de Andrés. Enciclopedia de Medicina y Salud, 1989.

Para recuperarse de la fatiga diaria es necesario dormir, con variaciones individuales, alrededor de siete horas durante la noche, de manera que puedan darse todas las fases del sueño y se facilite la recuperación física durante las primeras horas de sueño, y la recuperación psíquica en las horas siguientes.

En el trabajo a turnos, sin embargo, esto no es posible, ya que el sueño se ve alterado, no produciéndose nunca una adaptación plena al cambio horario. Por ejemplo, en el turno de mañana, al tener que despertarse demasiado pronto y acortar las últimas horas de sueño, se reduce el sueño paradójico, mientras que en el turno de noche, al alterar el ritmo sueño/ vigilia, y a causa de la mayor dificultad de dormir de día -debido a la luz, ruidos, etc.- se observa una reducción del sueño profundo, con lo que se dificulta la recuperación de la fatiga física. (figura 7)

Figura 7. Fases del sueño.



Fuente: M. Josep de Andrés. Enciclopedia de Medicina y Salud, 1989.

Ello hace que se vaya acumulando la fatiga, provocando, a largo plazo, la aparición de un estado de fatiga crónica, que puede considerarse un estado patológico y que produce alteraciones de tipo nervioso (dolor de cabeza, irritabilidad, depresión, temblor de manos, etc.), enfermedades digestivas (náuseas, falta de apetito, gastritis, etc.) y del aparato circulatorio.

### Alteraciones de la vida social

Las actividades de la vida cotidiana están organizadas pensando en las personas que trabajan en horarios habituales: puesto que el ser humano es diurno, la sociedad es una cultura diurna, cuyas actividades cotidianas siguen una programación social por bloques temporales; por ejemplo, entre medianoche y la seis de la madrugada la mayoría de las personas duermen (inclusive tres de cada cuatro trabajadores que trabajan de noche); las tardes, las noches o los fines de semana se emplean para la interacción familiar y social.

Ciertos momentos tienen más valor que otros, ya sea porque se dedican a actividades consideradas más importantes, ya sea porque pueden ser dedicados a numerosos tipos de actividad. En consecuencia, trabajar no significa sólo renunciar a una cantidad de tiempo, expresada en número de horas trabajadas/número de horas libres. El tiempo libre se valora también en función de su situación a lo largo del día o de la semana. El tiempo libre se valora en cuanto que permite realizar una serie de actividades de orden personal y doméstico, desarrollar intereses y talentos personales y facilitar la relación con los demás. El trabajo a turnos, especialmente el turno de noche y el de tarde, dificulta estas actividades e incluso la relación diaria debido a la falta de coincidencia con los demás. Las dificultades se dan en el ámbito familiar, ya que se limita la vida de pareja, el papel de «padre» o «madre»; aparecen

problemas de coordinación y de organización (horarios de comida, silencio durante el día, etc.); y existe menor oportunidad de vida social al disminuir la posibilidad de participar en actividades sociales o de coincidir con amigos o familiares. El tiempo de ocio se dedica a actividades individuales.

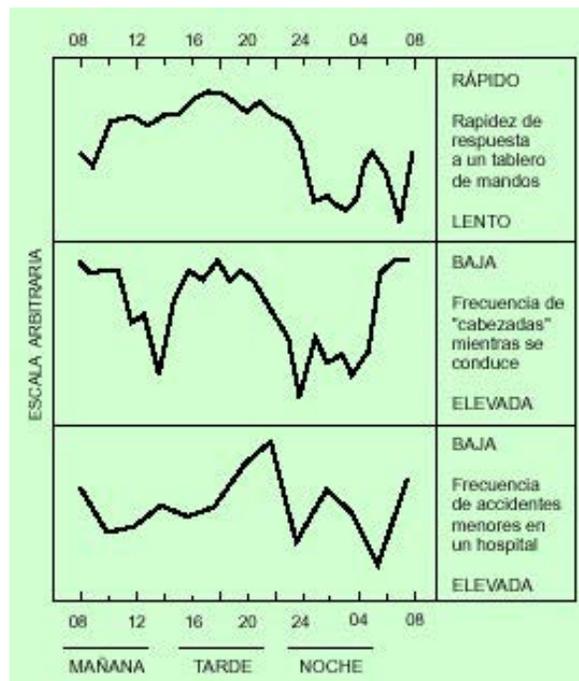
Por ello, algunos autores califican el trabajo a turnos de atípico, ya que las personas se encuentran desfasadas en relación con el resto de la sociedad, lo que hace que pueda aparecer una sensación de vivir aislado y de que no se es necesario para los demás, creando un sentimiento de inferioridad o culpabilidad que dificulta la aceptación del horario nocturno.

### Incidencia en la actividad profesional

La baja actividad del organismo durante la noche y la posibilidad de que los trabajadores nocturnos acumulen fatiga por un sueño deficiente hacen que se den una serie de repercusiones negativas sobre la realización del trabajo: acumulación de errores, dificultad de mantener la atención, de percibir correctamente la información o de actuar con rapidez.

Generalmente en el turno de noche se obtiene un menor rendimiento y una menor calidad del trabajo realizado, especialmente entre las 3 y las 6 de la madrugada, ya que en estas horas la capacidad de atención y toma de decisiones, así como la rapidez y precisión de los movimientos es más reducida. (figura 8)

Figura 8. Variaciones de la capacidad de respuesta en función de la hora del día.



Fuente: Folkard y Monk. Applied Ergonomics 1996

Puede ocurrir también que, en el cambio de turno, las consignas no se transmitan de forma suficientemente precisa o que, por la prisa de marcharse, no se comuniquen al turno que entra las posibles incidencias u otras posibles informaciones necesarias para el desempeño del trabajo. Esta falta de comunicación puede dar origen a errores o incidentes.

Algunos estudios han demostrado que las personas que trabajan en turnos rotativos perciben su trabajo como más estresante que las del turno de día, y con mayor frecuencia piensan que su trabajo es fatigante tanto física como mentalmente.

Un estudio crítico de los efectos del trabajo por turnos sobre la salud, publicado en 1978, llegó a la conclusión de que, aunque había pruebas de que el trabajo por turnos, y particularmente el trabajo nocturno, altera los ritmos circadianos y el sueño, los signos de repercusiones importantes sobre la salud eran exiguos.

Algunos datos sugerían que las afecciones gastrointestinales eran más frecuentes en los trabajadores por turnos, y que las personas que habían realizado anteriormente esta forma de trabajo tenían peor salud que sus compañeros que trabajaban por turnos. De todos modos, según el autor, los datos analizados provenían de estudios mal realizados, basados en gran número de quejas insuficientemente fundamentadas.

Otro estudio, basado en investigaciones realizadas en varios hospitales de la República Federal de Alemania y publicado en 1980, concluía que el trabajo nocturno y por turnos afectaba considerablemente a la salud de los trabajadores sanitarios. En él se citaban los siguientes trastornos: cefalalgias, dorsalgias, dolencias gástricas (hasta la úlcera), náuseas, dolores en las piernas, pérdida del apetito, insomnio y sueño agitado, astenia y fatiga general. Se consideraban particularmente graves los problemas de insomnio vinculados al paso del turno de día al turno de noche y viceversa. Según el estudio, estos trastornos también repercutían negativamente en la capacidad de trabajo del personal de sanidad y en la coordinación de las diversas operaciones profesionales.

Más recientemente se han publicado algunos estudios sobre el trabajo por turnos de los profesionales de la sanidad. *La mayoría de ellos se refieren al personal de enfermería.* Los enfermeros que trabajaban a tiempo completo mostraban una mejor adaptación de los ritmos circadianos que los que trabajaban a tiempo parcial, pero los que mejor se adaptaban eran los enfermeros que trabajaban permanentemente el turno de noche. Uno de tales estudios contenía un interesante suplemento indicando accidentes de poca importancia de que habían sido víctima los enfermos. La frecuencia de estos accidentes disminuía en los turnos de mañana y de tarde y aumentaba en los de noche. No puede decirse si ello se debía a perturbaciones del ritmo circadiano de los enfermos o de los enfermeros, pero, puesto que los enfermos permanecen relativamente inactivos de noche, incumbe a los enfermeros redoblar la vigilancia durante esas horas.

Es obvio que precisan más estudios de alta calidad científica para sostener la afirmación de que determinados trastornos importantes puedan deberse al trabajo por turnos. No obstante, es indudable que puede entrañar una notable perturbación de la vida social, como lo mencionaron algunos gobiernos (Suecia y Finlandia) y sindicatos en sus respuestas o comentarios al cuestionario de la OIT.

## **6. CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO (3,36)**

El estudio de los determinantes de la calidad de vida en diferentes poblaciones es un tema que ha suscitado un creciente interés entre los estudiosos sociales, en la búsqueda por encontrar un modelo teórico integrador y por optimizar y orientar las intervenciones dirigidas a dichas poblaciones. El caso de la calidad de vida relacionada al trabajo no escapa de tal inquietud, ya que el área laboral o el trabajo productivo para las necesidades básicas específicamente, es un aspecto esencial para el ser humano, independientemente del modo de producción a que nos estemos refiriendo.

Con el fenómeno mundial de la globalización y la alta tecnificación se recrudecen más marcadamente las desigualdades sociales, aumenta el desempleo y la marginación, W.S y Cip (Citado por H. Peters, 1998) menciona que en el siglo recién iniciado, sólo el 20% de la población económicamente activa bastará para mantener en marcha la economía mundial. Por lo que sólo ese 20% participará de manera más activa en el movimiento económico y de consumo para mejorar su calidad de vida.

El estante 80% de la población mundial, enfrentará grandes problemas económicos, desempleo y una lucha difícil por la sobrevivencia y por lo tanto una “pobre” calidad de vida.

En el caso de México, las fluctuaciones de la economía generan una constante inseguridad y poca permanencia laboral, cada día aumentan las filas de desempleados y subempleados, lo que genera inestabilidad no sólo a nivel económico sino también en el plano social y personal, donde el espejismo de la creación de empleos no es más que la opción de empleos de poca duración, por lo general de mano de obra barata, con pocas expectativas a futuro, mal pagados y con exigencias de preparación técnica.

En este tenor, aparece el concepto de “calidad de vida” dentro del rubro laboral, como una necesidad por valorar no sólo los aspectos relacionados con las necesidades económicas y materiales sino aunado a ellas, las necesidades personales subjetivas de sensación de bienestar.

Hasta hace muy poco tiempo el concepto de calidad de vida mantenía poca relación con el trabajo y el consumo de bienes y servicios, era más un concepto de tal abstracción que resultaba difícil su operacionalización, su instrumentación y por ende su acceso para ser estudiado de manera científica.

Actualmente se empieza a transformar su definición de simple juicio subjetivo de satisfacción y de sentimiento de bienestar personal, a un concepto más sólido relacionado con indicadores más objetivos como pueden ser los relacionados con factores biológicos como salud física y funcionalidad, contemplando aspectos laborales, psicosociales y ay no como un simple sentimiento de “felicidad” como lo definía Dalkey y Rourke (1973).

#### Antecedentes del término Calidad de vida y trabajo.

Como ya se mencionó, Kalkey y Rurke, ofrecieron una definición del término más relacionada con la satisfacción personal y el sentido de felicidad. Ya para 1976 Andrew y Withney., citado por Bobes J., intentan definir a la calidad de vida, con otros componentes más cognitivos, sin dejar de lado lo afectivo, describiéndola como una interpretación y evaluación que hace el sujeto a las condiciones laborales físicas, interpersonales y sociales.

En 1978, Shin y Jonson señalan que la calidad de vida depende de los recursos con que se cuenta para satisfacer las necesidades y deseos. Para Bestuzhev-Lada (1980), citado por Bobes J. (1993) tiene un significado evaluativo de la gratificación que la gente deriva del grado en que sus necesidades materiales y mentales se encuentran satisfechas.

Por su parte Spitzar (1987) defina a la calidad de vida como la valoración que hace la propia persona de una serie de atributos tanto físicos como sociales y psicológicos. Algunos autores como Walker y Roser (1987) establecen un espectro más amplio del término sustentándolo en aquellos aspectos que están vinculados con las necesidades vitales como pueden ser desde el alimento y el cobijo hasta las asociadas con desarrollar un sentido de plenitud y felicidad.

Cuervo-Arango (1990) considera la satisfacción con la vida como un indicador subjetivo de calidad de vida y que al final se convierte en la búsqueda interminable por la felicidad en el transcurso de la vida. Tal vez en términos más “psicologizados”, no suene descabellado en este sentido mencionar la teoría de Maslow de las necesidades y la búsqueda de la autorrealización como una forma de acceder al estudio de la calidad de vida ya que habla de la satisfacción desde las necesidades más básicas para la sobrevivencia, hasta el sentido de satisfacción personal con el sí mismo, como una expresión del propio potencial de llegar a ser lo que uno es capaz de ser.

Existe también el abordaje de las condiciones laborales y su relación con la subjetividad del trabajador, cuando se aborda desde el Clima Laboral por Coyle et al., 1995, definiéndolo como una percepción subjetiva de la organización, sus miembros, sus estructuras y sus procesos, que presenta aspectos comunes, a pesar de las diferencias individuales, basados en indicios o elementos objetivos del ambiente, y, que, además, actúan como antecedente de la conducta de los sujetos, cualidad que le confiere su verdadera importancia.

## Factores involucrados en el concepto de Calidad de Vida

En términos generales y de acuerdo a las definiciones anteriores, podemos definir a la calidad de vida como un nivel de bienestar subjetivo por un lado y por otro en términos de presencia o ausencia de indicadores estándar más o menos objetivos, de lo que en consenso general las personas consideran que determina una buena vida, de lo cual se pueden desprender dos aspectos, uno que alude a la “felicidad” y el otro que contempla el “estado de bienestar” material.

Conjuntar ambos factores implica entonces no sólo establecer y constatar socialmente la presencia de indicadores “objetivos” de bienestar, generalmente relacionados con ingreso económico, vivienda, educación y condiciones laborales entre otros, además de indicadores “subjetivos” como el sentimiento de satisfacción y el estado de ánimo positivo determinado por otros elementos psicológicos como son cogniciones y conductas.

De tal forma, los indicadores objetivos están referidos a realidades presentes en el hábitat social físico de las personas y pueden centrarse en capital económico, material y social, es decir, recursos para la satisfacción de necesidades materiales para la subsistencia, en gran parte estos elementos centrados en el poder adquisitivo, el estatus laboral y el control sobre los bienes materiales que generan comodidades y bienestar. En este sentido el empleo representa un indicador objetivo, tanto por el tipo de empleo como por el desgaste físico, cognitivo y afectivo que genera y por la gratificación material y subjetiva obtenida de él.

## El trabajo y el bienestar subjetivo como un indicador de Calidad de Vida.

Se ha visto que en personas desempleadas el bienestar subjetivo es muy pobre en comparación de personas que tiene un empleo fijo, lo que sugiere que el no tener un empleo tiene un impacto devastador sobre el bienestar subjetivo, en una sociedad donde se valora a quien más produce económicamente y que van más allá de las dificultades económicas que conlleva el desempleo.

En diversos estudios se ha observado una relación positiva entre el nivel de ingresos y el bienestar subjetivo, aunque el nivel de correlación no sea muy alto, ya que pueden intervenir otras variables que tienen que ver con expectativas personales y con ambiente laboral, entre otras. Aunque sería prudente hacer una diferencia entre los grupos de personas que viven en extrema pobreza y que por lo tanto no tienen acceso a cubrir sus necesidades básicas de manera satisfactoria, donde no hay pertinencia para el cuestionamiento de bienestar subjetivo.

En los grupos que escapan a esta desesperada realidad de marginación y pobreza extrema, las necesidades de estatus social y poder económico pueden ser las responsables del bienestar subjetivo por el acceso a un estilo de vida “exitoso” basado en gran medida en el consumo de bienes y servicios materiales establecidos socialmente por un poderoso mecanismo publicitario.

Algunas hipótesis para esta relación entre los ingresos y el bienestar subjetivo apuntan a que este efecto se da más en los grupos más pobres, ya que una vez cubiertas las necesidades básicas, los ingresos dejan de tener una influencia demasiado importante, surgiendo otro tipo de necesidades, por otro lado también las necesidades de estatus y de poder se pueden verse influenciadas por el ingreso económico, afectando el bienestar subjetivo.

Autores como W. Dressler (1997), afirman que la escolaridad tiene mucha relación con el bienestar subjetivo. Este autor sostiene que la congruencia cultural conlleva a bajos niveles de estrés y por lo tanto a un bienestar del sujeto y que esto está el sujeto tiene acceso y que es consensado socialmente, es decir, si el sujeto percibe como necesarios la adquisición de bienes y servicios para considerarse con un estilo de vida “exitoso” como pueden ser el tener un auto, un celular, televisión, etc., y tiene por medio de su poder adquisitivo acceso a ellos, tendrá un menor grado de estrés y un mayor sentido de autoeficacia, por lo tanto una mejor salud física y mental; sin embargo aquí existe una variable interviniente que como ya mencionamos tiene que ver con la escolaridad; es decir, a una mayor escolaridad se espera un mejor empleo, con mayores ingresos que los de quienes no tienen estudios académicos, sin embargo, con el proceso de producción donde lo que se pretende es más tecnificación, los profesionistas pueden o bien no tener empleo, o tener un empleo que no coincida con sus expectativas de vida, lo que genera en ellos insatisfacción, frustración y estrés y con ello bajo sentido de bienestar subjetivo.

Por otra parte también se han estudiado los efectos negativos del trabajo sobre la salud física y mental de las personas, con lo que se ve la otra cara de la moneda, en el sentido de que el trabajo no sólo trae consigo satisfacción material y subjetiva, sino que también genera desgaste y enfermedades.

### El trabajo y la creación de indicadores positivos de salud mental.

Volviendo al trabajo como un medio de obtener satisfactores materiales y no materiales para mejorar la calidad de vida, podemos mencionar a la creación de interacciones sociales producto de la convivencia laboral, las que pueden o no coadyuvar a la creación de redes sociales de apoyo o lo que para algunos autores podría definirse como “capital social” y que puede ir desde la formación de una relación afectiva de intimidad que derive en matrimonio, hasta la pertenencia a un grupo social determinado, con lo que se puede también satisfacer unas de las necesidades humanas: Aceptación y Pertenencia. En ambos casos el grado de aceptación y pertenencia estaría dado en diversos grados, dependiendo del tipo de relación que podría ir desde el pertenecer afectivamente a otro como es el caso del matrimonio hasta el compadrazgo, amiguismo y cuatismo, como lo define Lomnitz, y que en muchas ocasiones proporcionan la ayuda a sus miembros para la sobrevivencia, sobre todo en los casos en que dicha ayuda no se puede “comprar”.

Di Nicola (1994) entiende la densidad de la red en el sentido del grado de confianza que se tiene en la relación de apoyo, redes de alta densidad conllevan sobre todo afecto, seguridad, bienes no instrumentales o bien, servicios cuyo disfrute requiere de cierto nivel de “confidencia” y confianza mutua; redes de baja densidad conllevan sobre todo bienes instrumentales, informaciones y nuevos contactos. En este sentido el sentimiento de pertenencia y grupalidad proporcionan también bienestar subjetivo y en condiciones óptimas pueden ayudar para la creación y mantenimiento de otros indicadores positivos de salud mental además de la grupalidad.

### La salud como un indicador “mixto” de calidad de vida.

La salud integral en su sentido más amplio puede ser considerada como un indicador “mixto” de calidad de vida, ya que posee elementos tanto objetivos como subjetivos.

La salud está relacionada con el trabajo de manera directa e indirecta, ya que del tipo de trabajo y de sus productos se derivará el nivel de salud física, mental y social que el sujeto tenga.

Cabe aquí señalar la definición de salud de la OMS, que viene a representar una cita obligada si se quiere hablar de salud y que define al término como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Por supuesto que en esta definición caben los elementos físicos con que cuenta un sujeto para tener salud, como los que le generan bienestar subjetivo. Dentro de los instrumentos utilizados para estudiar el bienestar subjetivo se encuentran los autoinformes donde las personas mencionan a la salud física como indispensable para la “felicidad” valorándola como indicador “objetivo” o bien a la salud positiva como fuente de bienestar “subjetivo”; en otras palabras, la salud trae bienestar pero también el bienestar ayuda a la salud.

### Elementos a considerar para medir la calidad de vida.

En el aspecto específico de la salud mental, la calidad de vida sería el resultado de un contrato social, en el que de un lado se situarían las necesidades del sujeto y del otro las demandas que la sociedad impone a sus miembros, Bigelow, (1991). Este mismo autor propone para el estudio de la calidad de vida cuatro áreas concretas:

- a) Adaptación personal
- b) Adaptación interpersonal
- c) Adaptación a la productividad
- d) Adaptación Cívica

Lehman por su parte, propone que la entrevista de calidad de vida debe explorar las siguientes áreas:

- Relaciones familiares
- Relaciones sociales
- Ocio
- Trabajo
- Finanzas
- Seguridad
- Salud
- Religión

Campbell clasifica los métodos de medida de calidad de vida en tres grupos:

1. Bienestar psicológico como proceso cognitivo: Compara las aspiraciones del sujeto con la propia percepción de su situación actual.
2. Bienestar psicológico como proceso afectivo: Registra las respuestas afectivas frente a la experiencia diaria.
3. Bienestar psicológico como exclusión de distrés: Detecta signos de distrés psicológico general.

Existen diferentes escalas de calidad de vida que se aplican. Desde “The General Health Questionnaire” de Goldberg (1970), con diversas aplicaciones al español. Es cuestionario de Calidad de Vida, de Ruíz y Baca, (1991), el Inventario de Calidad de Vida por G., Riaño e Ibáñez (1992), El Quality of life in Depression Rating por Tuynnan, McKenna y cols, en 1992.

Sea cual fuere el método de estudio, la definición y la operacionalización que se haga del concepto Calidad de Vida, parece ser válida la necesidad de estudiar su relación con el trabajo en vías de ofrecer medidas de intervención en poblaciones específicas, lo que no sólo mejoraría la calidad de vida de los sujetos sino que ayudaría al desarrollo de poblaciones más saludables y productivas.

## **7. SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO EN LOS SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD.**

La ocupación de sanitario existe desde el principio de la historia escrita pero solamente en el último decenio ha empezado a demostrarse un interés activo por los riesgos de quienes trabajan en servicios médicos y de salud. De hecho, los posibles riesgos para la salud en ese sector son muchos y muy diversos, como se verá más adelante. En una conferencia reciente, celebrada en los Estados Unidos, se hizo observar que a los trabajadores de tales servicios generales se les considera más bien suministradores que trabajadores a pesar de que están expuestos a una considerable variedad de riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales.

Normalmente, los reglamentos de los hospitales tienen por objeto proteger a los enfermos y no a su personal. Aunque es justo mantener un sentido de proporción en estas cuestiones, ya que la función del personal médico y sanitario consiste en prestar cuidados médicos, resulta evidente que hasta la fecha se ha dedicado muy poca atención a su salud. Por otra parte, no puede asumirse sin más que quienes prestan asistencia sanitaria son necesariamente personas en buenas condiciones iniciales de salud.

Varios países han facilitado datos estadísticos sobre accidentes y enfermedades profesionales. En Austria se registraron, en 1982, 3 106 accidentes profesionales en los servicios de sanidad (esto es, el 2,8 por ciento del total) y 138 casos de enfermedades profesionales (un 13 por ciento del total de todos los sectores).

Las más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas (96 casos), seguidas de 35 casos de otras enfermedades. Bélgica informó de 361 casos de enfermedades profesionales en 1983, 284 de ellas infecciosas, 45 de la piel, 20 debidas a productos químicos y 12 a riesgos físicos. En Checoslovaquia, se consignaron 883 casos de enfermedades profesionales en 1983 (44 casos por cada 1 000 trabajadores); la hepatitis virosica afectó a 540. Finlandia informó que de 1978 a 1982 hubo 959 casos de enfermedades profesionales, es decir, aproximadamente un tercio de la frecuencia proporcional de tales enfermedades en la industria. El 47 por ciento eran enfermedades cutáneas y el 25 por ciento infecciosas, siendo la más corriente de ellas la tuberculosis. El riesgo de accidentes se consideraba relativamente pequeño, algo menos de la mitad de la frecuencia general de accidentes.

### Factores ergonómicos

Los problemas ergonómicos que se plantean al personal sanitario están vinculados al uso de instrumentos médicos y de dispositivos de control, al proyecto de las instalaciones sanitarias y a la manipulación manual. Por ejemplo, levantar a los pacientes constituye un importante problema para el personal de enfermería, así como trabajar prolongadamente de pie, encorvado o de rodillas, como lo requiere el trabajo del personal de sala de operaciones de cirugía dental o de limpieza, respectivamente.

Se han realizado algunos estudios epidemiológicos sobre las dorsalgias del personal de enfermería. En todos se ha llegado a la conclusión de que, en comparación con otros grupos de población dentro y fuera del sector sanitario, este personal padece una tasa relativamente elevada de dorsalgias, síntomas neurológicos y algias de esfuerzo, sí bien debe aclararse que no es fácil establecer grupos de población comparables al personal de enfermería.

## Riesgos Psicosociales

Mucho se ha hablado sobre el tema del stress. En términos estrictamente científicos, la búsqueda de índices fiables de stress que puedan servir de base a medidas eficaces para reducirlo no ha dado resultados. Además, muchos consideran que el abuso de medicamentos por parte del personal de sanidad constituye un síntoma de stress, y que el trabajo por turnos agrava los problemas psicosociales de los empleados de los servicios sanitarios.

La definición del stress contiene implícitamente la idea de una fuerza coercitiva que actúa sobre una persona, la cual queriendo contrarrestarla, se fatiga o agota. Estos factores de stress pueden provocar reacciones psicológicas y fisiológicas. Es evidente, no obstante, que a ciertas personas les encanta el stress; existe incluso un estado patológico bien establecido asociado a la insuficiencia de stress.

Sin embargo, lo que preocupa a la mayoría de la gente es el exceso de stress, el bienestar de los empleados cuyo tiempo, energías y aptitudes son excesivamente solicitados. Estas solicitaciones pueden producir efectos subjetivos como ansiedad, agresividad, apatía, aburrimiento, irritabilidad, o efectos sobre el comportamiento como propensión a accidentes, consumo de medicamentos, bulimia o agitación. Además, el individuo sometido a stress puede ser incapaz de adoptar decisiones correctas o resultar hipersensible a las críticas. Otras consecuencias: el ausentismo y afecciones tales como dolores de cabeza, erupciones cutáneas, dorsalgias o incluso coronaropatías. Ante tal variedad de síntomas y señales, es esencial que cada persona y cada asesor médico puedan establecer un diagnóstico precoz.

El reconocimiento del stress y la consiguiente relajación pueden contrarrestar sus efectos, pero no eliminan sus causas, que están relacionadas con el trabajo. En general la gente busca un trabajo en el que se le reconozca el esfuerzo realizado y que le brinde satisfacciones de amor propio y una remuneración razonable. Por tanto, para prevenir y tratar males relacionados con el stress lo primordial es la reorganización del puesto de trabajo, y no el traslado a otro.

En el sector sanitario se han consagrado pocos trabajos a esta cuestión. Sin embargo, la profesión de enfermero o médico, por ejemplo, puede crear muchas de las situaciones de stress a que antes se aludió brevemente. Su trabajo suele ser físicamente arduo, la duración del mismo excesiva, las responsabilidades grandes y los conflictos con su vida privada considerables. Además, el enfrentamiento cotidiano con la enfermedad y la muerte puede plantear verdaderos problemas al personal en prácticas, particularmente por lo menos según lo que se cuenta - en los servicios de pediatría y en las unidades de cuidados intensivos.

Muchos de estos aspectos del trabajo son inalterables. La propia índole de las funciones exige la sobrecogedora confrontación con la muerte y el sufrimiento sin dejar de confiar al propio tiempo en cierto éxito. Pero resulta difícil establecer criterios de comportamiento para el personal sanitario. La elevada frecuencia de suicidios entre dicho personal, el problema de la toxicomanía y, quizá también, las

tasas de accidentes, radican en la naturaleza misma de la profesión y en las características de las personas que han decidido trabajar en estas circunstancias.

Una mayor flexibilidad y preocupación por parte de las autoridades hospitalarias podría mejorar las cosas, pero el servicio de medicina del trabajo tiene también una importante función consultiva que desempeñar. Actualmente se está comenzando a estudiar seriamente el problema del stress en el sector de la sanidad; a pesar de ello, trabajar con enfermos seguirá siendo una labor física y psicológicamente ardua, por lo que quienes se consagran a esta tarea necesitan ayuda desde el principio.

### Trabajo solitario.

Otro tipo de trabajo característico de los servicios de sanidad y que entraña una serie de riesgos es el trabajo solitario. Sus principales modalidades son los cuidados a domicilio y las guardias nocturnas en hospitales. También ocurre en situaciones en que el empleado no se encuentra solo en el sentido físico del término, pero puede tener que acoger a enfermos difíciles en salas de urgencia. El trabajo solitario supone una tensión mental debida, por ejemplo, a la falta de contacto con los colegas y con frecuencia a la supervisión de tareas menores y a la necesidad imperiosa de tomar decisiones sin poder consultarlas. Agravan esta situación el mayor riesgo de lesiones por esfuerzo y de exposición a la violencia. Algunos gobiernos han adoptado medidas para reducir los riesgos que entraña el trabajo solitario, sea prohibiéndolo en la medida de lo posible, como en ciertas zonas de Suecia que dependen de consejos condales, sea mejorando las condiciones del servicio, como en Finlandia.

### Toxicomanía.

En el Reino Unido existen solamente tres causas importantes de defunción a las que los médicos están más expuestos que el resto de la población. El suicidio, la cirrosis y los accidentes. En lo que respecta a morbosidad, cada vez hay más pruebas de problemas de toxicomanía generalizada. En una sola serie estadística, el 51 por ciento de los médicos en tratamiento eran toxicómanos o alcohólicos, y la proporción<sup>2</sup> de médicos con trastornos afectivos oscilaba entre el 21 y el 40 por ciento. Incluso si se tiene en cuenta cierta distorsión debida a la manera informal como los médicos se hacen cuidar y a las afecciones para las cuales se automedican, las cifras siguen siendo inquietantes. Los doctores tratados por toxicomanía alegaban exceso de trabajo, fatiga y trastornos fisiológicos. No pudo probarse que la fácil disponibilidad de medicamentos o una predisposición cualquiera desempeñaran ningún papel en su problema.

Los médicos enfermos son difíciles de tratar, pues muchos intentan valerse de su estatuto especial para manipular a sus consejeros y para intentar manipular su tratamiento. No obstante, deberían ser tratados como cualquier otro enfermo inteligente, y el psiquiatra debería desconfiar de los artificios empleados por esta clase de pacientes. Con todo, el tratamiento es esencial no sólo para el médico

enfermo sino también para los enfermos que se hallan a la merced de estos médicos parcialmente incapacitados.

### Trabajo por turnos.

Cada vez se recurre más al trabajo por turnos en el sector terciario. En el sector de la sanidad, la mayor parte de los empleados (con la excepción de los administradores y del personal médico superior) realizan una forma u otra de trabajo por turnos, aunque en caso de médicos jóvenes este servicio consista más bien en una alternancia de días de trabajo y días libres que en una de horas de trabajo y horas libres.

Un estudio crítico de los efectos del trabajo por turnos sobre la salud, publicado en 1978, llegó a la conclusión de que, aunque había pruebas de que el trabajo por turnos, y particularmente el trabajo nocturno, altera los ritmos circadianos y el sueño, los signos de repercusiones importantes sobre la salud eran exiguos. Algunos datos sugerían que las afecciones gastrointestinales eran más frecuentes en los trabajadores por turnos, y que las personas que habían realizado anteriormente esta forma de trabajo tenían peor salud que sus compañeros que trabajaban por turnos. De todos modos, según el autor, los datos analizados provenían de estudios mal realizados, basados en gran número de quejas insuficientemente fundamentadas.

Otro estudio, basado en investigaciones realizadas en varios hospitales de la República Federal de Alemania y publicado en 1980, concluía que el trabajo nocturno y por turnos afectaba considerablemente a la salud de los trabajadores sanitarios. En él se citaban los siguientes trastornos: cefalalgias, dorsalgias, dolencias gástricas (hasta la úlcera), náuseas, dolores en las piernas, pérdida del apetito, insomnio y sueño agitado, astenia y fatiga general. Se consideraban particularmente graves los problemas de insomnio vinculados al paso del turno de día al turno de noche y viceversa. Según el estudio, estos trastornos también repercutían negativamente en la capacidad de trabajo del personal de sanidad y en la coordinación de las diversas operaciones profesionales.

Más recientemente se han publicado algunos estudios sobre el trabajo por turnos de los profesionales de la sanidad. La mayoría de ellos se refieren al personal de enfermería. Los enfermeros que trabajaban a tiempo completo mostraban una mejor adaptación de los ritmos circadianos que los que trabajaban a tiempo parcial, pero los que mejor se adaptaban eran los enfermeros que trabajaban permanentemente el turno de noche. Uno de tales estudios contenía un interesante suplemento indicando accidentes de poca importancia de que habían sido víctima los enfermos. La frecuencia de estos accidentes disminuía en los turnos de mañana y de tarde y aumentaba en los de noche. No puede decirse si ello se debía a perturbaciones del ritmo circadiano de los enfermos o de los enfermeros, pero, puesto que los enfermos permanecen relativamente inactivos de noche, incumbe a los enfermeros redoblar la vigilancia durante esas horas.

Es obvio que precisan más estudios de alta calidad científica para sostener la afirmación de que determinados trastornos importantes puedan deberse al trabajo por turnos. No obstante, es indudable que puede entrañar una notable perturbación de la vida social, como lo mencionaron algunos gobiernos (Suecia y Finlandia) y sindicatos en sus respuestas o comentarios al cuestionario de la OIT.

Es relevante en el caso del presente estudio realizado el factor psicosocial como riesgo profesional para el desarrollo del síndrome de Burnout, sin descartar algunos otros componentes ya descritos y conocidos en la génesis de dicha entidad.

## **8. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA (27,37)**

Actualmente, pocos cuestionan que el estrés derivado de la realización del trabajo es una de las principales causas de enfermedad laboral y de absentismo, y que da origen a multitud de accidentes. La prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, susceptibles de generar estrés, y de los accidentes laborales, ha cobrado un gran protagonismo social. La aprobación de leyes de prevención de riesgos laborales reconoce a la organización y ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, recogen el interés de académicos y profesionales por incorporar los riesgos de origen psicosocial entre las causas de accidentes y bajas laborales.

El síndrome de quemarse por el trabajo, entendido como una respuesta al estrés laboral crónico, ha cobrado protagonismo en este contexto. Los cambios ocurridos en el entorno socioeconómico y en el mercado laboral han contribuido significativamente al desarrollo y a la extensión del síndrome de quemarse por el trabajo en la actualidad.

Entre estas transformaciones se encuentran los cambios en la estructura de los sectores económicos, que han originado un fuerte crecimiento del sector servicios, y la aparición de nuevas formas de trabajo caracterizadas por la necesidad de trabajar más tiempo en contacto con las personas hacia las que se dirige el trabajo (p.ej., clientes y usuarios de la organización). Asimismo, el auge de las organizaciones y actividades de voluntariado, en las que está implicada gran parte de la población, ha hecho que el fenómeno se difunda.

El síndrome de quemarse por el trabajo se ha conceptualizado como un proceso que ocurre entre los profesionales que trabajan hacia personas, o cuyo objeto de trabajo son personas (p.ej., trabajadores pertenecientes a los sectores de la sanidad, educación, hostelería, justicia, seguridad, servicios sociales, etcétera).

A raíz de los trabajos de C. Maslach y S. Jackson, el fruto fue el Maslach Burnout Inventory en su versión para los profesionales de “servicios humanos” (MB1-HSS); el fenómeno fue entonces definido como un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para

relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende), alto agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo).

No obstante, el síndrome de quemarse por el trabajo no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos. Maslach y Schaufeli señalan que aunque este síndrome aparece como un proceso específico de estos ámbitos profesionales, el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales, como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organización, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (p.ej., en amas de casa). Sin embargo, evaluar el síndrome de quemarse por el trabajo en estos trabajadores mediante el MBI-HSS supone un gran problema. Su evaluación, según el MBI, fue concebida para evaluar únicamente a profesionales de servicios y sus ítems hacen alusión a las personas destinatarias del trabajo (p.ej., pacientes o alumnos), por ello es prácticamente imposible de aplicar en las actividades en las que el trabajador no tiene un contacto directo con el cliente o usuario de la organización.

A continuación se recogen algunos de los instrumentos más utilizados para la medición del Síndrome de Burnout.

<b>Instrumento de medida</b>	<b>Autores</b>
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Rome Burnout Inventory Venturi	Dell'Erba y Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

## a) BURNOUT MEASURE

El Burnout Measure (BM) de Pines, Aronson y Kafry (1981) se creó originalmente como instrumento de medida del tedio (Tedium Measure), con lo que la escala sirve, sin distinción, para evaluar tanto a profesionales del campo de la ayuda y servicios a los demás como a otros.

El BM es una escala también tipo Likert de 21 ítems con siete opciones de respuesta

[desde nunca (1) a siempre (7)] que mide las tres dimensiones del burnout que los autores conceptualizaron:

— Agotamiento físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento (7 ítems).

— Agotamiento emocional, compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y burnout (7 ítems).

— Agotamiento mental, formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas (7 ítems).

La puntuación en estas tres dimensiones se combina en una puntuación única que es la suma de los 21 ítems, de tal forma que se pueden alcanzar puntuaciones entre 21 y 147.

<b>Agotamiento físico</b>	<b>Agotamiento emocional</b>	<b>Agotamiento mental</b>
1. Me encuentro cansado.	1. Me siento deprimido.	1. Soy feliz.
2. Estoy agotado físicamente.	2. Estoy emocionalmente agotado.	2. Soy infeliz.
3. Me encuentro destrozado.	3. Me siento quemado.	3. Tengo un buen día.
4. Me siento sin fuerzas.	4. Me siento atrapado.	4. Me siento inútil.
5. Me encuentro desgastado.	5. Estoy preocupado.	5. Me encuentro optimista.
6. Me siento débil.	6. Me siento desesperado.	6. Me siento desilusionado.
7. Me siento enérgico.	7. Me siento ansioso.	7. Me siento rechazado.

Críticas a este método: Aunque puede considerarse que los niveles de agotamiento emocional son la variable principal del síndrome no es suficiente por no correlacionarlo con las otras dos variables actitudinales (despersonalización y baja realización personal).

## b) STAFF BURNOUT SCALE

El Staff Burnout Scale (SBS) de Jones (1980) es una escala preparada para medir burnout sólo en profesiones relacionadas con la salud, y está compuesta por 30 ítems. La escala ofrece una puntuación general de burnout que permite una graduación según la frecuencia que el sujeto indica en sus respuestas a los ítems. Presenta una estructura factorial de cuatro componentes: Insatisfacción con el Trabajo (ítems 13, 17, 22, 25, 26, 27 y 29);

— Tensión psicológica e interpersonal (ítems 6, 8, 10, 18, 21 y 28);

— Enfermedad y tensión (ítems 1, 2 y 5);

— Nulas relaciones profesionales con los Pacientes (ítems 11, 14 y 30).

Además presenta unas preguntas de valoración de sinceridad en las respuestas (ítems 3, 4, 7, 9, 12, 15, 19, 20, 23 y 24).

Las puntuaciones de la escala son:

— Totalmente de acuerdo (7).

— Bastante de acuerdo (6).

— Algo de acuerdo (5).

— Algo en desacuerdo (3).

— Bastante en desacuerdo (2).

— Totalmente en desacuerdo (1).

ÍTEMES DEL CUESTIONARIO STAFF BURNOUT SCALE (SBS) DE JONES (1980):

1) Durante mi trabajo me encuentro fatigado.

2) Últimamente he faltado al trabajo por tener un constipado, gripe, fiebre u otros problemas de salud.

3) En alguna ocasión he perdido la calma y me he puesto furioso en el trabajo.

4) Todos mis hábitos laborales son buenos y deseables.

5) En ocasiones tengo dolores de cabeza durante mi trabajo.

- 6) Con frecuencia me encuentro a gusto relajándome con una copa de más después del trabajo.
- 7) Nunca murmuro sobre otros en el trabajo.
- 8) Creo que las dificultades de mi trabajo han influido en mis problemas familiares.
- 9) Nunca llego tarde a una cita.
- 10) Con frecuencia tengo el deseo de tomar algún medicamento para tranquilizarme mientras trabajo.
- 11) He perdido el interés por mis pacientes y tengo tendencia a tratarlos con indiferencia, de forma mecánica.
- 12) En ocasiones en el trabajo pienso cosas que no me gustaría que supieran otras personas.
- 13) Con frecuencia me encuentro desanimado y pienso en dejar mi trabajo.
- 14) Me pongo furioso e irritado con frecuencia con mis pacientes.
- 15) Algunas veces me enfado en el trabajo.
- 16) Tengo problemas para enfrentarme a mis compañeros.
- 17) Estoy muy interesado por mi confort y bienestar laboral.
- 18) Intento evitar a mis supervisores.
- 19) Me encantan todos mis compañeros de trabajo.
- 20) Siempre hago lo que se espera de mí a pesar de los inconvenientes que pueda encontrar.
- 21) Últimamente estoy teniendo algunos problemas en mi desempeño laboral por falta de cooperación con los pacientes.

- 22) Todas las normas que existen en mi trabajo me impiden realizar óptimamente mis obligaciones laborales.
- 23) En ocasiones dejo para mañana lo que puedo hacer hoy.
- 24) No siempre le digo la verdad a mis supervisores y/o compañeros.
- 25) Encuentro mi ambiente de trabajo deprimente.
- 26) Creo que mi trabajo es poco estimulante y ofrece pocas oportunidades de ser creativo.
- 27) Con frecuencia pienso en buscar un nuevo trabajo.
- 28) Las preocupaciones derivadas de mi trabajo me han quitado el sueño.
- 29) Creo que existen pocas oportunidades de progresar en mi trabajo.
- 30) En el trabajo evito el trato con los pacientes.

### **c) MASLACH BURNOUT INVENTORY**

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. En la versión inicial la escala para valorar los ítems presentaba 2 formas: una de frecuencia y otra de intensidad.

En la forma de frecuencia el sujeto valora, mediante un rango de 7 adjetivos que van de “nunca” a “todos los días”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. En la forma de intensidad, la escala de evaluación de los ítems tenía 8 grados, y el sujeto valoraba la intensidad con la que siente esas mismas situaciones.

Maslach y Jackson consideraron que las correlaciones entre ambas formas se solapaban, por lo que recomendaron retener la forma de frecuencia y eliminar la de intensidad.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores, que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales.

Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI:

— La subescala de agotamiento emocional (emotional exhaustion) (AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo;

— La subescala de despersonalización (despersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención;

— La subescala de realización personal en el trabajo (personal accomplishment) (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

Valores para las tres subescalas del Maslach Burnout Inventory:

	BAJO	MODERADO	ALTO
<i>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</i> (9 ítems)	< 18	19-26	>27
<i>DESPERSONALIZACIÓN</i> (5 ítems)	< 5	6-9	>10
<i>REALIZACIÓN PERSONAL</i> (8 ítems)	< 33	34-39	>40

Aunque el MBI fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud, posteriormente se han realizado adaptaciones para todo tipo de profesionales (sustituyendo la palabra paciente por alumno en el caso de profesores, o por la de compañero, en el caso de directivos u otros).

La relación entre puntuación y grado de Burnout es dimensional. Es decir, no existe un punto de corte para decir si existe o no el padecimiento. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en 3 tramos que definen un nivel de Burnout experimentado como BAJO (Agotamiento emocional 0 a 18, despersonalización 0 a 5 y realización personal 0-40), MEDIO (Agotamiento emocional 19-26, despersonalización 6-9 y realización personal 34-39) y ALTO (Agotamiento emocional mayor a 27, despersonalización mayor a 10 y realización personal menor a 33). Estos tramos se han elaborado mediante una distribución normativa de las puntuaciones obtenidas en grupos de individuos pertenecientes a diversas profesiones como educadores, trabajadores de servicios sociales, trabajadores sanitarios, personal de salud mental y otros.

Hay que señalar además que las puntuaciones de cada una de las subescalas se computan por separado, no se combinan ni se obtiene una puntuación total de la escala.

*Esta escala fue la utilizada en la realización del presente trabajo. Se incluye el formato aplicado en los anexos (anexo 1).*

Algunas investigaciones con el MASLACH BURNOUT INVENTORY:

- Trabajadores sociales.
- Profesores.
- Secretarias.
- Enfermeras*.
- Médicos.
- Estudiantes.
- Bibliotecarios.
- Policías.
- Trabajadores de salud mental.
- Trabajadores de las fuerzas armadas.
- Supervisores y directores.
- Terapeutas ocupacionales.
- Psicólogos.
- Personal de educación.
- Militares.
- Vigilantes penitenciarios.
- Trabajadores de centros ocupacionales.

### CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del mismo tratamiento.

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud.

Existen múltiples instrumentos que se han diseñado para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida. Se deben considerar algunos conceptos básicos al evaluar calidad de vida ya que, siendo un concepto multidimensional, es difícil decidir qué variables deben incluirse y ello depende de la finalidad del estudio. Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos.

Para conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones (aspecto fundamental para estrategias y programas en políticas de salud), y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas para modificar los síntomas y función física a través del tiempo. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento (por sus efectos adversos). Los instrumentos

para medir calidad de vida deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente y en la conducción de ensayos clínicos.

### Instrumentos disponibles para medir calidad de vida

La medición de la calidad de vida presenta retos metodológicos que se han venido resolviendo, y que han permitido desarrollar instrumentos aplicables a diversas enfermedades y poblaciones. Los problemas metodológicos que enfrenta la medición de calidad de vida son dos; primero, que se trata de medidas consideradas “blandas”, y segundo, que no hay un valor de referencia estándar de oro contra el cual se pueda comparar.

Las dos pruebas más importantes a las cuales deben someterse estas mediciones son las de validez y consistencia; una vez que cumplan estos atributos podrá aceptarse que las mediciones tengan calidad científica.

Es decir, si los instrumentos miden realmente lo que se quiere medir y si esta medición es consistentemente reproducible por el mismo observador o por otros.

Actualmente se cuenta con dos tipos de instrumentos: los genéricos, que permiten evaluar grupos y poblaciones con diversos diagnósticos, y los específicos, que son de mayor utilidad para medir el impacto de una enfermedad específica. Los instrumentos para medir la calidad de vida disponibles actualmente son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento.

Estos instrumentos también han sido evaluados en función de su capacidad de discriminación, descripción y predicción de la calidad de vida. Finalmente, hay que reconocer que la mayoría de los instrumentos disponibles han sido desarrollados en el idioma inglés, por lo que su aplicación en países de habla hispana requiere no sólo de métodos de traducción válidos, sino reconocer que son específicos al contexto social, por lo que se debe asegurar que los dominios explorados sean apropiados para la población donde se van a implantar.

En 1991, en un tercer nivel de atención, con el fin de investigar el apego al tratamiento en pacientes con padecimientos crónicos de pronóstico fatal, se diseñó un cuestionario, útil y de fácil aplicación, para evaluar las tensiones y molestias que origina su enfermedad en su entorno familiar, escolar y social.

En 1993, Cardiel y colaboradores validaron la versión en español del cuestionario:

The health assessment questionnaire disability index (Spanish HAQ-DI). Se aplicó a 97 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, residentes en la Ciudad de México y su área metropolitana; el instrumento demostró ser sensible para detectar cambios así como su utilidad en poblaciones hispanohablantes; la validación y traducción es comparable con la versión original del HAQ-DI.

La evaluación del impacto de la enfermedad y del tratamiento en la calidad de vida de los pacientes es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente.

En 1993, en un hospital de tercer nivel de atención se compararon dos índices clínicos de cambio en calidad de vida: el índice de cambio en función máxima de MacKenzie (ICFM) y de cambio de calidad de vida (ICCV) diseñados por el grupo que realizó el estudio; ambos índices se aplicaron a 23 pacientes con diagnósticos de enfermedad crónica, aguda y subaguda, al inicio y al final de la hospitalización. La reproducibilidad interobservador del ICCV fue mayor que la del ICFM. Ambos índices mostraron aceptable sensibilidad al cambio, así como correlación con la opinión del paciente, sus familiares y del médico tratante.

Este estudio demostró que es factible obtener mediciones confiables de los cambios de calidad de vida y que ambos índices podrían usarse en ensayos clínicos.

En 1994, Abello-Banfi y colaboradores validaron la versión en español del cuestionario: The arthritis impact measurement scales (Spanish-AIMS), se administró a 97 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide con residencia en la Ciudad de México y área metropolitana; los resultados fueron positivos y sólo queda fomentar su difusión y aplicación.

En 1994 se compararon las condiciones clínicas y la calidad de vida en 25 pacientes diabéticos, con insuficiencia renal terminal, y en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y diálisis peritoneal continua en hospitalización (DPI); el estudio mostró que la calidad de vida del paciente transferido a DPCA mejoró 52% respecto a sus condiciones previas en DPI.

En 1995, en un estudio de 100 pacientes con diabetes tipo II no insulino dependientes, se determinó la relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad, descontrol metabólico, enfermedades asociadas, complicaciones tardías y la calidad de vida en un primer nivel de atención. El impacto de las complicaciones es enorme; los pacientes presentaron moderada afección en su calidad de vida por la presencia de las complicaciones tardías, seguidas del descontrol metabólico, el tiempo de evolución y las enfermedades asociadas.

En 1996 se validó el cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar el estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad.

En 1998, se evaluó el efecto de una intervención educativa sobre la calidad de vida en el paciente hipertenso; se evaluaron la intervención educativa y la repercusión del estilo de vida en el control de la enfermedad; el estudio mostró que la intervención educativa es efectiva para modificar la calidad de vida del paciente hipertenso.

En 1999, se realizó otro estudio para evaluar la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas (asma, diabetes mellitus tipo I, leucemia y VIH/ SIDA), mediante la aplicación de instrumentos genéricos y específicos. La encuesta específica mostró puntuación correspondiente a una buena calidad de vida en

pacientes asmáticos y diabéticos; sin embargo, en las encuestas genéricas los pacientes con diabetes controlada obtuvieron mejor puntuación que los pacientes con diabetes mellitus tipo I descontrolada. Los pacientes con leucemia mostraron diferencias según la etapa de tratamiento, presentando una menor puntuación aquellos con inducción a la remisión que los que se encontraban en mantenimiento. Los niños con infección por VIH presentaron diferencias en la encuesta de salud general; aquellos con estadio clínico B obtuvieron una mejor puntuación de calidad de vida, que los pacientes con estadio clínico C. Finalmente, la comparación entre los cuatro grupos de pacientes sugiere que calidad de vida está relacionada con el control del padecimiento de base.

*En otro estudio se aplicó la Encuesta SF-36 en una población en el sureste de México. La encuesta incluye ocho escalas relacionadas con función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Los resultados obtenidos mostraron que en la población enferma la escala con más bajo promedio fue la de salud general, y la más alta la del rol físico. En la población sana la escala con más alto promedio fue función física y la más baja salud general. La comparación de promedios de escalas en ambos grupos mostró diferencias significativas en función física, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad. Los autores concluyen que la encuesta SF-36 cumple en forma satisfactoria con todos los supuestos de validez y confiabilidad.*

*El cuestionario SF-36 fue uno de los instrumentos base para la realización de la presente investigación. Se incluye en los anexos el formato de la misma para su consulta (anexo 2). A continuación la descripción de los valores normativos de la misma.*

El SF-36 es un instrumento para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental.

Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 subescalas:

1. Funcionamiento físico (FF): 10 ítems (3<sup>a</sup>-3j) que evalúan el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas, tales como ejercicios intensos, caminar, etc.
2. Rol físico (RF): 4 ítems (4<sup>a</sup>-4d) que evalúan hasta qué punto los problemas de salud física interfieren en el funcionamiento ocupacional del paciente.
3. Dolor (D): 2 ítems (7, 8) que evalúan tanto el grado de dolor como la interferencia que produce en la vida del paciente.
4. Salud general (SG): 5 ítems (1, 11<sup>a</sup>-11d) referidos a la percepción personal del estado de salud, así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente.
5. Vitalidad (V): 4 ítems (9<sup>a</sup>, 9e, 9g, 9i) que valoran el nivel de fatiga y energía del paciente.
6. Funcionamiento social (FS): 2 ítems (6, 10) que interrogan acerca de las limitaciones en la vida sociofamiliar por problemas de salud.
7. Rol emocional (RE): 3 ítems (5<sup>a</sup>-5c) que evalúan hasta qué punto los problemas emocionales interfieren con el funcionamiento ocupacional del paciente.

8. Salud mental (SM): 5 ítems (9b-9d, 9f, 9h) que evalúan el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, desánimo) durante el último mes.

El ítem 2 no puntúa en ninguna de las subescalas.

Las 8 escalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Las escalas que forman la medida sumaria de salud física son: FF, RF, D, SG y V. Las escalas que forman la medida sumaria de salud mental son: SG, V, FS, RE y SM.

Los ítems se puntúan con escalas tipo Likert de rango variable, desde 2 valores hasta 6. El marco de referencia temporal es el momento actual. Es una escala autoaplicada. Se ha demostrado su fiabilidad y validez de aplicación en pacientes esquizofrénicos y deprimidos (Pukrop y cols., 2003).

Proporciona un perfil de calidad de vida, con puntuaciones en las 8 escalas, así como dos medidas sumarias: la física y la mental.

Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

## CAPITULO II. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

### 1. Problema:

¿Existe Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del CMN 20 Noviembre, ISSSTE.?

¿El Síndrome de Burnout impacta la calidad de vida de los trabajadores?

¿Qué relación tiene la jornada laboral en el desarrollo del Síndrome de Burnout y la calidad de vida?

### 2. Justificación:

El Síndrome de Burnout es considerado actualmente como una psicopatología de “desgaste profesional” de gran repercusión a diferentes niveles, tanto personal en los trabajadores afectados, como a nivel social, familiar y económico. Los trabajadores principalmente afectados son aquellos que tienen que ver con el cuidado o contacto directo con la gente, quienes padecen de cerca la enfermedad o el estrés provocado por esta, como es el caso del personal de enfermería, o en otros ámbitos en los cuales las demandas organizacionales sobrepasan las capacidades de los trabajadores y estos sucumben a diferentes síntomas que pueden llegar a ser de tal intensidad que constituyan un Síndrome de Burnout. El trabajo nocturno parece ser un estresor importante en la génesis de este Síndrome. Es entonces que la calidad de vida de estos trabajadores puede verse impactada negativamente. Actualmente se está poniendo énfasis en este problema y varias empresas y organizaciones directivas dedican parte de sus investigaciones a determinar la existencia del Burnout, ya que es posible aplicar medidas preventivas a la aparición de los síntomas que lo constituyen y así se pueden disminuir los costes explicados por el ausentismo, la baja productividad y el poco optimismo puesto en el desempeño de las funciones específicas de los trabajadores. Por lo anteriormente planteado y la revisión bibliográfica efectuada, la meta de esta investigación es determinar si existe Burnout en el personal de enfermería de los servicios de Admisión continua, terapia intensiva y medicina interna en el Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, diferenciar en que turno laboral es más frecuente el desgaste profesional y cual es el grado de repercusión en su calidad de vida. Así también plantear estrategias preventivas y de mejoramiento en factores identificados como de riesgo que impacten positivamente en la calidad de vida de los trabajadores. Sentará las bases para futuras investigaciones a nivel institucional que puedan llegar a incidir en la aplicación de programas preventivos de riesgos psicosociales que no únicamente prevengan el desgaste profesional, sino también, a su vez en forma directa o indirecta en el control del estrés laboral y sus múltiples repercusiones físicas y mentales, y por ende, en un cambio en la percepción de la calidad de vida en el trabajo.

El análisis de esta temática como línea de investigación muestra la importancia del estudio de este síndrome para trazar estrategias de intervención que posibilite elevar

la calidad de la atención de enfermería, la satisfacción de los pacientes y la preservación de la calidad de la vida laboral de estos profesionales, la cual en la mayoría de los reportes y tomando en cuenta las características del padecimiento, se ve afectada en todos los niveles.

## **2. Hipótesis:**

Hipótesis verdadera o afirmativa: El síndrome de Burnout repercute negativamente en la calidad de vida y es mas frecuente encontrarlo en el turno nocturno.

Hipótesis nula: No existe relación entre jornada laboral y Síndrome de Burnout y/o calidad de vida

## **3. Objetivo ( s )**

### ***GENERAL:***

Determinar y relacionar el número de casos de Sx. De Burnout con Calidad de Vida, en el personal de Enfermería así como la participación de la Jornada Laboral como factor comparativo y de riesgo comprobado.

### ***ESPECÍFICOS:***

1. Determinar número de casos de Burnout y su intensidad.
2. Evaluar calidad de vida en salud física y mental.
3. Correlacionar casos de Burnout y calidad de vida en salud, con variables sociodemográficas.
4. Verificar relación existente entre Síndrome de Burnout y jornada laboral.
5. Verificar relación existente entre Calidad de Vida y Jornada laboral.
6. Verificar relación existente entre Síndrome de Burnout y Calidad de vida.

#### 4. Material y Método

##### Tipo de estudio:

Observacional	( X )
Transversal	( X )
Descriptiva	( )
Comparativa	( X )

##### Grupos de estudio:

Personal de enfermería de los diferentes turnos matutino, vespertino y nocturno, del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, I.S.S.S.T.E., adscritos a los servicios de Admisión Continua Adultos, Terapia Intensiva Adultos y Medicina Interna.

El mismo grupo problema se comparará entre sí en relación a los turnos.

##### Tamaño de la muestra:

Se aplicara al total de la plantilla oficial inscrita en la coordinación de recursos humanos del Centro Medico Nacional 20 de noviembre, I.S.S.S.T.E., correspondiente a los servicios mencionados. Total autorizado = 119

Cabe mencionar que una vez realizado el muestreo, el total de personal que se estudió fue significativamente menor del planeado inicialmente, los motivos se hacen explícitos en el apartado de discusión.

**Universo de estudio:** El tamaño de la muestra al ser una muestra finita fue determinado en forma aleatoria de acuerdo al número real de enfermeras (os) que se encontraban laborando en los servicios en los cuáles se aplicaron los instrumentos. Se aplicó al 95% de los trabajadores. Sin embargo, tomando en consideración criterios de exclusión, se obtuvo una muestra representativa del 85%.

##### Criterios de inclusión:

Los grupos incluyeron únicamente personal con antigüedad mayor de 3 años laborando en las áreas de Admisión Continua, Terapia Intensiva y Medicina Interna, en los respectivos turnos matutino, vespertino y nocturno.

##### Criterios de exclusión:

- 1.- Se excluyeron de la investigación personal de enfermería que no cumplía con los requisitos antes mencionados.
- 2.- Pacientes en tratamiento psiquiátrico.

3.- Pacientes con enfermedades físicas y crónico-degenerativas.

4.- Personal que en el tiempo asignado a la aplicación de instrumentos de evaluación se encuentren en período vacacional, permiso, descanso, incapacidad u otro que justifique de esta forma el ausentismo y la no aplicación e inclusión al estudio.

**Criterios de eliminación:**

1.- Pacientes que no acepten estar en el estudio.

2.- Cuestionarios inconclusos.

**Variables:**

<b>Categoría</b>	<b>Variables</b>
<b>Independientes</b>	Síndrome de Burnout y calidad de vida.
<b>Dependientes</b>	Jornada laboral.
<b>Cualitativas nominales</b>	Sociodemográficas como sexo, estado civil, servicio hospitalario.
<b>Cualitativas ordinales</b>	Grado de escolaridad.
<b>Cuantitativas discretas</b>	Edad, sub-escalas del inventario de Burnout de Maslach (MBI) agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Medidas sumarias del cuestionario SF-36 sobre la calidad de vida en salud, salud mental y salud física.

**Recursos:**

Humanos: Médico y Personal de enfermería. Asesoría estadística por personal especializado asignado por la sede hospitalaria.

**Instrumentos:**

Escala de Maslach (MBI). Instrumento de detección de Burnout, Cuestionario de Calidad de vida en Salud SF-36 y Datos Sociodemográficos incluidos en el encabezado de la Escala de Maslach.

**5. Procedimiento. Descripción general del estudio:**

Para la respectiva evaluación de acuerdo a los objetivos planteados, se aplicará al personal de Enfermería incluido en la muestra poblacional representativa; la Escala de Maslach para Síndrome de Burnout y cuestionario de evaluación de Calidad de

Vida en Salud SF-36, de los cuales se hace una breve reseña de su utilidad en el marco teórico de esta tesis.

Se recabaron datos sociodemográficos con variables como edad, sexo, estado civil, escolaridad, turno fijo y antigüedad en el puesto, las cuales fueron incluidas como encabezado de la Escala de Maslach (MBI).

Los instrumentos de Evaluación fueron aplicados durante la jornada diurna, vespertina y nocturna de las enfermeras en su lugar de trabajo. Se aplicaron en forma confidencial e individual, por el investigador, en un espacio que proporcionó la suficiente confianza, seguridad y tranquilidad. El tiempo fue variado, ya que dependió del tiempo libre que tenía el personal de enfermería para colaborar con la investigación, pero en un solo momento de aplicación. La duración total de la aplicación para los tres servicios fue de 1 semana.

**Análisis estadístico:** Una vez habiendo recolectado los datos se procedió al vaciado de los mismos al programa Microsoft office Excel 2006, obteniendo un banco de información bien organizada y verificada. Posteriormente se realizó el procedimiento estadístico para obtener valores puntuales finales y validados, así como las correlaciones pertinentes entre las diferentes variables. El procesamiento estadístico fue realizado a través de los programas EPI-INFO6.04 y STATISTICA 6.0.

Se aplicaron los siguientes métodos matemáticos para obtener lo que a continuación se menciona:

Se emplearon métodos de estadística descriptiva; media, moda, mediana y desviación estándar.

Chi cuadrada. Para comparar proporciones entre dos o más grupos.

Análisis de varianza. Para comparar el resultado de las dos escalas.

Coefficiente de correlación. Para determinar el grado de asociación entre dos Variables.

Análisis de riesgo.

Análisis de confiabilidad estadística.

**Financiamiento:** Todos los gastos se llevaron a cabo por los autores del estudio.

**Aspectos éticos:** No existieron riesgos para los pacientes.

### CAPÍTULO III. RESULTADOS

A continuación se presentan una serie de tablas y gráficas representativas de lo obtenido en relación a las variables demográficas de los sujetos estudiados las cuales nos servirán más adelante para correlacionar con las variables estudiadas.

Tabla 3. Descripción global de la muestra. Aspectos sociodemográficos.

	<i>Edad /años</i>			<i>Sexo</i>		<i>Edo. Civil</i>				<i>Escol<sup>^</sup></i>				<i>Turno</i>			<i>Serv</i>			<i>Antig /años</i>		
	<i>21-26</i>	<i>27-40</i>	<i>41-54</i>	<i>F+</i>	<i>M++</i>	<i>S</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>V</i>	<i>Téc.</i>	<i>Postéc.</i>	<i>Lic</i>	<i>Postg</i>	<i>Mat</i>	<i>Vesp</i>	<i>Noct</i>	<i>A.C.A.*</i>	<i>M.I.</i>	<i>UCIA</i>	<i>3-4</i>	<i>5-15</i>	<i>16-38</i>
						<i>&amp;</i>	<i>&amp;&amp;</i>	<i>&amp;&amp;&amp;</i>	<i>&amp;&amp;&amp;&amp;</i>									<i>**</i>	<i>***</i>			
<b>Frec</b>	2	32	13	43	4	13	24	8	2	24	15	7	1	15	16	16	18	9	20	7	30	10
<b>%</b>	4.2	68.08	27.6	91.5	8.5	27.7	51.1	17	4.3	51.1	31.9	14.9	2.1	31.9	34	34	38.3	19.1	42.6	14.9	63.9	21.2
<b>Total</b>	47			47		47				47				47			47			47		
<b>total %</b>	100%			100%		100%				100%				100%			100%			100%		

- + femenino
- ++ masculino
- & soltera
- && casada
- &&& divorciada
- &&&& viuda
- \*Admisión continúa Adultos
- \*\* Medicina Interna
- \*\*\* Unidad de Cuidados Intensivos Adultos
- <sup>^</sup> Escolaridad

Tabla 4. Porcentaje de Síndrome de Burnout.

Síndrome de Burnout	Frecuencia	Porcentaje
SI	31	66.0%
NO	16	34.0%
TOTAL	47	100%

Tabla 5. Porcentaje de Burnout según su intensidad.

Intensidad de Burnout	Frecuencia	Porcentaje
Leve	8	17.0%
Medio	7	14.9%
Alto	16	34.0%
TOTAL	31	66%

Tabla 6. Presencia de Burnout de acuerdo a género.

Síndrome de Burnout	Sexo Femenino	Sexo Masculino	TOTAL
NO	14 (32.6%)	2 (50.0%)	16 (34.0%)
SI	29 (67.4%)	2 (50.0%)	31 (66.0%)
TOTAL	43 (91.5%)	4 (8.5%)	47 (100.0%)

Tabla 7. Correlación de Síndrome de Burnout y Estado Civil.

Burnout	Soltera (o)	Casada (o)	Divorciada (o)	Viuda (o)	TOTAL
NO	6 (37.5%)	8 (50.0%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	16 (34.0%)
SI	7 (22.6%)	16 (51.6%)	7 (22.6%)	1 (3.2%)	31 (66.0%)
TOTAL	13 (27.7%)	24 (51.1%)	8 (17.0%)	2 (4.3%)	47 (100%)

Tabla 8. Correlación entre Burnout y Grado de Escolaridad.

Burnout	Técnico	Postécnico	Licenciatura	Posgrado	TOTAL
NO	8 (50.0%)	6 (37.5%)	2 (12.5%)	0	16 (34%)
SI	16 (51.6%)	9 (29.0%)	5 (16.1%)	1 (3.2%)	31 (66%)
TOTAL	24 (51.1%)	15 (31.9%)	7 (14.9%)	1 (2.1%)	47 (100%)

Tabla 9. Relación de correlación de Síndrome de Burnout y Jornada laboral.

Burnout	Matutino	Vespertino	Nocturno	TOTAL
NO	7 (43.8%)	5 (31.3%)	4 (25.0%)	16 (34.0%)
SI	8 (25.8%)	11 (35.5%)	12 (38.7%)	31 (66.0%)
TOTAL	15 (31.9%)	16 (34.0%)	16 (34.0%)	47 (100%)

Tabla 10. Correlación entre Burnout y años de antigüedad laboral.

Burnout	3-10 años	10-20 años	> 20 años	TOTAL
NO	11 (68.8%)	3 (18.8%)	2 (12.5%)	16 (34.0%)
SI	14 (45.2%)	14 (45.2%)	3 (9.7%)	31 (66.0%)
TOTAL	25 (53.2%)	17 (36.2%)	5 (10.6%)	47 (100.0%)

Tabla 11. Presentación de Burnout de acuerdo a servicio hospitalario estudiado.

Burnout	Admisión continua adultos	Medicina Interna	Unidad de cuidados intensivos adultos	TOTAL
NO	8 (50.0%)	3 (18.8%)	5 (31.3%)	16 (34.0%)
SI	10 (32.3%)	6 (19.4%)	15 (48.4%)	31 (66.0%)
TOTAL	18 (38.3%)	9 (19.1%)	20 (42.6%)	47 (100.0%)

Figura 9. Correlación entre Síndrome de Burnout y parámetros de salud física y mental como indicadores de la calidad de vida.

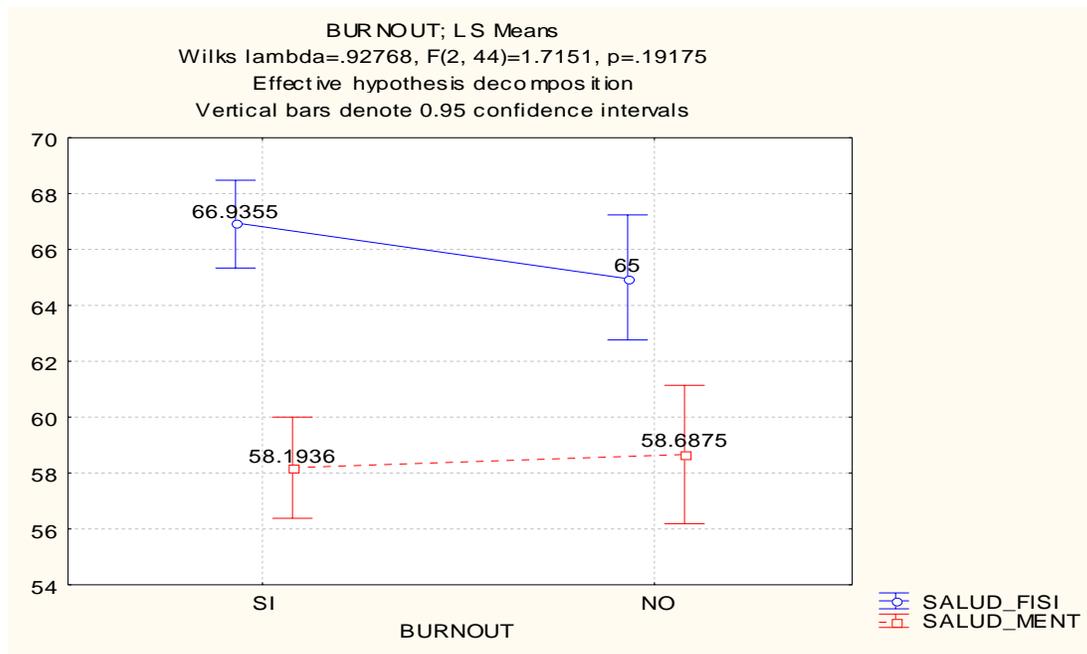


Figura 10. Correlación de Síndrome de Burnout según su intensidad con parámetros de salud física y mental como indicadores de la calidad de vida.

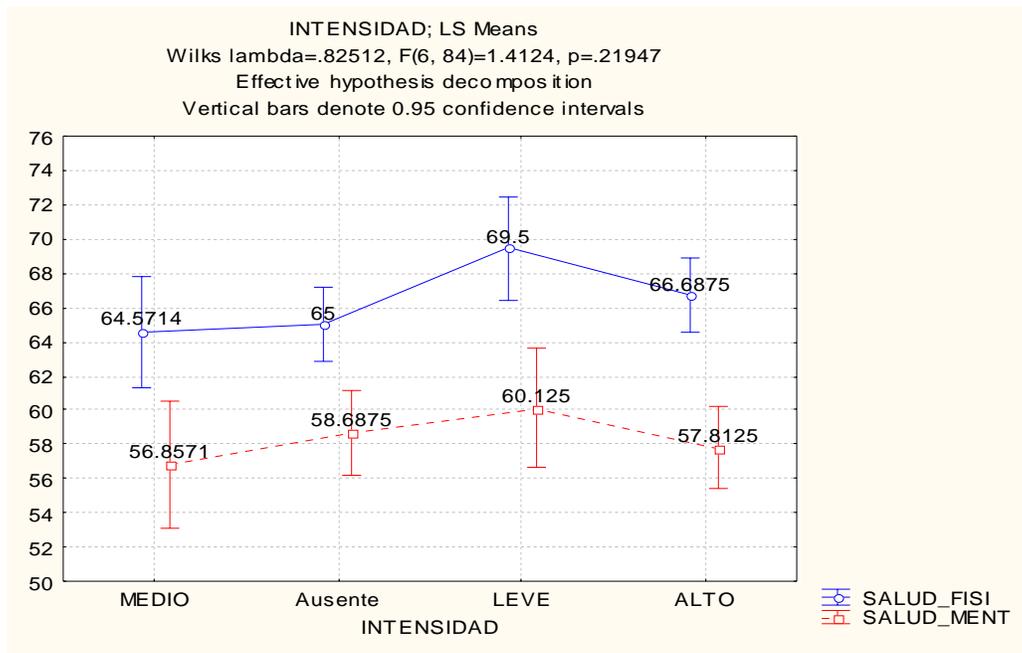


Figura 11. Puntuaciones para salud física y salud mental como indicadores de calidad de vida, en relación al género.

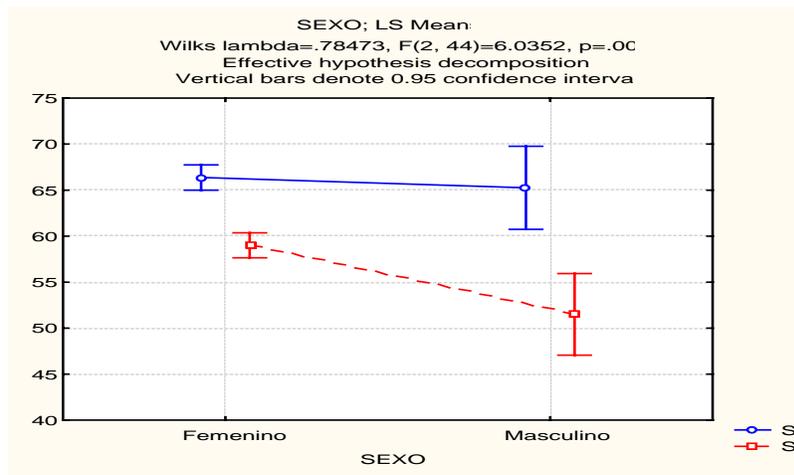


Figura 12. Puntuaciones para salud física y salud mental como indicadores de calidad de vida, en relación al estado civil.

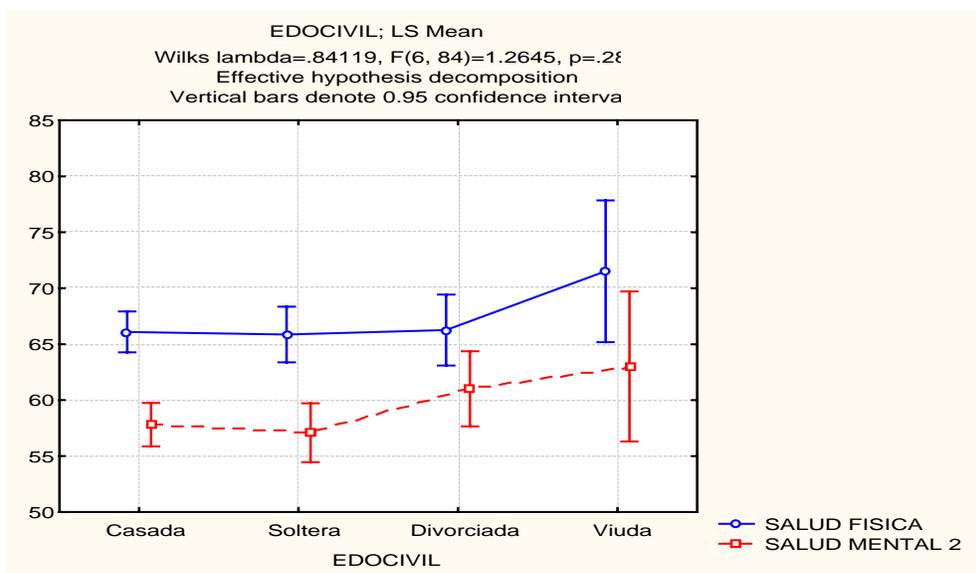


Figura 13. Puntuaciones para salud física y salud mental como indicadores de calidad de vida, en relación a grado de escolaridad.

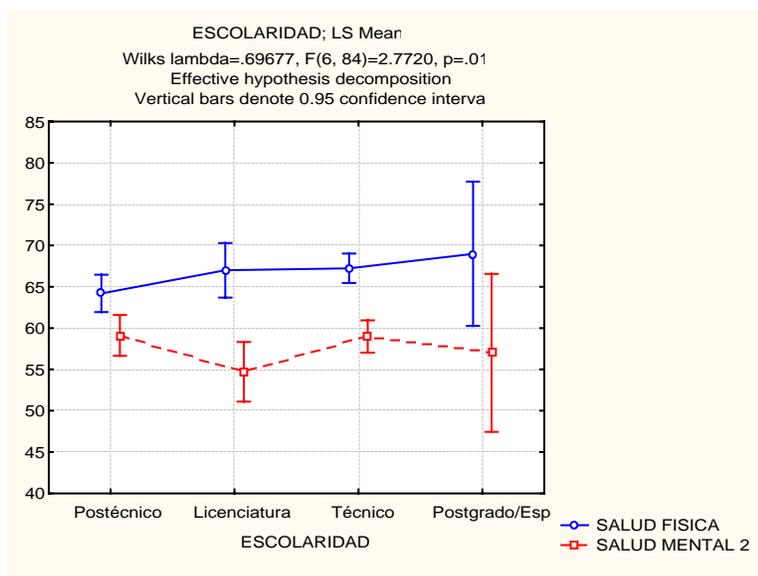


Figura 14. Puntuaciones para salud física y salud mental como indicadores de calidad de vida, en relación a jornada laboral.

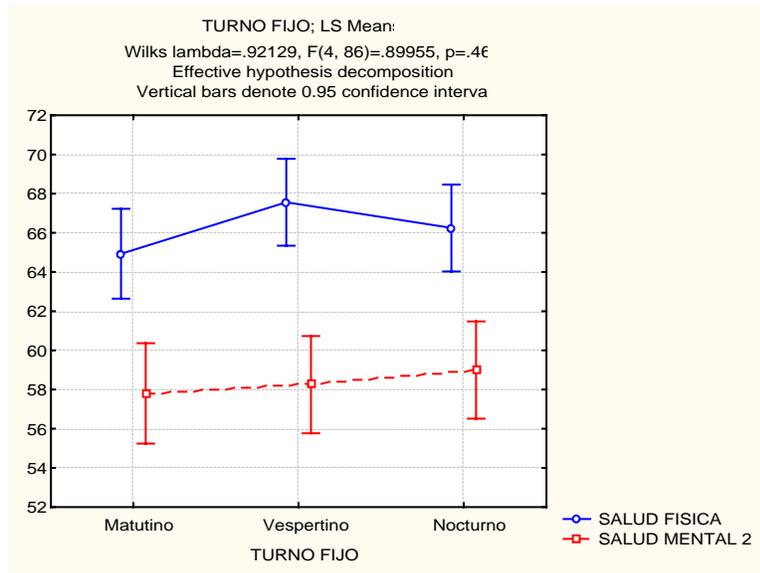


Figura 15. Puntuaciones para salud física y salud mental como indicadores de calidad de vida, en relación al servicio hospitalario.

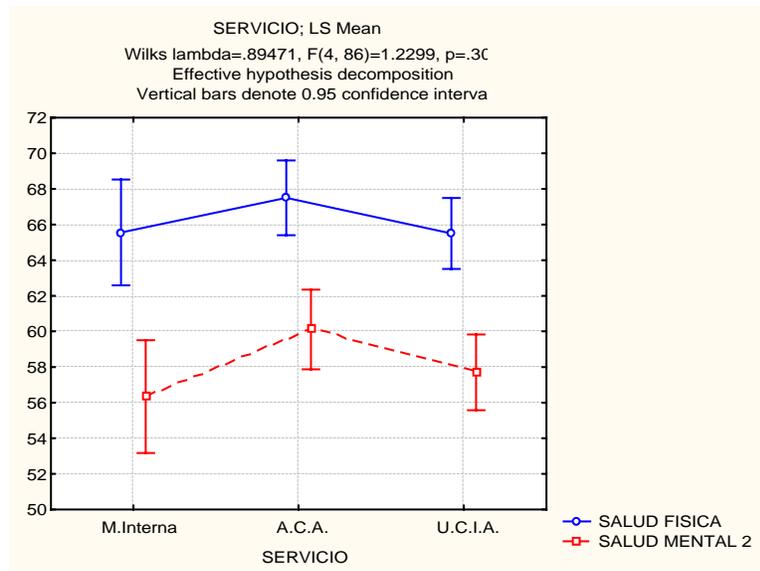
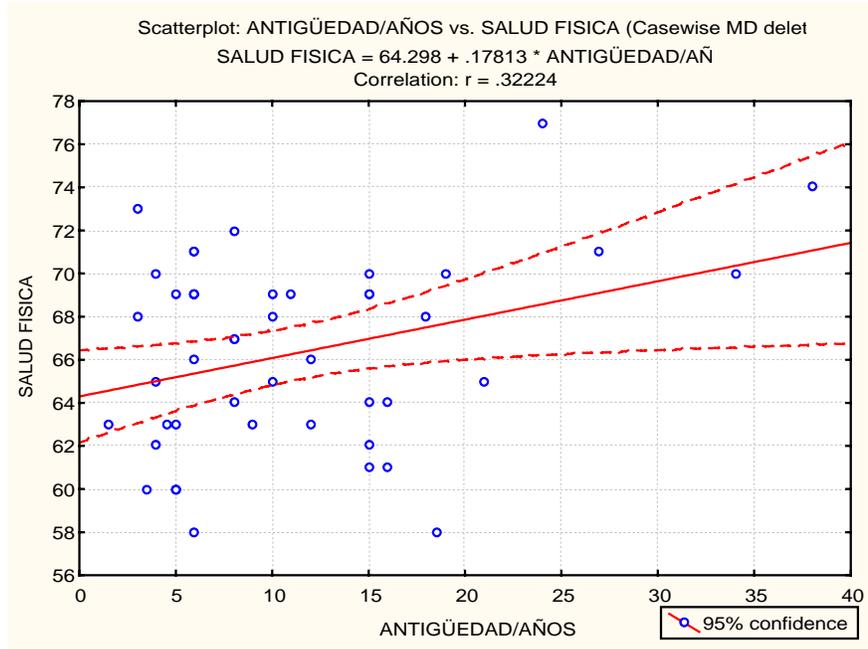
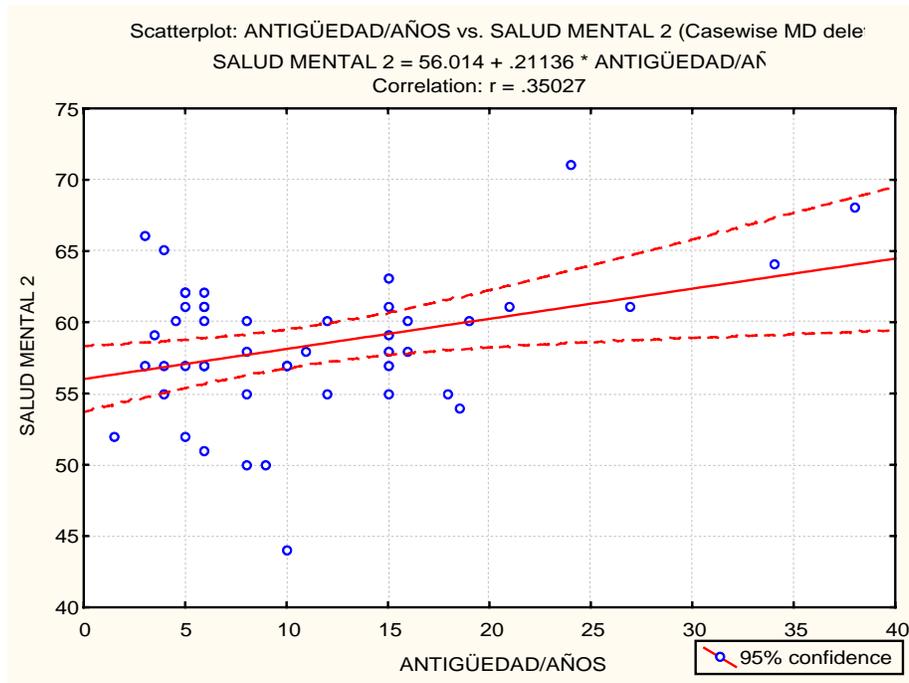


Figura 16. Correlación entre antigüedad en el puesto y salud física como indicador de calidad de vida.



Variable	Correlations (RE Marked correlati N=47 (Casewise SALUD FISICA
ANTIGÜEDAD/AÑOS	.3222
	p=.027

Figura 17. Correlación entre antigüedad en el puesto y salud mental como indicador de calidad de vida.



Correlations (RESU	
Marked correlations	
N=47 (Casewise de	
SALUD MENTAL 2	
Variable	
ANTIGÜEDAD/AÑOS	<b>.3503</b>
	<b>p=.016</b>

## DISCUSIÓN

Del total de la muestra estudiada observamos que el rango de edad de los trabajadores (as) que se encuentran laborando en este Centro Médico Nacional 20 de noviembre varía desde 21 hasta 54 años, teniendo un porcentaje mayor en las edades comprendidas entre 27 y 41 años que representan el 68.08%, con una media de 36.9 años. Personal de menos de 27 comprenden el 4.2% y mayores de 41 años hasta 54 el 27.6%. Lo anterior nos traduce un predominio de adultos jóvenes como principal mano de obra trabajadora y muestra poblacional estudiada (tabla 3).

En cuanto al sexo tenemos que las mujeres representan el predominio de la muestra estudiada, representando el 91.5%. Observamos que son pocos los hombres incluidos en este estudio (8.5%), lo cual es algo esperado considerando que en el área de enfermería en general es bajo el porcentaje de hombres que se dedican a esta profesión. En el Centro medico nacional 20 de noviembre tenemos un porcentaje estimado según reporte del área de recursos humanos de aprox. 25-30 % de hombres ocupando estos puestos. (tabla 3).

El mayor porcentaje de las trabajadoras en estudio se encuentran casadas, correspondiendo al 51.1% del total de la muestra, teniendo en segundo lugar las solteras en un 27.7% y un 17% se encuentran divorciadas. La literatura reporta como un factor protector el estar casado en relación al riesgo de presentar el síndrome de desgaste profesional, esta relación se analizará más adelante (tabla 3).

Observamos que el nivel técnico de escolaridad es el nivel máximo de estudios más frecuente en la muestra estudiada de los servicios incluidos en el presente estudio, correspondiendo al 51.1%. Esto apoya lo que en la literatura sobre el tema se menciona y nos traduce una menor capacidad para poder afrontar el estrés crónico encontrando o formulando alternativas viables para el manejo del mismo, así como menores oportunidades y nivel de vida en general lo cual se suma a la percepción negativa con respecto a su desempeño laboral y como bien se menciona en la literatura consultada, tienen mayor dificultad para poder confrontar las demandas que se les impone, lo cual genera mayor estrés y una perpetuidad de la insatisfacción y sentimientos de frustración en el área de trabajo (tabla 3).

En relación a los turnos laborales observamos que la muestra se presenta homogénea teniendo para cada turno una media promedio de 33.3% (tabla 3).

De los servicios estudiados, el 42.6% de los trabajadores corresponden al servicio de Unidad de cuidados intensivos adultos, el 38.3% a admisión continua adultos y un 19.1% al de medicina interna. Lo anterior de acuerdo a la plantilla oficial asignada a cada uno de los servicios (tabla 3).

Como parte de los criterios de inclusión de este estudio, solo se incluyeron trabajadores con antigüedad igual o mayor a 3 años. Observamos que el mayor porcentaje en años de antigüedad se encuentra entre 5 y 15 años de servicio que

corresponden al 63.9%. Tenemos una media de 11.1 años de antigüedad promedio (tabla 3).

Observamos que el Síndrome de desgaste profesional esta presente en un alto porcentaje dentro de la muestra representativa estudiada, teniendo que el 66% lo presenta. Este resultado es alto considerando el número total de la muestra, lo cual hace necesario el estudiar dicho síndrome en otras áreas hospitalarias (tabla 4).

La tabla 5 hace referencia a la intensidad del síndrome de Burnout y encontramos que la mayor frecuencia corresponde a una intensidad alta de desgaste lo que corresponde a un 34%. Esto nos lleva a un análisis posterior sobre las variables que están interviniendo negativamente para predisponer a los trabajadores a este grado de desgaste, así como a plantear nuevas hipótesis para futuros estudios relacionados.

Los datos que se presentan resultan interesantes desde varias perspectivas. Observamos que se presentó Síndrome de Burnout en el 67.4% de las mujeres y en el 50% de los hombres de la muestra estudiada. Si consideramos que la muestra de hombres es muy pequeña y de esta la mitad presentó Burnout, podemos asumir que el sexo masculino parece representar un factor de riesgo desde una perspectiva numérica, sin embargo, este supuesto requiera de nuevos estudios en muestras comparativas homogéneas. Las mujeres obtienen un puntaje mucho mayor el cual es compatible con lo reportado respecto al género que pone de manifiesto una mayor susceptibilidad por parte de las mujeres considerando se encuentran mas expuestas a factores estresantes laborales y extralaborales ya comentados en el marco teórico de este estudio. No llega a considerarse un factor de riesgo, lo anterior de acuerdo al cálculo de una razón de riesgo a través de un Test exacto de Fisher de 0.4203740 y un estimador de la máxima verosimilitud de 0.49 (Mantel- Haenszel), pero son datos que deben tomarse en cuenta por el soporte teórico que los respaldan. (tabla 6 ).

Existe una relación no significativa entre la presencia de Síndrome de Burnout y el estado civil de la muestra estudiada ( $p= 0.43432487$ ,  $\chi^2$  cuadrada= 2.73). Observamos que el ser casada (o) representa el estado civil en el cual se presenta con mayor incidencia el Burnout (51.6%), teniendo un número igual de casos para el estado civil soltera (o) y divorciada (o) (22.6%). De los 2 casos con estado civil viuda (o), uno de ellos fue positivo para Burnout y corresponde a uno de los masculinos reportados con Burnout representando el 3.2% de los casos. El otro caso masculino reportado con Burnout corresponde al rubro de divorciado. La literatura al contrario de los resultados obtenidos, que el ser casado (a) presenta un factor protector explicado a partir de la red de apoyo que brinda a las personas el compartir diferentes responsabilidades así como por el intercambio afectivo sano. Es atrevido afirmar varias posibilidades y/o hipótesis con respecto a estos resultados, pero sugieren que las mujeres casadas al representar una gran mayoría de los casos, son el factor mas importante a considerar teniendo en cuenta que posiblemente están sometidas a una mayor carga de estrés laboral que se ve influenciado por los diferentes roles que desempeña fuera del ámbito laboral (rol esposa, rol madre, etc). Algo todavía más incierto de afirmar, pero que ha sido reportado en diferentes

estudios tiene que ver con que los hombres presentan menos capacidades de afrontamiento al estrés y al estar solos ya sea por viudez o por divorcio, los hace proclives a presentar mayor impacto a las situaciones estresantes laborales y de otra índole (tabla 7).

En relación al grado de escolaridad nótese que mas de la mitad de la muestra que presenta Síndrome de Burnout tiene un grado de escolaridad a nivel técnico (51.6%), mostrando una relación directamente proporcional, aunque no significativa, al grado de escolaridad con la presencia de Síndrome de Burnout ( $p= 0.83701228$ ).

Lo anterior coincide con lo reportado en la mayoría de los estudios que correlacionan grado de escolaridad como factor de riesgo para presentar Síndrome de desgaste profesional, al parecer explicado a partir de que a menor grado de escolaridad mayor estrés laboral para enfrentar las demandas propias de su rol y de la ambigüedad de roles a los que están sometidos el personal de enfermería (tabla 8).

La intensidad del Burnout varía notablemente de un servicio a otro y guarda una relación directa y significativa con la jornada laboral, encontrando la mayor severidad e intensidad de este síndrome en el turno nocturno independientemente del servicio pero con mayor porcentaje en el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos. El 66% de la muestra presenta síndrome de Burnout en función del turno laboral, teniendo la incidencia más alta para el turno nocturno (38.7%), seguido del vespertino (35.5%) y finalmente el matutino (25.8%). Numéricamente esto no es significativo con una chi cuadrada de 1.7 y una  $P= 0.42$ . Sin embargo, estos resultados coinciden con lo que esta descrito en la literatura en función de que en el turno nocturno existe mayor probabilidad de desarrollar desgaste profesional. En estas condiciones se demanda del personal un esfuerzo adicional para poder satisfacer las demandas propias del puesto. Lo anterior repercute en la calidad de vida en forma objetiva o subjetiva (tabla 9).

La antigüedad laboral es un factor mencionado en la literatura que puede relacionarse con la aparición del Burnout, existe discrepancia en relación a qué período de la vida laboral de un sujeto representa mayor predisposición. Se decidió agrupar esta variable por rangos debido a que existe una muestra demasiado heterogénea en relación a la antigüedad, teniendo desde 3 años hasta un máximo de 38 años. Los resultados de este estudio muestran una relación estadísticamente no significativa ( $p= 0.20006691$ , chi cuadrada= 3.22) en la presentación del síndrome de desgaste profesional en los primeros 10 años de desempeño laboral, habiéndose presentado en un 53.2% del personal con una antigüedad entre 3 y 10 años. La aparición del síndrome es decreciente a mayor antigüedad. La literatura menciona que muy probablemente mientras mas años de antigüedad mayor probabilidad de que el personal se retire o pensione y esto dificulte la detección del Burnout (tabla 10).

Existen áreas laborales reportadas en la literatura en las que se conoce existe un mayor riesgo de presentar desgaste profesional, lo cual esta directamente relacionado con el nivel de estrés al que se enfrentan. En el sector sanitario las y los enfermeros se enfrentan a diferentes estresores laborales. Los pacientes con

padecimientos crónicos y que presentan diferentes complicaciones demandan mayor atención y cuidados, esto representa desgaste tanto para cuidadores como para el personal hospitalario. En el presente estudio observamos que en el servicio de unidad de cuidados intensivos adultos (U.C.I.A.) un 42.6% de los trabajadores presentan Burnout lo cual es estadísticamente no significativo ( $p=0.44984008$ , Chi cuadrada = 1.60), después observamos que el servicio de admisión continua adultos representa un 38.3% de los casos y finalmente con un 19.1% el servicio de medicina interna. Lo anterior tendría que estar explicado a partir de la carga laboral de cada uno de estos servicios, de la carga laboral, turno, etc. Los condicionantes han sido mencionados ampliamente a lo largo de este estudio (tabla 11).

Continuando con el análisis de otra parte importante de este estudio, tenemos los siguientes gráficos que expresan solo en forma descriptiva lo obtenido para calidad de vida.

Primeramente se hace necesario mencionar que nuestra hipótesis de trabajo se nulifica en la correlación de Síndrome de Burnout / calidad de vida ya que no obtuvimos relación significativa y hace suponer que el instrumento utilizado no fue el más específico para este tipo de variables. En la revisión bibliográfica realizada no se encontraron estudios en los que el cuestionario SF-36 para calidad de vida fuera utilizado para medir la misma en sujetos con desgaste profesional, sin embargo, dada la confiabilidad y sensibilidad reportada, se pensó como una buena opción.

Analizando la calidad de vida tomando en cuenta las categorías que la definen a través del instrumento utilizado, observamos que las puntuaciones para salud mental se expresan con una tendencia negativa y con menores puntuaciones en relación a la salud física. Esto hace suponer que los sujetos estudiados tienen una mejor percepción de su salud física en relación a la afectación mental (figura 9).

Encontramos poca asociación entre las categorías de salud física y salud mental con la presencia de Burnout. Existe cierta tendencia considerada significativa para la salud mental ( $p < .05000$ ), la cual se observa con menores puntuaciones en los sujetos con Burnout en relación a su intensidad (figura 10). Este hallazgo se considera importante para futuros estudios implicados en los que se buscara en forma intencionada qué tipo de áreas de la salud mental se encuentran involucradas.

Se correlacionaron variables demográficas buscando alguna asociación con la calidad de vida.

En relación a el sexo, observamos una tendencia a presentar mejor calidad de vida por parte de las mujeres sobre todo en relación al aspecto físico, sin embargo, la muestra de hombres no es representativa considerando que sólo son 2 sujetos del sexo masculino en la muestra total. Del mismo modo en el rubro de salud mental las mujeres se encuentran con mayores puntuaciones con respecto a los hombres, sin embargo la tendencia es a presentar menor calidad de salud mental tanto en hombres como en mujeres, esto sin tomar en consideración aún la variable desgaste

profesional. Hay que recordar que el cuestionario de calidad de vida SF-36 no tiene puntos de corte por lo que a mayores puntuaciones mejor calidad de vida (figura 11).

El estado civil casado (a) es considerado en distintos estudios como un factor “protector” o preventivo implicado en el pronóstico de diversas entidades. Contrariamente a esto, en los resultados observamos que la tendencia observada tanto para salud física como para salud mental es mejor calidad de vida para las viudas y divorciadas, mientras que para casadas y solteras no existe una diferencia apreciable. Tal vez esto se relaciona con la calidad de las relaciones conyugales en México, así como con una percepción positiva de las mismas al tener una menor carga de responsabilidades conocidas como generadoras de estrés (figura 12).

La escolaridad parece no ser determinante en relación a la percepción en la calidad de vida, aun que existen estudios, y la lógica nos lleva a suponer, que esta variable se relaciona con mejores oportunidades laborales y de desempeño que se expresan en un mejor nivel socio económico, sin embargo, las puntuaciones obtenidas tanto para salud física como mental nos muestran una tendencia relativamente constante con pequeños incrementos en las puntuaciones para salud física a nivel postgrado de especialización y licenciatura y menor calidad en salud mental para el nivel licenciatura y postgrado de especialización. Tendencia inversa proporcional para salud física y mental en relación a mayor grado de estudios (figura 13).

Otra variable trascendente a considerar en nuestro estudio es el turno laboral.

Observamos para salud física mejores puntuaciones en orden decreciente para el turno vespertino, nocturno y matutino; para salud mental, en cambio, mayor puntuaciones para el turno nocturno, vespertino y matutino (figura 14).

De acuerdo a lo reportado en la literatura se esperaría una mayor repercusión en la calidad de vida en el turno nocturno.

Recordando los resultados para el Síndrome de Burnout, vemos que sí existe relación con un mayor desgaste profesional en el turno nocturno. Se tendría que analizar en forma particular las condiciones laborales de los turnos estudiados que expliquen la tendencia presentada.

Nuevamente se hace hincapié en las menores puntuaciones para salud mental que esta en relación con la calidad de vida en esta área.

De acuerdo a los servicios estudiados, tenemos mejores puntuaciones para calidad de vida en salud física y mental para el servicio de admisión continua adultos, menores para la unidad de cuidados intensivos adultos y puntuaciones bajas para el servicio de medicina interna, lo que se traduce en una percepción negativa de la calidad de vida de los sujetos trabajadores de ésta área (figura 15).

Nuevamente es de considerar para tener una comprensión más explícita de este fenómeno, las condiciones particulares de cada uno de los servicios hospitalarios en función de las medidas de seguridad e higiene, así como las individuales del factor de vulnerabilidad personal.

La antigüedad tiene una relación estadísticamente significativa con respecto a la percepción de la salud física ( $p= 0.027$ ) y mental ( $p= 0.016$ ) como lo muestran las figuras 16 y 17.

Esto se encuentra descrito en la literatura y guarda relación directa con el desgaste profesional y con las condiciones laborales en función de los factores personal, organizacional y de remuneración económica.

Como una aclaración importante, inicialmente la muestra planteada era de 119 trabajadores incluidos en la plantilla oficial del departamento de recursos humanos de este Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en el área de enfermería para los diferentes servicios y turnos en los que se realizó este estudio (se incluye plantilla en anexos como anexo 3). Sin embargo, ya durante el desarrollo de la investigación y al momento de visitar a los servicios incluidos, se comprobó que el número de enfermeras (os) asignados y autorizados como plantilla oficial por la coordinación de enfermería era mucho menor para los 3 servicios incluidos y además de esta reducción significativa, existe todavía un número menor real de trabajadores desempeñándose en estas áreas hospitalarias ya que al parecer por ser requeridos en otras áreas aun que no sean las asignadas, el personal tiene que desplazarse y cubrir la falta de personal. Por lo anterior y tomando en consideración personal de vacaciones, incapacidad, falta justificada o injustificada, permisos y otros, el total de la muestra real incluida en este estudio es de 56 individuos de los cuales aplicando estrictamente lo planteado en los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación, se excluyeron del estudio a 9 trabajadores ya que no contaban con la antigüedad suficiente para ser incluidos teniendo todos ellos una antigüedad menor a 3 años. Por lo que la muestra real fue de 47 sujetos estudiados.

## CONCLUSIONES

Basándonos en los resultados obtenidos, podemos concluir lo siguiente:

Existe el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Centro Médico Nacional 20 de noviembre, I.S.S.S.T.E, siendo las mujeres más susceptibles a presentarlo.

La escolaridad promedio del personal de enfermería es el nivel técnico lo cual se relaciona en una proporción directa con la mayor frecuencia en la aparición del síndrome de Burnout.

Encontrando que el personal de enfermería casado (a) presenta una mayor frecuencia en cuanto a la presentación del Síndrome y en la repercusión en su calidad de vida principalmente en lo que respecta a rol social, el cual es un apartado mas de la escala SF-36 en calidad de vida.

A menor grado de escolaridad mayor probabilidad de presencia de Síndrome de desgaste profesional.

Los servicios hospitalarios con mayor carga laboral y mayor demanda emocional presentan mayor riesgo de desgaste profesional, siendo para el C.M.N. 20 de noviembre, la unidad de cuidados intensivos de adultos, el área de mayor susceptibilidad.

Los primeros 10 años de vida laboral representan un factor determinante para el desencadenamiento de un desgaste profesional, es el tiempo en el que se ponen a prueba los mecanismos personales ante las demandas laborales para su adecuado o perturbador ajuste futuro.

La calidad de vida en el personal estudiado es medianamente buena de acuerdo a los puntajes y tomando en consideración que no existe punto de corte y por lo tanto a mayor puntuación mejor calidad de vida; teniendo como una media promedio de puntuación de 60. Al parecer no guarda relación con el Síndrome de Burnout, por lo menos no lo guarda gráficamente aunque se infiere que repercute desde una percepción aún subjetiva de la misma.

Existieron desviaciones gráficas con tendencia a expresar disminución en las subescalas del cuestionario principalmente en lo que respecta a salud mental, vitalidad y salud general; que expresan claramente que la situación en calidad de vida de este sector trabajador no se encuentra funcionando tan óptimamente aún que estadísticamente esto no tenga que ver directamente con el Burnout.

Creemos se ha logrado cumplir el objetivo de este estudio y así también se podrán tomar en cuenta estos hallazgos para el beneficio global organización-trabajador con el fin de prevenir efectos negativos para ambas a largo plazo, incluyendo los que tiene que ver principalmente con el proceso salud-enfermedad y así también los derivados de invalidez e incapacidades que a su vez repercuten en la calidad de la atención de los derechohabientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

## RECOMENDACIONES

En relación a los resultados obtenidos creemos conveniente tomar a consideración las recomendaciones mundialmente aceptadas (O.I.T. Organización Internacional del trabajo) que tienen por objetivo principal la prevención de los riesgos psicosociales en el ámbito de trabajo, así como las sugerencias de expertos en el tema que actualmente se han enfocado en la prevención del desgaste profesional y que basan precisamente estas recomendaciones en la normatividad establecida por la O.I.T., lo cual aplica para México y queda estipulado en la Ley Federal del Trabajo así como en las Normas Oficiales Mexicanas de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Consideramos importante tomar como sugerencias o medidas específicas las que se ubiquen en el plano relacional con los resultados obtenidos, sin dejar de considerarlas en forma general ya que nos plantean estrategias viables a cualquier sector y/o ámbito laboral.

Desde que se comenzó a investigar el *burnout* o síndrome de estar quemado se ha desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, así como para mejora la calidad de vida en el trabajo y su prevención en ese ámbito. Cherniss (1980) menciona cuatro objetivos que se pueden plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características del *burnout*. En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, Mingote (1998) señala que es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el *burnout*, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional.

Veamos las diferentes estrategias propuestas.

### Estrategias orientadas a nivel individual

Respecto a las variables individuales que se deben fomentar para la reducción del síndrome de estar quemado, se debe tener en cuenta que las consecuencias que conlleva esta situación se han dividido clásicamente en tres tipos de aspectos: físicos, emocionales y conductuales. Debido a esto, las intervenciones se han dirigido a éstas de manera global.

Para la reducción del estrés y emociones se han empleado diversas técnicas (Cherniss, 1980; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach *et al.*, 2001; Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespín, 2001; Peiró y Salvador, 1993; Yela, 1996), entre las que cabe destacar las técnicas de relajación, el biofeedback, las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales.

En esta línea, O'Brien (1998) menciona que una forma útil de asesoramiento podría ser entrenar a los trabajadores no sólo a reconocer sus síntomas de estrés sino también las potenciales fuentes de estrés; se les podría estimular a considerar frecuentemente estresores que ellos podrían cambiar y aquellos estresores que no son susceptibles al cambio.

Mickler y Rosen (1994) entrenaron a un grupo de cuidadores sanitarios dándoles instrucciones de cómo enfrentarse a estas situaciones productoras de estrés laboral para evitar el *burnout*, obteniendo que la preparación al estrés era un predictor que atenuaba los efectos del *burnout*. Cabe destacar en este punto, como sugieren Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (1997), que el individuo controla el propio ambiente y existen ciertos límites en su organización que no se pueden cambiar, por lo que la aceptación de la realidad es una de las claves que facilita el proceso de adaptación, sin que ello nos impida seguir desarrollando nuestra labor lo mejor que sepamos. Según Maslach *et al.* (2001), las aproximaciones orientadas individualmente para desarrollar efectivas estrategias de afrontamiento o relajación pueden ayudar a aliviar el cansancio emocional, pero no resultan útiles con los otros dos componentes, ya que las estrategias son inefectivas en el lugar de trabajo donde la persona tiene poco control sobre los estresores laborales.

Como reflexión de las estrategias que se han utilizado para solventar este problema, cabe decir que han tenido en cuenta el *burnout* como una conglomeración de trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión, disforia, alteraciones de conducta, etc. en las que se pretende dar una solución eficaz con técnicas que se han utilizado para cada uno de los trastornos, pero insertándolo en un paquete de tratamiento.

En cuanto a su eficacia comentar que se necesitarían estudios longitudinales para poder comprobarla así como grupos de control apropiados.

### Estrategias orientadas a nivel organizacional

Una gran parte de los elementos organizacionales pueden ser evaluados por los sujetos como estresores, por ello las intervenciones se dirigen a ellos mismos. Tomando como referencia a Cherniss (1980), De la Gángara (2002), León (1998), Maslach *et al.*, (2001) y Peiró y Salvador (1993), podemos enumerar algunos de los cambios que deberían producirse para reducir este fenómeno, algunos de los cuales han sido comprobados empíricamente mientras otros no. Veamos:

- Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor a los propios trabajadores.
- Planificar un horario flexible por parte del trabajador; se debería dar más oportunidades en la elección de los turnos.

- Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
- Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.

Este tipo de variables han sido puestas a prueba en diferentes estudios. Por ejemplo, el de Cherniss (1980), en el que a un grupo de enfermeras de reciente colocación que no tenían asignadas pacientes ni responsabilidades, gradualmente se les exponía a seminarios y *workshops* donde se les enseñaba a asumir mayores responsabilidades y se les asignaba pacientes. Las enfermeras eran observadas por supervisoras que recordaban las funciones a asumir. Los resultados indicaron que esta ayuda eliminaba mucho la ambigüedad de rol, falta de autonomía y prevenía el *burnout*. Otro estudio más reciente es el citado por Maslach *et al.* (2001), en el que un grupo de empleados participó en sesiones grupales diseñadas para identificar los problemas que les provocaba el *burnout* en su ocupación laboral y las diferentes estrategias que podían utilizar para reducirlo; en comparación con el grupo control redujeron el cansancio emocional después de la intervención, incluso tras un seguimiento de seis y doce meses.

Burnout es sin duda un mal de nuestro tiempo, por ello debemos cuidar en las organizaciones:

- La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
- El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
- El conflicto de rol, la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
- La ambigüedad de rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
- La falta de equidad o justicia organizacional.

- Las relaciones tensas y /o conflictivas con los usuarios /clientes de la organización.
- Los impedimentos por parte de la dirección o del supervisor para que pueda desarrollar su trabajo.
- La falta de participación en la toma de decisiones.
- La imposibilidad de poder progresar /ascender en el trabajo.
- Las relaciones conflictivas con compañeros o superiores.

Si tratásemos de establecer una clasificación entre las 10 variables mencionadas, podemos observar que éstas pueden agruparse en tres ámbitos fundamentales de actuación:

a. La propia tarea, referida a aspectos técnicos del rol profesional

- El exceso de trabajo
- El conflicto de rol
- La ambigüedad de rol

a. Las relaciones interpersonales, reflejando la habilidad para trabajar con otros: compañeros, superiores, clientes, etc.

- Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/cliente de la organización.
- Los impedimentos por parte de la dirección o del supervisor para poder desarrollar el trabajo
- Las relaciones conflictivas con los compañeros o superiores

a. La organización, referida al grado de influencia social y política

- La falta de equidad y /o justicia organizacional
- La falta de participación en la toma de decisiones
- La imposibilidad de poder progresar /ascender en el trabajo

Un último ámbito de actuación se centraría sobre la "la falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo", ámbito al que claramente podríamos denominar "autoeficacia". Este factor cognitivo, la percepción de capacidad, es específico de cada situación., Así, podríamos encontrarnos con personas con una alta percepción de capacidad para manejar las situaciones interpersonales y que sin embargo se perciban incapaces de responder ante un exceso de trabajo o ser más persuasivos en sus tomas de decisiones organizacionales. Por ello, de cara a planificar y diseñar intervenciones para prevenir o reducir este fenómeno, sería recomendable realizar intervenciones específicas detectando los factores implicados y generando juicios de capacidad para afrontar "esa" situación laboral con éxito.

Sería conveniente recordar que las cuatro fuentes para generar juicios de autoeficacia en las personas se han utilizado exitosamente en numerosas investigaciones aplicadas al ámbito organizacional (Bandura, 1997): la propia experiencia, la formación modelada, la persuasión o los estados de ánimo.

Son sin duda las mencionadas, estrategias que podrían empezar a rendir frutos si se iniciara una reforma a todos los viejos modelos de trato a los trabajadores y se tomara más en consideración las capacidades individuales de la fuerza trabajadora así como las limitantes que operan en los distintos servicios hospitalarios, ampliamente mencionadas como errores en las organizaciones en párrafos anteriores.

Creemos que uno de los principales conflictos en relación al desgaste en el Centro Médico Nacional tiene que ver con las ambigüedades del rol, las y los trabajadores del servicio de enfermería viven en constante y reiterativa incertidumbre y frustración en lo que respecta a este sentido, se observó que les son asignadas constantemente nuevas áreas, funciones y responsabilidades que en muchos casos exceden sus capacidades y más aún sus aspiraciones y/o preferencias individuales, llevando así a insatisfacción laboral y estrés crónico.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ader, R. y Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress. *Annual Review of Psychology*, 44, 53-85.
2. Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional. Revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 11, 257-265.
3. Artazcoz L, Druz J, Moncada S y Col. Organización del trabajo, salud y satisfacción laboral entre los profesionales de enfermería. En Actas de Jornadas sobre Salud Laboral en el hospital; 1994; septiembre 101-108, Barcelona.
4. Atance Martínez J.C, Massó Abad E. La salud laboral en un hospital general de area. *Todo Hosp* 131:55-63.
5. Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
6. Caballero, M. A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 5, 313-317.
7. Cano, M. A., García, C., García, E., López, M. y Parera, N. (1996). ¿Está quemada la enfermería? Síndrome de burnout. *Enfermería Intensiva*, 4, 138-146.
8. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health , job satisfaction and job stress among general practioners. *B M J* 1.989; 289:366-370.
9. Charles S.C, Wilbert J.R, Franke K.J. Sued and non sued physicians self reported reactions to mal-practice litigation. *Am J Psychiatry* 1.985; 142: 437-440.
10. Escribá, V., Cárdenas, E., Burguete, D. y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. *Revista ROL de Enfermería*, 7-8, 506-511.
11. Flórez Lozano J.A: Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete med, 1994.
12. Flórez, J. A. (2002). *Signos de alarma para el burnout: una perspectiva integral para el autocontrol* (pp. 31-38). Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen.
13. Foura T, Roigé M, Serra R y cols. Prevalencia del síndrome de Burnout en enfermos de hospitalización y de atención primaria. En Jornadas de salud laboral en el hospital; 1994; septiembre 73-76; Barcelona.
14. Freudenberger M. Staff Burnout. *J Soc Issues* 1974; 30:159-166.

15. García, M., Saéz, M. C. y Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1, 215-228.
16. Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 1, 33-40.
17. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
18. Gil-Monte, P.R. *Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1, nº 1- Ago 2003 – p. 19-33*
19. Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 3-10.
20. Gil-Monte, P. R. (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna (España).
21. González, R. (2002). *Prevenir el síndrome de burnout: una propuesta cognitiva*. Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen.
22. International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1576-7329. 2004, Vol. 4, Nº 1, pp. 137-160.
23. Jiménez, V. M. (2000). El fenómeno del “burnout” en las profesiones de ayuda. *Revista de Trabajo Social*, 159, 65-102.
24. Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2, 197-213.
25. Maslach C. Burned out. *Hum behavior* 1976;59:16-22.
- 26 Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. En: Jones JW. The Burnout syndrome. California: Berkely University of California, 1981.
- 27 Maslach C. Understanding Burnout definitional insusses in analyzing a complex phenomenon. En: Paine: Job, Stress and Burnout. Beberly Hills: Sage, 1982.
28. Moreno B, Oliver C, Pastor J.C, Aragoneses A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Carballo V.E y Buela. G. (comp): Manual de psicología clínica. Madrid: Siglo XXI, 2000.

29. Moreno B, Oliver C, Pastor J.C, Aragoneses A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Carballo V.E y Buela. G. (comp): Manual de psicología clínica. Madrid: Siglo XXI, 1990.
30. Mc Craine EW, Lambert V.A. Lambert CE. Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 1997; 33(6):374-375.
31. Naisberg JL, Fenning S. Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrists. *Stress Med* 1991;7,4: 201-205.
32. Oliver C, Pastor JC, Aragoneses A, Moreno B. Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. *Actas II Congreso Social de Psicología.*; Valencia,1990.
33. *Rev Esp Salud Pública* 2004; Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid, N.º 4 - Julio-Agosto 2004, pp. 505-516.
34. *Salud Pública de México* / vol.46, no.4, julio-agosto de 2004
35. Seltzer J, Numerof RE. Supervisory leadership and subordinate Burnout. *Academy of Management J* 1988;31 (2): 429-446.
36. Zurriaga, R., Ramos, J., González-Romá, V., Espejo, B. y Zornoza, A. (2000). Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 3, 85-98.
37. García Portilla, M.P., Bascarán, M.P., Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 4ª. Edición, ars medica, 2006, p. 183.

**ANEXOS**

## **MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)**

Edad:                                  Sexo:                                  Edo. Civil:                                  Escolaridad:  
Turno fijo:                                  Antigüedad:                                  Servicio al que pertenece:

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente.

No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

**Nunca: 1                                  Algunas veces al año: 2                                  Algunas veces al mes: 3**  
**Algunas veces a la semana: 4                                  Diariamente: 5**

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo \_\_\_\_\_
2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado \_\_\_\_\_
3. **AE** Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado \_\_\_\_\_
4. **RP** Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender \_\_\_\_\_
5. **D** Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales \_\_\_\_\_
6. **AE** Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa \_\_\_\_\_
7. **RP** Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender \_\_\_\_\_
8. **AE** Siento que mi trabajo me está desgastando \_\_\_\_\_
9. **RP** Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo \_\_\_\_\_
10. **D** Siento que me he hecho más duro con la gente \_\_\_\_\_
11. **D** Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente \_\_\_\_\_
12. **RP** Me siento muy enérgico en mi trabajo \_\_\_\_\_
13. **AE** Me siento frustrado por el trabajo \_\_\_\_\_
14. **AE** Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo \_\_\_\_\_
15. **D** Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente \_\_\_\_\_
16. **AE** Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa \_\_\_\_\_
17. **RP** Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo \_\_\_\_\_
18. **RP** Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender \_\_\_\_\_
19. **RP** Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo \_\_\_\_\_
20. **AE** Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades \_\_\_\_\_
21. **RP** Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada \_\_\_\_\_
22. **D** Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

*Instrucciones:* Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año 1
- Algo mejor ahora que hace un año 2
- Más o menos igual que hace un año 3
- Algo peor ahora que hace un año 4
- Mucho peor ahora que hace un año 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

<i>Actividades</i>	<i>Sí, me limita Mucho</i>	<i>Sí, me limita un poco</i>	<i>No me limita</i>
a. <i>Esfuerzos intensos</i> (correr, levantar objetos pesados o – participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. <i>Esfuerzos moderados</i> (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <i>varios</i> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar <i>1 km o más</i>	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <i>una sola manzana</i> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas - - - (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno 1
- Sí, muy poco 2
- Sí, un poco 3
- Sí, moderado 4
- Sí, mucho 5
- Sí, muchísimo 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante *las 4 últimas semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante *las 4 últimas semanas* cuánto tiempo...

	<b>Siempre</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Sólo alguna vez</b>	<b>Nunca</b>
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral- que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado? 1 2 3 4 5 6						

10. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre 1

Casi siempre 2

Algunas veces 3

Sólo algunas veces 4

Nunca 5

11. Por favor, diga si le parece *cierta* o *falsa* cada una de las siguientes frases:

	<b>Totalmente cierta</b>	<b>Bastante cierta</b>	<b>No lo sé</b>	<b>Bastante falsa</b>	<b>Totalmente falsa</b>
a. Creo que me pongo enfermo más-fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5