

# Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas

## *Burnout in mexican oncologic nurses*

Ma. Teresa Gutiérrez Alanis<sup>1</sup> & Susana Martínez Alcántara<sup>2</sup>

### Resumen

Con el objetivo de detectar la presencia de Burnout en enfermeras del INCan relacionado con variables típicas, se seleccionó una muestra representativa de 172 enfermeras, contestaron el 89%. Se aplicaron el Maslach Burnout Inventory (español) y una Encuesta Individual. Aproximadamente 60% presentan sintomatología moderada y alta. El síndrome se verificó en el 8%. Las variables sociodemográficas significativas fueron la edad con la Falta de Realización Personal (FRP) ( $X^2=16.8$   $p<0.002$ ) y la presencia de hijos con Agotamiento Emocional (AE) ( $X^2=9.50$   $p<0.008$ ). Las laborales fueron el puesto con AE ( $X^2=9.82$   $p<0.04$ ) y el área de trabajo con Despersonalización (DP) ( $X^2=18.56$   $p<0.005$ ); de las institucionales, instalaciones inadecuadas con DP ( $X^2=6.18$   $p<0.04$ ). Exigencias correlacionaron con AE, sobrecarga ( $X^2=14.26$   $p<0.0008$ ) y jornada extensa ( $X^2=7.47$   $p<0.02$ ) entre otras. Como conclusión mostraron mayor riesgo las enfermeras generales y las de consulta externa, a considerarse como prioritarias para la intervención y prevención del trastorno.

**Palabras clave:** Burnout, enfermeras, oncología, determinantes, institucionales.

### Abstract

To detect burnout syndrome (BO) in a sample of nurses employed at the National Cancer Institute (INCan), and its association with variables identified in the literature. A random sample of 172 persons was obtained; overall response rate was 89%. The Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to determine the presence of symptoms of BO, together with an individual questionnaire for collection of the remaining variables. Approximately 60% of respondents reported moderate and high levels of symptoms; the BO syndrome was observed in only 8%. Sociodemographic variables significantly associated with BO were age ( $X^2=16.8$   $p<0.002$ ) and having children ( $X^2=9.50$   $p<0.0008$ ). Job variables associated with BO were working positions ( $X^2=9.82$   $p<0.04$ ) and work area ( $X^2=18.56$   $p<0.005$ ). Organizational variables significantly associated with BO were working in an inadequate environment ( $X^2=6.18$   $p<0.04$ ). Other work-related variables were overload ( $X^2=14.26$   $p<0.0008$ ) and long work days ( $X^2=7.47$   $p<0.02$ ). General nurses and outpatient clinic personnel seem to be at-risk groups, which should be considered, especially when institutional interventions and/or prevention programs are being considered.

**Key words:** Burnout, nurses, oncology, determinants, facilities factors.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Mtra. en Ciencias en Salud de los Trabajadores.

<sup>2</sup> Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México D.F. E-mail: smartin@correo.xoc.uam.mx

## Introducción

El estudiar la salud mental de los trabajadores sanitarios, con la finalidad de instrumentar medidas correctivas y/o preventivas, representa ventajas a todos niveles. Para las instituciones se esperaría un decremento de los daños laborales y económicos derivados de la presencia de trastornos mentales en estos profesionales; para la sociedad, se reflejaría en una mejor calidad en el servicio y atención de las necesidades del paciente y su familia y, por supuesto, para los propios trabajadores representaría el contar con soluciones viables a su problemática, avaladas institucionalmente, lo que evitaría el sufrimiento silencioso de miles de personas. En una encuesta reciente del *British Medical Journal*, el 41% de los profesionales de la salud se declararon infelices en su trabajo y el 16%, muy infeliz. Las razones referidas con más frecuencia fueron, por orden, la sobrecarga de trabajo, el bajo salario, la falta de apoyo por parte de las instituciones, la pérdida de control sobre la propia actividad profesional y como consecuencia, el sentimiento de estar solos ante una sociedad que ha perdido la capacidad de enfrentarse al dolor, a la enfermedad y a la muerte (Chavarría, 2000). Además del sufrimiento, están las pérdidas económicas asociadas a los problemas de salud mental laboral, las cuales se estimaban ya en la década de los noventa, en 150 billones de dólares anuales en EUA y en Inglaterra el costo para los empresarios por el ausentismo laboral debido a trastornos mentales fue de tres a siete billones de libras al año (Martínez, 2000). Por otro lado, en los Países Bajos, por ejemplo, los problemas de la tercera parte de los trabajadores diagnosticados cada año de incapacidad laboral están relacionados con la salud mental; y por su parte, el 58 % de los trastornos mentales, se consideran relacionados con el trabajo (Gründemann, Nijboer y Schellart, 1991). Además de los trastornos laborales músculo esqueléticos, los de la salud mental son responsables de alrededor de dos terceras partes de todas las bajas anuales de causa médica en el mundo. Además, se ha calculado que entre el 30 y el 40 % del ausentismo por enfermedad en el Reino Unido puede atribuirse a alguna forma de enfermedad mental (Ross, 1989; O'Leary, 1993). En México, en la última versión de la Encuesta Nacional de Salud Mental ENEM (Medina- Mora, Borges, et al, 2003) se tiene que de la población económicamente activa se reporta el 28.6% con alguno de los 23 trastornos mentales estudiados alguna vez en su vida, que el 13.9% lo reportó en el transcurso del último año, mientras el 5.8% en los últimos 30 días. El padecimiento más frecuente fue la ansiedad con un 14.3% y los trastornos afectivos con un 9.1% , sobre todo en las áreas metropolitanas.

No es una casualidad que el trabajador sanitario esté expuesto de tal manera, puesto que las condiciones actuales del sector salud revelan carencias estructurales enormes, que se traducen en bajos presupuestos para aplicarse a la atención médica de la población. De ahí que, los bajos salarios, los recursos humanos insuficientes, los materiales de curación y equipos escasos, las sobrecargas de trabajo frecuentes, son la constante en los centros de salud. Según cifras oficiales, los requerimientos de la población en servicios de salud al 2002, incluyen a 50,354,568 de personas no derechohabientes y 50,023,077 que son derechohabientes de servicios de salud en el país (CONAPO, 1998), mientras que el personal sanitario que labora en instituciones de salud pública para darles atención es de 310,103 (entre médicos, enfermeras, trabajadores sociales entre otros). De los cuales el personal de enfermería es de 179,634 y la proporción de enfermeras por médico es de 1.33 en el país y de 1.00 en el D.F.(Secretaría de Salud, s/f). Un cálculo aproximado daría una proporción de 161 pacientes por cada profesional sanitario de instituciones públicas, conforme a la demanda de atención potencial para dar la cobertura necesaria. Acerca de la infraestructura para hacerle frente, tenemos que proporcionalmente, la demanda de atención médica por cada 100,000 habitantes de población potencial es: por cama censable de 1300 pacientes, por consultorio de 1800, por médico de 857 y por enfermera de 592 personas (SSA, 2002).

El deterioro de las condiciones materiales de trabajo se ha venido agudizando en los últimos años y han sido los trabajadores sanitarios quienes principalmente han resentido esta problemática. De ello han dado cuenta diversos estudiosos de este campo ( Gil-Monte, Peiró, 1997; Sandoval, 2000; Atance, 1997; Caballero, Bermejo, Nieto, et al, 2001; Flores, 1994; Gilardi e Iapichino, 2001; Grau, Chacón, 1998; Hernández, 2003) quienes han identificado la presencia de un síndrome asociado al estrés laboral al que son sometidos estos trabajadores. Este síndrome ha recibido el nombre Burnout (BO) o de “quemarse por el trabajo”, es un padecimiento que, desde los setenta, es considerado como consecuencia o agravamiento de una situación de estrés laboral crónico. Se expresa por medio de una tríada de síntomas o dimensiones que son: la despersonalización DP, el agotamiento emocional AE y la falta de realización personal en el trabajo FRP. Impacta a la salud física y mental del trabajador y los costos alcanzan a las instituciones y a la sociedad por el incremento en los accidentes, ausentismo, maltrato al paciente o abandono de la institución, entre otros.

El BO se ha asociado con la edad, el sexo, el estado civil, los turnos de trabajo, la antigüedad profesional, la sobrecarga laboral, el salario, el reconocimiento y apoyo social, las estrategias personales de afrontamiento, la antigüedad (Atance, 1997; Grau, Chacón, 1998; Guerrero, 2003). Estas variables se han agrupado en tres categorías, por el papel que juegan en la generación del mismo: determinantes, desencadenantes y facilitadores. Los principales determinantes del síndrome de burnout son cuatro: 1. el entorno social 2. el plano organizacional 3. las relaciones interpersonales y 4. el nivel del individuo (Sandoval, 2000; Franco, 1997). Entre los desencadenantes (estresores laborales), tenemos (Grau, Chacón, 1998) cuatro tipos: a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto, b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, c) Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales y d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia. Las variables facilitadoras pueden ser sociodemográficas, de personalidad (Gil-Monte, Peiró, 1997; Grau, Chacón, 1998) y estilos de afrontamiento.

También se han reportado prevalencias del BO, que oscilan entre el 17% y el 70% de sintomatología, las cuales apuntan en dos direcciones: por un lado, los estudios que reportan sintomatología en cualquiera de las tres dimensiones, sobre todo en agotamiento emocional AE (Caballero, Bermejo, Nieto, et al, 2001; Coffey, 1999; Hernández, 2003) y por otro, aquellos estudios que reportan la prevalencia del síndrome como tal (que se conforma con puntuaciones altas en AE y DP y bajas en FRP) que resultan ser los menos frecuentes. (Barret, Yates, 2002; Hoppel, Pinikahana y Martín, 2003).

En los estudios específicos con personal de enfermería, se ha detectado la presencia del BO en muestras de personal de Inglaterra (Coffey, 1999; Henderson-Nichol, Lesirge, 2002; Edwards, Burnard, Coyle, et al, 2000; Gulland, 1999; Baldwin, 1999) en enfermeras especialistas en oncología o hematología (Barrett, Yates, 2002); de terapia intensiva (Chen, McMurray, 2001); acerca del posible manejo del estrés laboral en este personal (Harris, 2001); con enfermeras neocelandesas (Hall, 2001); griegas (Tselebis, Moulou, Ilias, 2001); personal sanitario cubano (Warman, 2001); en estudiantes de enfermería en Turquía (Cam, 2001); en España (Caballero, Bermejo, Nieto, et al, 2001); enfermeras que atienden pacientes de VIH y SIDA en Australia e Inglaterra (Dobson, Loewenthal, 2001; Hayter, 1999); en Estados Unidos (Udasin, 2000); comparando BO con medidas de depresión (Mausner-Dorsch, Eaton, 2000; Iacovides, Fountoulakis, Moysidou, et al, 1999); en

enfermeras de Canadá (Jamal, Baba, 2000); de Australia (Bryant, Fairbrother, Fenton, 2000); de Hungría (Piko, 1999) y de Israel (Malach-Pines, 1999).

Es evidente que el Burnout del personal sanitario ha sido estudiado en diversas poblaciones de trabajadores en el mundo como una problemática característica, sin embargo, existe poca información en muestras de trabajadores mexicanos, por lo que resulta importante aportar información al respecto en nuestro país. De ahí que el propósito de este trabajo sea explorar la prevalencia del BO en una muestra de enfermeras del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) asociada a las variables que tradicionalmente se han estudiado como determinantes y desencadenantes del mismo.

## Materiales y Métodos:

### Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio descriptivo y analítico que captó transversalmente información sobre el Burnout.

En relación con la población en estudio y la muestra calculada, se consideró al personal de enfermería que labora en el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México, que accediera voluntariamente (y que dio su consentimiento informado de acuerdo con las normas éticas pertinentes para la investigación con personas) a participar en el estudio. El total de la población fue de 360 enfermeras, en activo a marzo de 2004, que se distribuyeron en varias áreas o servicios; se descartaron aquellas con incapacidades médicas o al personal que cubre incidencias que no estuviera bien localizado en un servicio.

Para calcular el tamaño de la muestra se consideró una fórmula de determinación del tamaño muestral (Fernández, 1996) con la que se estimó una muestra de 172 personas (que equivale al 48% de la población total), y se contempló una varianza posible del 30% de prevalencia del trastorno en poblaciones similares (Caballero, Bermejo, Nieto, et al, 2001; Hernández, 2003); además se calculó un 10% adicional para prevenir las pérdidas por la no participación de los sujetos en la muestra (la no respuesta), lo cual implicó la selección de 192 personas. Las personas que conformaron la muestra se definieron mediante un procedimiento de selección sistemática de elementos muestrales con arranque aleatorio, para garantizar que cualquiera tiene la misma probabilidad de ser elegida (Elorza, 1987; Siegel, 1986).

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: sexo femenino (representan el 90% de la población); de los tres turnos de trabajo; de todos los

servicios o áreas. El porcentaje de “No Respuesta” equivale al 11%, habiéndose incorporado al estudio 153 enfermeras, que representan el 89% del tamaño muestral calculado (172 participantes). Las áreas de trabajo donde se presentó más dificultad para recolectar los datos fueron las de Atención Hospitalaria y Atención Quirúrgica/Especialidades, dado el acceso restringido y las actividades delicadas que se realizan en esas áreas.

Como Variable Dependiente se consideró la presencia del síndrome de Burnout BO definido como “la respuesta frente al estrés laboral crónico que incluye, agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo (Maslach, Jackson, 1981) y verificado, operacionalmente, por los puntajes obtenidos de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach MBI. Por otro lado, se consideraron los factores o exigencias que comúnmente se han asociado significativamente a la presencia del síndrome de BO en la literatura y que funcionarán como Variables Independientes 1. del entorno social; 2. del plano organizacional; y 3. de las relaciones interpersonales (Sandoval, 2000).

### Instrumentos y materiales.

Para medir el síndrome de burnout se utilizó la versión española del Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson (Gil-Monte, Peiró, 1997, versión española) y se aplicó de manera autoadministrada. El instrumento consta de 22 reactivos que se valoran con una escala tipo Likert midiendo la frecuencia en que se presenta cada afirmación/reactivo. El inventario tiene tres escalas que corresponden a las tres dimensiones del trastorno según la postura de la autora del mismo, estas son: Agotamiento Emocional AE, Despersonalización DP y Falta de Realización Personal en el trabajo FRP.

Se adaptó una encuesta individual tomada de la “Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud

de los Trabajadores” (Noriega, Franco, Martínez, et al, 2001), para explorar las condiciones laborales que pueden influir en la presencia del trastorno y se definieron las condiciones más adecuadas para recabar la información de las trabajadoras que estaban en la muestra.

La información se capturó en el Excell y se procesó en el programa estadístico de JMP versión 4.0.

## Resultados

### a) Prevalencia del Síndrome de BO y sus determinantes.

La distribución de la muestra conforme a las puntuaciones totales obtenidas en cada una de las subescalas del MBI o dimensiones del síndrome de burnout (BO) arrojó que, las puntuaciones promedio de las tres dimensiones caen en un nivel de gravedad moderado. Para AE tenemos una puntuación media de 21 con una desviación estándar de 11, para FRP de 38 con 7.9 y para DP de 8 con 5.4.

Para un mejor manejo de la información obtenida de la escala que mide el síndrome, se agruparon los puntajes por diagnóstico o nivel de intensidad de los síntomas: bajo, medio y alto, para conocer su distribución (Ver Tabla n° 1) y la relevancia que pueden adquirir.

Con los diagnósticos por cada dimensión se puede determinar la prevalencia del síndrome de BO como tal en esta muestra, según los criterios diagnósticos del mismo, se considera presente el síndrome cuando las puntuaciones de AE y DP son altas y las de FRP son bajas. De acuerdo con este criterio, se conforma el síndrome para 12 personas que representan una tasa de 8 de cada 100 trabajadores con riesgo de presentar el padecimiento en su totalidad. Sin embargo, si agrupamos el nivel moderado con el alto las cifras se elevan a más del 60% para AE y para DP, mientras que la FRP es para la mitad de los participantes. (ver Tabla n° 1).

Tabla N° 1

**Distribución de la muestra en estudio (N=153) conforme a los diagnósticos obtenidos por nivel de intensidad de sintomatología en las tres dimensiones del síndrome de BO. Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.**

Dimensiones del Burnout (BO)	Nivel Bajo%	Nivel Moderado %	Nivel Alto%	Niveles moderado y alto%
Agotamiento emocional AE	38	29	33	62
Falta de realización personal FRP	53	30	17	47
Despersonalización DP	35	42	23	65

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual y MBI a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004.

## b) Análisis conforme a variables sociodemográficas

La mayoría de las encuestas fueron contestadas durante la jornada laboral (70%), las menos se aplicaron antes (8%) y el resto después de la misma. La distribución de la muestra en cuanto a las variables sociodemográficas indica que la edad de las enfermeras en la muestra fluctuó de 22 a 63 años con una edad promedio de 36 años y una desviación estándar de 8 años; el 83% de las participantes tienen una escolaridad de carrera técnica; el 72% tienen hijos y de ellas la mitad con hijos menores de cinco años, por último el 86% realiza las labores del hogar y el cuidado familiar adicional a su jornada laboral.

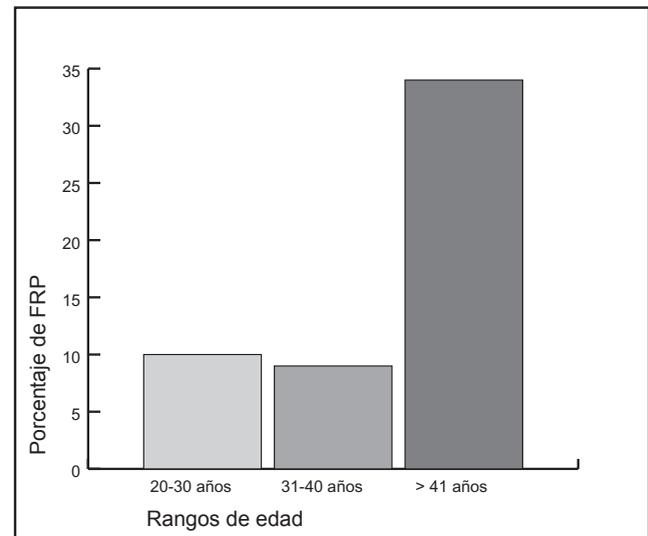
En cuanto a la posible interacción entre los factores sociodemográficos con la presencia de sintomatología del síndrome de BO en sus tres dimensiones se dieron algunas relaciones estadísticamente significativas entre el agotamiento emocional (AE) y la despersonalización (DP) con la presencia de hijos, con una  $p < 0.008$  y  $p < 0.01$  respectivamente. Las trabajadoras mayores de 41 años de edad mostraron falta de realización personal significativa con una  $p < 0.002$  (ver Tabla n° 2).

Como ya se mencionó, la edad de las enfermeras se asoció significativamente a la falta de realización personal FRP, lo que se presenta en la Gráfica n° 1,

para apreciar que a mayor edad se tiene una sensación de pérdida de sentido en lo que hacen, que es lo que mide la escala FRP.

Gráfico n° 1

Relación estadísticamente significativa entre la edad y la falta de realización personal FRP ( $16.8/p < 0.01$ ) en la muestra de 153 enfermeras. INCAN, México, 2004.



Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004

Tabla N° 2

Asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas y laborales, con el diagnóstico de las tres dimensiones del síndrome de Burnout (BO), en el total de la muestra (N=153). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables en estudio	Diagnóstico Agotamiento Emocional AE (%)					Diagnóstico Falta de realización Personal FRP (%)					Diagnóstico Despersonalización DP (%)				
	bajo	medio	alto	X 2	P	bajo	medio	Alto	X 2	P	bajo	medio	Alto	X 2	P
<b>Sociodemográficas</b>															
<b>Edad</b>				1.31	0.85				16.8	<b>0.002</b>				2.10	0.71
20-30 años	35	33	31			65	25	10			35	43	22		
31-40 años	38	31	31			51	40	9			29	45	25		
>= 41 años	40	23	36			43	23	<b>34</b>			43	36	21		
<b>Presencia de hijos</b>	45	25	<b>29</b>	9.50	<b>0.008</b>	55	26	19	2.98	0.22	42	40	<b>18</b>	8.80	<b>0.01</b>
<b>Laborales</b>															
<b>Área de Trabajo</b>				5.28	0.50				6.19	0.40				18.56	0.005
Consulta externa	29	27	43			59	25	18			25	31	43		
Quirúrgica/especial	41	28	31			62	28	10			41	45	14		
Hospitalización	43	30	28			51	33	16			38	49	13		
Administrativa	42	42	17			25	42	33			50	42	8		
<b>Puesto de Trabajo</b>				9.82	<b>0.04</b>				4.74	0.31				9.26	<b>0.05</b>
Generales	36	27	<b>38</b>			54	24	21			36	41	23		
Especialistas	28	36	36			53	36	11			28	36	<b>36</b>		
Jefas	59	30	11			48	41	11			44	52	4		

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. En negritas las relaciones significativas y en qué grupo se concentran los puntajes altos. \*diferencias estadísticamente marginales

### c) Análisis conforme a variables laborales.

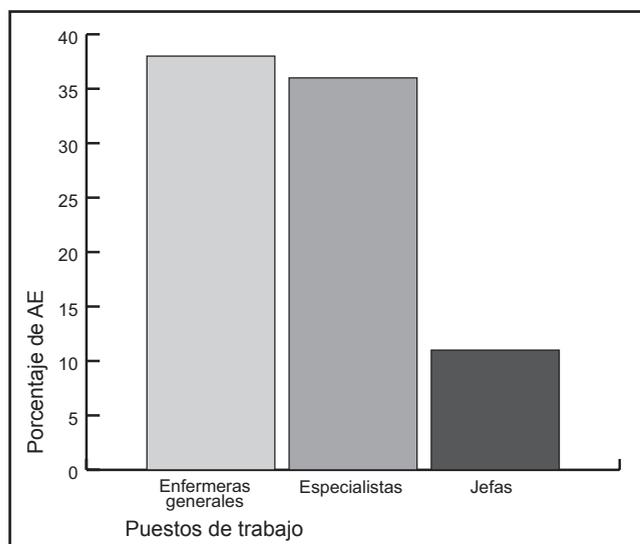
La antigüedad promedio en la institución fue de 13 años (DE=7.77), la antigüedad en el puesto en promedio fue de 7 años (DE=6.41) y la antigüedad en la profesión media fue de 14 años (DE=7.95). Al agrupar la antigüedad en el hospital tenemos que el 54% del personal de enfermería tiene más de 11 años trabajando en la Institución, lo que habla de una gran estabilidad laboral en esta población.

Los puestos de trabajo se agruparon para un mejor análisis de acuerdo con las coincidencias en las tareas que desempeñan entre ellos, tenemos tres categorías que son: las “enfermeras generales” (que incluyen a las enfermeras generales, técnicas y auxiliares) con el 59% del personal; las “enfermeras especialistas” (que corresponde únicamente a enfermeras especialistas) con el 24% y las “jefas” (que agrupa a enfermeras con puestos de jefas, subjefas y administrativas) con el 17%. Conforme a este acomodo se observa que las enfermeras generales representan la mayor parte del personal.

Al relacionar las variables laborales y los diagnósticos de cada una de las dimensiones del BO, se obtuvo que el área de trabajo, tal cual la define la institución, se relacionó significativamente con la despersonalización, siendo el personal del área de consulta externa quienes presentan niveles de despersonalización más altos (43%) con una  $p < 0.05$ .

Gráfico N° 2

Relación estadísticamente significativa entre el puesto de trabajo y el agotamiento emocional AE ( $9.82/p < 0.05$ ) en la muestra de 153 enfermeras. INCAN, México, 2004.



Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004

El puesto de trabajo se relacionó de manera estadísticamente significativa con el agotamiento emocional ( $p < 0.05$ ), como se puede apreciar en la Gráfica n° 2, además de con la despersonalización, ( $p < 0.05$ ) ya que un 38% de las enfermeras generales presentaron niveles altos de agotamiento emocional y las especialistas resultaron las más despersonalizadas con el 36% (ambas relaciones se pueden ver en la Tabla n° 2).

### e) Análisis conforme a los apoyos institucionales para el trabajo.

En la literatura se refiere que la carencia de apoyos institucionales se constituye en condición que facilita la presencia del burnout en este tipo de trabajadoras. Por lo que, también se analizó la distribución de la muestra conforme a variables “institucionales” y se encontró que los aspectos más frecuentes fueron el personal insuficiente para realizar las tareas (44%) y las pocas oportunidades de progreso laboral (46%).

En un segundo momento, se analizó la relación entre éstas variables y el puesto de trabajo, se observa que el personal insuficiente para realizar el trabajo ( $X^2=9.555$   $p < 0.008$ ) y las pocas oportunidades para progresar laboralmente fueron diferentes en los tres puestos y estadísticamente significativas ( $X^2=6.602$   $p < 0.03$ ), siendo ambas condiciones mayores para las enfermeras generales.

Por otro lado, se analizaron las relaciones entre éste tipo de variables y los diagnósticos de las dimensiones del síndrome (ver Tabla n° 3) y se destaca que las instalaciones inadecuadas y las pocas oportunidades de progresar laboralmente se relacionan significativamente con la sintomatología, con excepción de la FRP.

### f) Análisis conforme a exigencias laborales.

Se exploraron también diversas exigencias laborales y se pudo observar que el control de calidad es referido por el 65% de las participantes, la sobrecarga de trabajo y el salario insuficiente con el 59% y alrededor del 50% de ellas refieren realizar un trabajo peligroso o que puede afectar su salud. Se buscó además la asociación entre el puesto de trabajo y las exigencias laborales, y se obtuvieron varias relaciones significativas como son la jornada extensa ( $X^2=10.757$   $p < 0.004$ ), la rotación de turnos ( $X^2=15.445$   $p < 0.0004$ ), el trabajo nocturno ( $X^2=9.536$   $p < 0.008$ ), un trabajo peligroso ( $X^2=7.355$   $p < 0.02$ ), y que puede afectar su

Tabla N° 3  
Asociaciones significativas entre las variables institucionales y las exigencias laborales con el diagnóstico de las tres dimensiones del síndrome de Burnout (BO), en el total de la muestra (N=153). Instituto Nacional de Cancerología, México, 2004.

Variables en estudio	Diagnóstico Agotamiento Emocional AE (%)				Diagnóstico Falta de realización Personal FRP (%)				Diagnóstico Despersonalización DP (%)					
	bajo	medio	alto	P	X 2	Alto	medio	bajo	X 2	alto	medio	bajo	X 2	P
Institucionales														
Instalaciones inadecuadas	30	27	43	0.07 *	5.31						35	33	6.18	0.04
Equipo insuficiente											31	32	6.70	0.03
Poco progreso laboral	30	23	47	0.002	12.27									
Exigencias														
Jornada extensa	21	29	50	0.02	7.47	61.76	35.29	2.94	6.12					
Sobrecarga de trabajo	26	34	40	0.0008	14.26									
Trabajo peligroso	22	29	49	0.001	12.94						20	36	12.58	0.001
Ordenes confusas	23	23	54	0.05	5.71						23	36	4.98	0.08*
Trabajo afecta salud	26	28	46	0.01	9.15									

Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004. En negritas las relaciones significativas y en qué grupo se concentran los puntajes altos. \*diferencias estadísticamente marginales.

salud ( $X^2=8.667$   $p<0.01$ ), siendo las más expuestas a estas condiciones las enfermeras generales. Ahora bien, al analizar la relación entre el área de trabajo y las exigencias laborales tenemos que el trabajo nocturno ( $X^2=17.319$   $p<0.006$ ), el espacio reducido ( $X^2=13.067$   $p<0.004$ ) y las órdenes confusas ( $X^2=9.977$   $p<0.01$ ) fueron estadísticamente significativas por área de trabajo, la más afectada fue consulta externa.

Para terminar con el análisis conforme a las exigencias laborales, se exploró la relación entre ellas y las dimensiones del BO y se presentan varias relaciones significativas sobre todo con el agotamiento emocional AE (ver Tabla n° 3 y Gráfica n° 3).

### Discusión

El síndrome de Burnout o “quemarse por el trabajo” implica una relación dinámica entre los elementos personales y laborales con fines adaptativos, dada una situación laboral extrema. Es decir, puede considerarse como una “estrategia de afrontamiento perversa” para lidiar con el estrés laboral crónico; puede ser análogo al fusible de la luz que se funde, para preservar la instalación eléctrica, al recibir una sobrecarga de energía. Es

pues una respuesta que “enferma” al individuo, quien por ser parte del sistema, lo afecta en su conjunto.

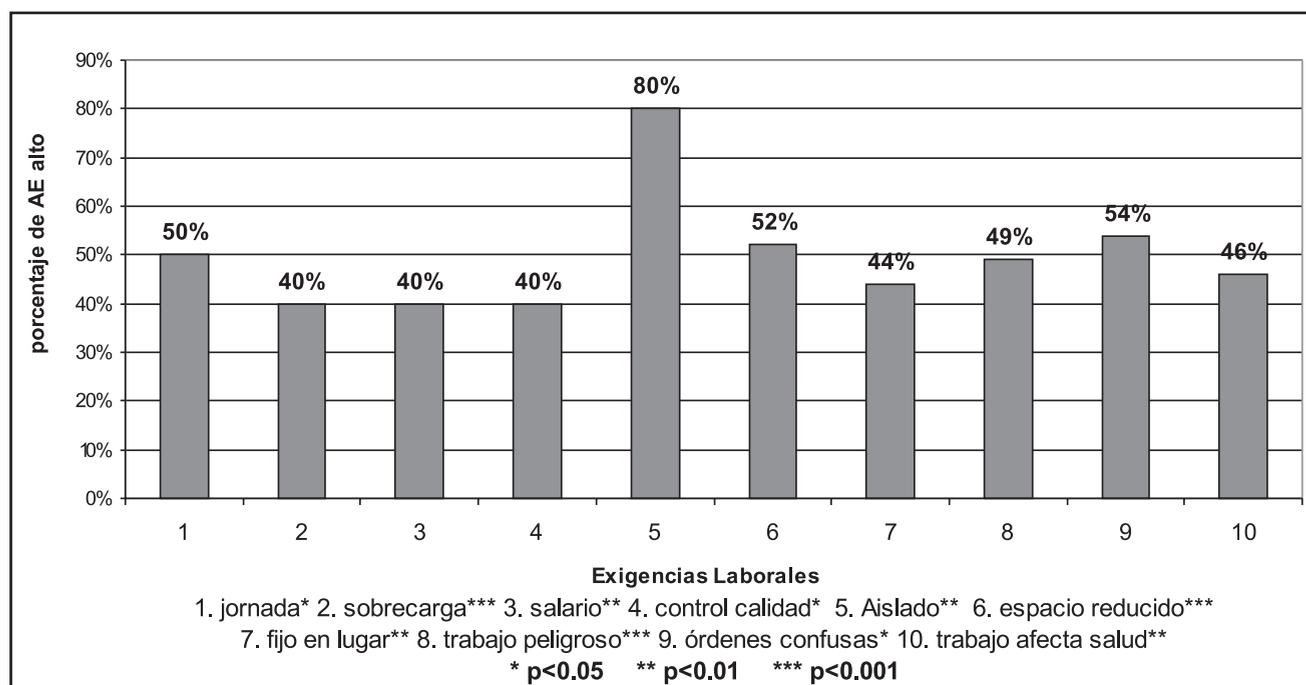
Alrededor del 60% de las enfermeras presentan sintomatología del síndrome de Burnout con niveles de intensidad moderados y altos y el síndrome como tal se verificó en el 8% de la muestra estudiada lo cual es similar a lo obtenido por otros estudiosos de este campo (Caballero, Bermejo, Nieto, et al, 2001; Happel, Pinikahana y Martín, 2003; Henderson-Nichol y Lesirge, 2002).

El área y el puesto de trabajo distinguieron a las enfermeras generales del área de consulta externa como las más afectadas por el Burnout, lo que es justificado pues presentan una sobrecarga de trabajo natural, se atienden 25 a 30 pacientes al día por consultorio-enfermera, trabajan en un espacio reducido, con poca ventilación, con iluminación deficiente y en muchas ocasiones su actividad se realiza con pocos recursos materiales y en una tensión permanente por mediar en la relación entre el médico y los pacientes.

Acerca de los posibles determinantes del síndrome, se ha delimitado significativamente un grupo de riesgo. Se trata de mujeres con más de 41 años de edad, coincidiendo con otros autores (Tselebis,

Gráfico N° 3

Relaciones estadísticamente significativas entre el agotamiento emocional AE y las exigencias laborales estudiadas en la muestra de 153 enfermeras. INCan, México, 2004.



Fuente: Aplicación de Encuesta Individual a la muestra de personal de enfermería del INCAN, abril-junio de 2004

Moulou, Ilias, 2001; Malach-Pines, 1999), que tienen hijos, que están adscritas al área de consulta externa y tienen un puesto de enfermera general, donde están expuestas a sobrecargas de trabajo, jornadas extensas, salario insuficiente, estricto control de calidad, falta de comunicación con compañeros, que trabajan en espacios reducidos y deben estar fijas en su lugar de trabajo, que reciben órdenes confusas y realizan un trabajo que puede ser peligroso o dañar su salud como se ha reportado en otros estudios (Caballero, Bermejo, Nieto, et al, 2001; Barrett y Yates, 2002). Además, de atender una demanda excesiva de pacientes con poco personal para ello y tener poca oportunidad de progresar laboralmente como se observó en otra investigación en personal cubano (Cam, 2001). En suma, encontramos ciertas coincidencias con un estudio que exploró los aspectos epidemiológicos del BO en personal sanitario (Atance, 1997), donde se refiere el siguiente perfil de riesgo: mujer de más de 44 años de edad, sin pareja estable, con más de 11 años de antigüedad en el hospital, que deben atender más de 21 pacientes diarios y tiene una jornada laboral extensa.

Acerca del instrumento MBI, dadas sus características, se observó que no existe manera de quedar exento de padecer sintomatología del síndrome, por lo cual valdría la pena revisar las normas de calificación o clasificación diagnóstica de la escala, para que permita además de los tres niveles de intensidad una categoría de “salud” o ausencia de síntomas, en ninguno de los estudios revisados se distingue una posible categoría de “normalidad” o “salud” (Atance, 1997; Caballero, Bermejo, Nieto, et al, 2001; Flores, 1994; Grau y Chacón, 1998; Happel, Pinikahana, Martín, 2003; Henderson-Nichol y Lesirge, 2002).

Además, vale la pena revisar la concepción del síndrome constituido por tres dimensiones, ya que encontramos que el agotamiento emocional resulta ser el indicador más sensible o la sintomatología más consistente del cuadro, seguido de la despersonalización (como estrategia de afrontamiento) y en menor medida la falta de realización personal (FRP). Posiblemente, esta FRP se constituye en una autoevaluación del

desempeño del trabajador que no está asociada necesariamente a una realidad laboral. El individuo puede o no sentirse satisfecho con su desarrollo profesional, independientemente del estado anímico que determinadas condiciones laborales desencadenan; a diferencia de la despersonalización y el agotamiento emocional que están estrechamente relacionados con su malestar personal. Estos hallazgos nos llevan a plantear la inconveniencia de seguir considerando al síndrome conformado por tres dimensiones presentes en un mismo momento, donde los puntajes en AE y DP sean altos y en FRP bajos, pues se genera por un lado un subregistro de casos y por el otro, se vela la importancia que en sí mismos tienen cada una de las dimensiones, por ejemplo el agotamiento emocional, para perfilarse como un problema de salud pública.

Al respecto, coincidimos con lo encontrado en estudios similares donde se reportan múltiples relaciones entre las variables con el AE y pocas con las otras dos dimensiones (Prieto, Robles, Salazar, et al, 2002), se comenta que de las variables en estudio se da un número mayor de asociaciones con AE y se plantea que puede ser esta dimensión la que mejor valora la existencia del BO, por lo que algunos autores como Shirom y Garden (Prieto, Robles, Salazar, et al, 2002) la consideran como la dimensión clave del BO. En otro estudio acerca de la validez del MBI en una muestra de población mexicana, se observó que la escala más consistente fue otra vez la de AE seguida de FRP y DP (Grajales, 2000). En fin, es esta una discusión “tradicional”, que merece mayor evidencia empírica y más atención en el futuro, tanto en la revisión de la escala, como en la convivencia de cada una de las dimensiones que integran el síndrome, lo que lleve en algún momento a revalorar la consistencia del mismo.

Para concluir, es necesario que en la implementación de programas de intervención, ya sea preventivos y/o correctivos, se contemplen acciones a varios niveles: institucionales, sociales e individuales, que involucren al personal desde las etapas diagnósticas, con la finalidad de lograr cambios sólidos en las prácticas promotoras de salud mental.

## Referencias Bibliográficas

- Atance M., J.C., (1997). "Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario", *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.
- Baldwin, P. (1999). "Stress and the nurse". *Nursing standard*. 13(16):6-12.
- Barrett, L. & Yates, P. (2002). "Oncology / haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the speciality", *Australian Health Review*. 25(3):109-21.
- Bryant, C.; *et al.* (2000). "The relative influence of personal and workplace descriptors on stress", *British Journal of Nursing*, 9(13):13-26, 876-80.
- Caballero, M.; *et al.* (2001). "Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud", *Atención Primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 27, 303-7.
- Cam, O. (2001). "The Burnout in nursing academicians in Turkey", *International Journal of Nursing Studies*, apr. 38(2):201-7.
- Chavarría, M. "Incrementan problemas de salud mental laboral en UE y EU: OIT". *Comunicación e información de la mujer* (Edición electrónica). 2000. (citado 3 Oct 2002). Disponible en: [www.cimac.org.mx/noticias](http://www.cimac.org.mx/noticias)
- Chen, S.M. & McMurray, A. (2001). "Burnout" in intensive care nurses", *The Journal of Nursing Research: JNR*, 9(5):152-64.
- Christensen, H. B. (1990). *Estadística paso a paso*, Editorial Trillas. México.
- Coffey, M. (1999). "Stress and Burnout in forensic community mental health nurses: an investigation of its causes and effects", *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 6(6): 433-43
- Dobson, P. & Loewenthal, M. (2001). "The status of HIV/AIDS nursing in Australia: a specialty in decline?", *The Journal of the association of nurses in AIDS Care: JANAC*, 12(1):52-60.
- Edwards, D., *et al.* (2000). "Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1):7-14.
- Elorza, H. (1987). *Estadística para ciencias del comportamiento*. Editorial Harla. México.
- Fernández, P. (1996). "Determinación del tamaño muestral", *Cad. Atención Primaria*. 3:138-141.
- Flores, J.A. (1994). *Síndrome de estar quemado*. Edikete Med. Barcelona.
- Franco, M.X. (1997). *Manual integral de prevención: Comparación del nivel del síndrome de burnout en un grupo de médicos, enfermeras y paramédicos*, (Tesis de licenciatura), Universidad Iberoamericana, México, D.F.
- Gilardi J. & Iapichino J. (Coord.) (2001). "La salud de los trabajadores de la salud", *Praxis Médica* (suplemento del diario del mundo hospitalario, publicación de la asociación de médicos municipales de la Cd. de Buenos Aires. 5(18).
- Gil-Monte, P. & Peiró, S. J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Síntesis. Madrid, España.
- Grajales, T. (2000). "Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory, versión española en una población de profesionales mexicanos". *Línea de Investigación: Instrumentos de Medición*, enero-mayo.
- Grau, J.A. & Chacón, R. (1998). "Burnout: una amenaza a los equipos de salud". Conferencia presentada en la II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud, Asociación Colombiana de Psicología de la Salud –ASOCOPSI- Seccional Valle del Cauca.
- Gründemann, R.; *et al.* (1991). *The Work-Relatedness of Drop-Out from Work for Medical Reasons*. La Haya: Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo.

- Guerrero, E. (2003). "Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario", *Anales de Psicología*, 19(1):145-158.
- Gulland, A. (1999). "Work makes nurses sick". *Nursing Times*, 95(13):16
- Hall, L. (2001). "Burnout: Results of an empirical study of New Zealand nurses", *Contemporary Nurse*, 11(1):71.
- Happel, B.; *et al.* (2003). "Stress and burnout in forensic psychiatric nursing". *Stress and health*. 19:63-68.
- Harris, N. (2001). "Management of work-related stress in Nursing", *Nursing standard*. (Royal College of Nursing Great Britain). 16(10):47-52.
- Hayter, M. (1999). "Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the north of England". *Journal of advanced nursing*, 29(4):984-93.
- Henderson-Nichol, K. & Lesirge, R. (2002). "Is stress an inevitable part of nursing?", *Nursing Times*, 9(15), 98 (15):16.
- Hernández, J.R. (2003). "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención". *Revista cubana salud pública*, 29(2):103-10.
- Iacovides, A.; *et al.* (1999). "Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout?". *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(4):421-33
- Jamal, M. & Baba, V. (2000). "Job stress and burnout among Canadian managers and nurses: an empirical examination", *Canadian Journal of Public Health*. *Revue canadienne de sante publique*, 91(6):454-8
- Malach-Pines, A. (1999). "Phases of Burnout among Israeli nurses". *Journal of Health and Human Services Administration*, 22(1):7-15.
- Martínez, A. S. (2000). "Proceso del trabajo y salud mental. Área medular de la psicología del trabajo", *Salud Problema*, Nueva época, 5(8)
- Maslach C. & Jackson S. (1981). "The measurement of experienced Burnout". *J Occup Behavior*; 2:99-113.
- Mausner-Dorsch, H. & Eaton, W. (2000). "Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model". *American journal of public health*, 90(11):1765-70.
- Medina-Mora, M.E.; *et al.* (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, vol.26, no. 4.
- Noriega, M.; *et al.* (2001). "Evaluación y Seguimiento e la Salud de los Trabajadores", Serie Académicos CBS, UAM-X.
- O'Leary, L. (1993). *Mental health at work*. *Occup Health Rev* 45:23-26.
- Piko, B. (1999). "Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions", *Journal of the Royal Society of Health*, 119(3):156-62.
- Prieto, A.L.; *et al.* (2002). "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres". *Atención Primaria*, 29 (59):294-302.
- Ross, DS. (1989). *Mental health at work*. *Occup Health Safety* 19(3):12.
- Sandoval, J. (2000). "El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout", *Salud Problema*, Nueva época 5(8)
- Siegel, S. (1986). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*, Trillas, México.
- SSA (1998). Dirección general de información y evaluación del desempeño, estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. proyecciones de población de México 1996-2050, CONAPO.

SSA (2002). CGPE Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño SISPA-Subsistema de Recursos. RENIS, México.

Tselebis, A.; *et al.* (2001). "Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff" , *Nursing & Health Sciences*, 3(2). 413-422.

Udasin, G. (2000). "Health care workers". *Primary care*, 27(4):1079-102.

Warman, A. (2001). "Living the Revolution: Cuban Health Workers". *Journal of clinical nursing*, 10(3):311-19.

Fecha de recepción: 03 de octubre de 2005.

Fecha de aceptación: 27 de enero de 2006.