

ESTRÉS LABORAL EN SALUD: ESTUDIO EN 298 TRABAJADORES HOSPITALARIOS

Autor

Dr. Pascual Valdez

Opción a Premio

Diagnóstico y tratamiento

ESTRÉS LABORAL EN SALUD

RESUMEN

Propósitos: Determinar factores predictores/ asociados a desgaste en las 3 dimensiones del síndrome de Burnout: despersonalización (DP), realización profesional (RP) y cansancio emocional (CE).

Material y métodos: Diseño prospectivo, observacional, longitudinal, analítico. Se estudiaron 298 trabajadores del Hospital Vélez Sarsfield (total=720). Marzo-agosto de 2007. Muestreo azarizado. Encuesta anónima autoadministrada sobre factores sociodemográficos, escala MBI de Burnout, escala de apoyos sociales de Díaz Veiga, problemas de salud, opiniones laborales. Estadística descriptiva, inferencial, regresión lineal.

Resultados: Asocian alta DP: varones, menor edad, menor antigüedad profesional, ausencia de hijos, ausencia de hijos convivientes, mayor cantidad de personas contactadas diariamente en virtud de la tarea, presencia de errores, mayor número de guardias semanales. Asocian baja RP: varones. Asocian alto CE: menor edad, mayor número de horas de trabajo, ausencia de hijos, ausencia de hijos convivientes, presencia de errores, horas semanales dedicadas al ocio, horas semanales dedicadas al trabajo, realización de guardias, mayor número de guardias semanales, menor satisfacción extralaboral. Sin diferencias: roles (conducción y ejecución), diferentes especialidades, diferentes disciplinas, diferentes contratos, otros estudios, número de cursos, estado civil.

Conclusiones: Esta población presenta altos niveles de desgaste en 2 de las 3 dimensiones, y niveles de desgaste medios en la otra.

Palabras clave

Borunout – Estrés laboral – Equipo de salud – Apoyos sociales

INTRODUCCIÓN

“El desgaste profesional es una enfermedad laboral “

Así lo reconoció la Cámara del Trabajo de Bariloche tras la denuncia de una psicóloga de la Policía que dijo haberlo padecido en su trabajo de atención de casos de violencia familiar y abuso sexual. Su ART rechazó el reclamo porque no figura como enfermedad profesional, pero el tribunal avaló el diagnóstico y dijo que admitir el criterio de la aseguradora “sería contrario a principios constitucionales indiscutibles como aquel de que el trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes”.

No podemos sustraernos a la importancia que en los últimos años ha cobrado el tema de la calidad de vida, sobre todo a la hora de plantearse cualquier estudio en el ámbito socio-sanitario. En este contexto, es indudable que uno de los mayores retos que tiene planteado este nuevo milenio, al menos en las sociedades avanzadas, es atender, mejorar y mantener la calidad de vida en los contextos sociolaborales. De este planteamiento se desprende la importancia y el número de estudios e investigaciones que en las últimas décadas han aparecido sobre el estrés laboral.

El término Burnout es sinónimo de desgaste profesional, y su traducción literal al castellano es «estar quemado». Dicho vocablo fue acuñado por Freudenberger (1) tomando un término, por aquel entonces de uso coloquial, que definía los efectos del abuso prolongado de drogas («burned out on drugs») para referirse a un estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo. Freudenberger (2) lo empleó por primera vez en el ámbito de la salud en 1974, aludiendo a un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones de ayuda y servicio social en las que existe una relación constante y directa con otras personas que son los beneficiarios directos de su acción profesional. Lo describe diciendo: sentirse usado o exhausto debido a excesivas demandas de energía, fuerza o recursos

personales, estado de fatiga o depresión que es el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida o relación que fracasó en producir la recompensa esperada.

Freudenberg (psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva Cork) observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. 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 Buddenbrooks*, 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.

En la década posterior diversos autores elaboraron otras definiciones del síndrome, siendo la más consolidada la realizada por Maslach y Jackson en 1981 (3).

El término Burnout o agotamiento profesional, ha pasado una época de ferviente interés a partir de los trabajos de C. Maslach desde 1976, 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".

La psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de "Sobrecarga emocional" o

síndrome del Burnout (quemado) lo describe como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal" que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Estos autores consideran el Síndrome de Burnout como una respuesta inapropiada a un estrés emocional crónico que se caracteriza por cansancio físico y/o psicológico, conocido como agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales en las labores habituales. Las consecuencias del síndrome más comúnmente aceptadas son: alteraciones emocionales y conductuales, psicósomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar.

El Burnout se concibe en la actualidad como una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales que tienen su origen en factores laborales, pero también en individuales y sociales. Se considera un proceso o variable continua, de forma que sus aspectos esenciales pueden estar presentes en mayor o menor grado, es decir, su aparición no es de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina pasando por estadios: inicialmente el individuo experimenta un estrés debido a que las demandas del trabajo exceden sus recursos físicos o emocionales; más tarde se manifiesta el nerviosismo con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad y, finalmente, aparece el aislamiento emocional y social, el cinismo y la rigidez en el trato con los pacientes y compañeros de trabajo, etapa en la que ya es clara la expresión del Burnout.

En nuestro país el término Burnout en la salud comienza a cobrar fuerza, primero entre profesionales que trabajan en terapia intensiva, los especialistas en oncología, aunque luego se ha ido difundiendo. A nivel social el individualismo exagerado, el narcisismo, competencia e indiferencia llevan al aislamiento, a la

falta de solidaridad y cooperación dentro de los equipos de salud, donde nadie se hace “responsable” de sus intervenciones, situación agravada con el aumento de juicios de mala praxis.

A nivel económico la competencia de “mercado”, ha transformado la salud en un bien de consumo del que queda gran parte de la población sin poder adquisitivo, colocando a los profesionales en un lugar de impotencia frente a la falta de recursos.

En los últimos años hemos presenciado privatizaciones de obras sociales, sistemas pre-pagos, falta de presupuesto para salud con la consecuente inestabilidad laboral, baja remuneración de profesionales que implica una devaluación de su trabajo, la cantidad de pacientes que deben atender, las exigencias a las que deben someterse, son factores que ayudan a que los estresores se multipliquen y faciliten la aparición del Burnout.

Por lo que el trabajo ha pasado de ser una apoyatura para la gratificación de deseos, para transformarse en fuente de frustración, con el agravante permanente de perderlo.

Dentro de los riesgos laborales (específicamente los psicosociales), el estrés laboral y el Síndrome de quemarse por el trabajo son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, fuente de un mayor número de accidentes y ausentismo laboral (4). Freudenberguer (5) utilizó este término (Burnout) o “Síndrome de quemarse en el trabajo” para referirse al conjunto de signos y síntomas que como respuesta al estrés crónico laboral y a las medidas inadecuadas de afrontamiento hacia el estrés manifiesta el individuo, ocasionando que el sujeto se encuentre emocionalmente agotado, con actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol. Es más frecuente

que esta respuesta ocurra en los profesionales de la salud y en las organizaciones de servicios ya que exige entrega, compromiso, perfección, exigencia y servicio a los demás que trabajan en contacto directo con los usuarios de los servicios, más sin embargo a nadie se le debe excluir (5-8).

Actualmente al Síndrome de Burnout o de Quemarse por el Trabajo, se le reconoce como una “patología moderna” (9-10), derivada del estrés laboral crónico al que está expuesto un trabajador, de manera gradual y continuada, de por lo menos 6 meses de exposición según opina Capilla (6) a los estresores existentes en el medio que rodean al trabajador.

Dicho Síndrome surge de la combinación de aquellos agentes estresores negativos para el individuo (trabajador) los cuales pueden tener su origen en el entorno social, laboral y en el propio sujeto. El sexo, la edad, el estado civil, el número de hijos, etc., el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos modernos, disfunciones en el desempeño del rol, clima laboral, contenido del puesto y características de personalidad, así como la falta de apoyo social entre otras, han sido estudiados como antecedentes o facilitadores de éste Síndrome (11-12) concluyendo que si el profesional “está quemado” su percepción del problema aparece como una variable esencial que permite prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los agentes estresores y sus efectos.

El apoyo social se define como aquellas acciones recíprocas que se realizan entre las personas que conforman la red de un individuo (13-15) entendiendo por red social de apoyo al conjunto de personas que interaccionan entre sí (14), llámense familiares, amigos, hijos, cónyuges, compañeros de trabajo, superiores, etc. De forma más breve, otros autores lo conceptualizan como la necesidad de buscar

ayuda formal o informal con individuos o grupos de personas (16), satisfaciéndose a través de la interacción con los otros (17).

Es de tomarse en cuenta, que mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del Síndrome, los de carácter formal, pueden llegar a incrementarlo, puesto que requieren de mayor responsabilidad, implicación, desempeño laboral, etc.

Estudios sobre el tema realizados por Moreno (18) y col. en 1990, han tratado de observar el nivel emocional y el control del profesional ante las situaciones de emergencia que afronta en su praxis profesional. Se observa también en bomberos y policías. Algunos autores extienden la selección a profesiones no pertenecientes a la ayuda, cuidado y enseñanza.

Golvarg asimila el Burnout a los conceptos de quemarse, agotarse, gastarse, fatigarse, cansarse, estar exhausto, consumido, apagado, fundido. Define tres grados de quemadura en el trabajo: 1- ocasional y de duración breve, 2- cansancio físico y emocional de duración y repercusión media, 3- síntomas crónicos de depresión.

El modelo humanístico-existencial explica el síndrome de Burnout desde el punto de vista de la personalidad. En este sentido, los afectados son personas sobreadaptadas a los requerimientos del mundo externo, en una actividad sacrificada y sostenida a lo largo del tiempo, en desmedro de su persona. Esta personalidad laboral responde exitosamente a las exigencias de una sociedad altamente competitiva y despersonalizante. Hay sobreexigencias en el orden interno y externo que lo condicionan a no poder evaluar el costo en salud, familiar y personal, necesiéndose llegar a situaciones límites que pongan en peligro su vida, para detener esa carrera por rendir y alcanzar un éxito que no reconoce

límites. En la modalidad sobreadaptada se ha producido la pérdida del sujeto ante un mundo que avasalla y aliena. La identidad de sí está menoscabada frente a la identidad de rol, el ser para el otro del mundo laboral. Dada la disociación en la estructura de la personalidad, no logra percibir los anuncios y señales que su cuerpo le envía acerca de su sobrecarga y extenuación. Predominan los disvalores y los antivalores, fundamentalmente en lo concerniente a la vitalidad y afectividad. La producción, el rendimiento, el triunfo a cualquier precio malogran la consideración y el respeto por valores tales como la interioridad y el respeto por el cuidado, coherencia y encuentro consigo mismo.

Resumiendo, la configuración del estrés laboral y el Burnout, supone condiciones necesarias para su construcción, una personalidad proclive, un mundo laboral deshumanizado y deshumanizante, y un tipo de tarea muy demandante.

Las profesiones en que mayor medida se acusa este síndrome son aquellas en las que los profesionales deben mantener un contacto directo con la gente, caso de los trabajadores sanitarios, de la educación o del ámbito social. Los servicios de Urgencias son lugares generadores de estrés por excelencia, dadas sus peculiares características: presión del tiempo y actuaciones urgentes, imposibilidad de realizar periodos de descanso predecibles durante el trabajo, carencia de soporte ambiental (espacio, luz, decoración, climatización inadecuada), imposibilidad de planificar la asistencia, falta de cooperación de los enfermos y de sus familiares debido a las demandas en la asistencia, responsabilidad civil y penal que conlleva la asistencia sanitaria, continuo riesgo y peligrosidad al que se está sometido, aumento de las exigencias en cuanto a la calidad de la actuación profesional y continuo incremento de la presión social, que

convierte a los pacientes en sujetos hipercríticos con la actuación del personal sanitario y en blanco de las protestas por todos los fallos del sistema sanitario.

Es un dato bastante difundido la presencia de este tipo de síndromes entre los trabajadores de diversos ámbitos de la salud. En diversas zonas falta información certera respecto de su prevalencia, distribución y factores de riesgo.

Repetidos estudios han establecido una alta prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o Burnout en los trabajadores sanitarios. El SDP se cuantifica mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que valora tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal). La presencia de Burnout puede implicar un efecto nocivo para el profesional afectado mediante el deterioro de sus relaciones personales y de su salud física o mental. Entre los trabajadores con SDP se ha descrito cefalea, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales, irritabilidad, fatiga, ansiedad, depresión, infarto de miocardio y drogadicción entre otros. Además de la posible patología asociada, los trabajadores con un nivel alto de SDP, especialmente del componente Cansancio Emocional, tienen una percepción de peor calidad de vida relacionada con la salud en el componente físico y predominantemente en el componente mental.

Por lo expuesto, no cabe duda de que los servicios de urgencias pueden considerarse como verdaderos factores de riesgo para la aparición del llamado síndrome de desgaste profesional; la literatura advierte que existen diversas variables que modulan la intensidad del mismo: variables intrapersonales (sexo, personalidad resistente, autoconcepto, años de experiencia, categoría profesional), familiares (estructura familiar, número de hijos, estado civil, status

socioeconómico) e interpersonales o ambientales (habilidades sociales, actividades de ocio y tiempo libre, estilo de vida).

El Burnout puede también afectar a los pacientes al asociarse a una práctica profesional menos adecuada, o a una menor satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos. Así mismo, puede tener repercusiones sobre la empresa por aumento de los costos, ausentismo, baja implicación, bajo rendimiento y abandonos del puesto de trabajo con frecuente recambio de personal.

Los rasgos definitorios del síndrome de Burnout provienen de los trabajos de Maslach y Jackson quienes consideran tres componentes esenciales:

1. 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.
2. La Despersonalización: se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse de agotamiento.
3. 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 cansancio 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, más 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.

Los factores que influyen en el desgaste profesional son:

- ✓ *Personalidad*: Eventos vitales, edad y años de ejercicio profesional, sexo, familia y apoyo social. Una personalidad madura y una situación vital favorable serían factores protectores ante el desgaste profesional.
- ✓ *Factores Laborales*: Profesiones de gente que trabaja con gente. Condiciones laborales deficitarias en cuanto a medio físico, entorno humano, organización laboral, sueldos bajos, sobrecarga de trabajo.
- ✓ *Factores Sociales*: La extensión del síndrome de desgaste profesional hace pensar que el Burnout puede ser un síntoma de problemas sociales más amplios

Respecto a evolución del cuadro y sintomatología asociada, hay 4 etapas:

1° Etapa: Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de formas que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

2° Etapa: El individuo realiza un sobreesfuerzo o aprieta el acelerador, para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente, empieza a perder el control de la situación y van apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alienación y reducción de las metas laborales. Sin embargo, hasta aquí el cuadro es reversible.

3° Etapa: Aparece realmente el síndrome de desgaste profesional con los síntomas descritos a los que se añaden:

- ✓ *Síntomas Psicosomáticos*: como cefaleas, dolores ósteomusculares, molestias gastrointestinales, úlceras, pérdida de peso, obesidad, cansancio crónico, insomnio, hipertensión arterial y alteraciones menstruales.
- ✓ *Síntomas Conductuales*: como ausentismo laboral, abuso y dependencia de drogas, alcohol, café y otras sustancias tóxicas, consumo elevado de

cigarrillos, problemas conyugales y familiares y conducta de alto riesgo como conducción temeraria.

- ✓ Síntomas Emocionales: El rasgo más característico es el distanciamiento afectivo hacia las personas que ha de atender. Ansiedad que disminuye la concentración y el rendimiento, impaciencia, irritabilidad, actitudes recelosas e incluso paranoides hacia clientes, compañeros y jefes. Pueden volverse insensibles, crueles y cínicos.
- ✓ Síntomas Defensivos: El individuo "desgastado" niega las emociones y conductas mencionadas y culpa a los clientes, compañeros, jefes, de su situación, no hace o no puede hacer nada para salir de ella.

4º Etapa: El individuo deteriorado psico físicamente, tiene bajas frecuentes, ausentismos laborales y falta de eficacia en su tarea, que lo convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

En este síndrome tiene un papel muy importante la presión del trabajo y el ambiente físico que envuelve al profesional. De hecho, se puede definir como un estrés laboral prolongado. Esta perspectiva de prolongación en el tiempo implica el término de quemarse.

Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Administración Pública de España, los profesionales de la sanidad y la enseñanza son los colectivos del sector público más afectados por el síndrome del desgaste profesional. Se trata de profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás y se asienta sobre una personalidad perfeccionista con un alto grado de autoexigencia, con una gran tendencia a implicarse en el trabajo

El Propósito de la presentación investigación es favorecer la toma de conciencia y promover estilos de vida y hábitos saludables que ayuden a prevenir las secuelas de estos cuadros.

Los **Objetivos** del presente estudio son:

- ✓ Determinar factores predictores/ asociados a desgaste en las 3 dimensiones del síndrome de Burnout: despersonalización (DP), realización profesional (RP) y cansancio emocional (CE).
- ✓ Cuantificar niveles de desgaste.
- ✓ Describir situaciones laborales adversas.
- ✓ Describir problemas de salud posteriores al inicio laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Prospectivo, observacional, transversal, analítico.

Población

Criterios de inclusión

Profesionales del equipo de salud del Hospital Vélez Sarsfield.

Criterios de exclusión y eliminación

No hay.

Tiempo y espacio

Hospital Vélez Sarsfield, marzo a agosto 2007.

Muestreo

Azarizado, se encuestaron 298 trabajadores sobre un total de 720.

Instrumento

Se aplica una encuesta anónima autoadministrada, donde se consignan:

Datos sociodemográficos

- ✓ Sexo, edad, antigüedad profesional y en la institución, profesión, rol en el hospital (conducción o ejecución), horas de trabajo semanales (distribución por día y turno), porcentaje en práctica hospitalaria y privada, tipo de especialidad (clínica, quirúrgica, otra), tipo de designación (residente, concurrente, planta o guardia), otros estudios realizados (profesorado, licenciatura, universitario, otra carrera), número de cursos en últimos 5 años, estado civil, número de hijos, cuántos conviven, ¿cuántas personas contacta diariamente en virtud de su tarea?, ¿tiene que realizar labores de su trabajo en su casa?, ¿está en tratamiento con psicólogo o psiquiatra?, ¿tuvo licencia por estrés durante su actividad?, ¿cree haber cometido errores en la asistencia por culpa de las condiciones de trabajo?, ¿aconsejaría a sus hijos que sigan la misma carrera que usted?, número de horas semanales que dedica al ocio, ¿se ha planteado alguna vez cambiar de profesión? ¿Hace guardias? ¿De cuántas horas? ¿Cuántas por semana?

Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986), que consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones:

Responda los siguientes ítems según la frecuencia que corresponda del 0 al 6:

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

Ítems

1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo
2. Me siento cansada/o al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigada/o cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo
4. Fácilmente comprendo como se sienten las personas
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas
8. Me siento "quemada/o" por mi trabajo
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás
10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo la profesión
11. Me preocupa el hecho que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12. Me siento muy activa/o
13. Me siento frustrada/o en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a las personas a las que les doy servicio
16. Trabajar directamente con personas me provoca estrés
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio
18. Me siento estimulada/o después de trabajar en contacto con personas
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabada/o
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas

Preguntas de opinión

- ✓ ¿Siente que el trabajo influye negativamente en su vida familiar?
- ✓ En una escala de 1 a 10, respecto a la importancia en su vida, ¿qué puntaje le asignaría al "factor laboral"? (entendiendo éste como: condiciones organizativas, entorno humano, salarios y cantidad de trabajo).
- ✓ Señale las 5 situaciones que más le preocupan en su actividad:

	SITUACIÓN	X
1	Malas condiciones de trabajo	
2	Autoritarismo de los jefes	
3	Agresividad de pacientes y familiares	
4	Sueldos bajos	
5	Exceso de horas de trabajo	
6	Mal ambiente de trabajo	
7	Falta de supervisión	
8	Falta de insumos y de infraestructura	
9	Luchas por el poder	
10	Falta de educación continua en servicio	
11	Trabajo bajo presión	
12	OTRAS	

Escala de Apoyo y Contactos Sociales de Diaz Veiga

Marque con una X: ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con...?

	Cónyuge	Hijos	Familiares	Amigos	Compañeros de trabajo	Superiores	Subordinados
Muy frecuente							
Poco frecuente							
Nunca o casi nunca							

Marque con X: ¿En qué grado está usted satisfecho en la relación que tiene con...?

	Cónyuge	Hijos	Familiares	Amigos	Compañeros de trabajo	Superiores	Subordinados
Muy satisfecho							
Algo satisfecho							
Poco o nada satisfecho							

Problemas de salud

Marque con X si padece o ha padecido (en forma relativamente prolongada) alguno de los siguientes síntomas, durante su trayectoria en el sistema de salud (no marcar si los padecía previamente a esta profesión):

Cefalea		Hipertensión arterial	
Dolores ósteomusculares		Alteraciones menstruales	
Molestias digestivas		Abuso de drogas	
Úlcera gástrica o duodenal		Exceso de café	
Pérdida de peso		Exceso de alcohol	
Obesidad		Tabaquismo	
Cansancio crónico		Impaciencia	
Insomnio		Irritabilidad	

Cuestionario Breve de Burnout (CBB)

Tiene 21 ítems y 5 opciones.

ÍTEM	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
1. En general estoy más bien harto de mi trabajo	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría

2. Me siento identificado con mi trabajo	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría
3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría
4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría
5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales	En desacuerdo total	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	De acuerdo total
6. Mi trabajo actual carece de interés	En desacuerdo total	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	De acuerdo total
7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría
8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría
9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
10. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo	En desacuerdo total	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	De acuerdo total
11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos	En desacuerdo total	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	De acuerdo total
12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso	En desacuerdo total	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	De acuerdo total
13. Considera usted que el trabajo repercute en su salud (dolor de cabeza, insomnio, etc.)	Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
14. Mi trabajo es repetitivo	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría

15. Estoy quemado/a por mi trabajo	Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo	Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
17. El trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales	Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
18. Procuo despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
19. El trabajo que hago dista de ser el que yo hubiera querido	Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
20. Mi trabajo me resulta muy aburrido	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría
21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría

Análisis e interpretación de los instrumentos

MBI

El Burnout se cuantifica mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (7, 19), que valora tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal). Consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo (referidas a las actitudes, emociones y sentimientos que el profesional muestra hacia el trabajo o sus clientes) y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Este cuestionario tiene tres dimensiones: Cansancio Emocional (CE) con 9 ítems, refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás; Despersonalización (DP) con 5 ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes; y Realización Personal (RP) con 8 ítems expresa sentimientos de competencia y éxito, y en contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del síndrome.

Desgaste	DP	RP	CE
Bajo	< 9	> 39	<19
Medio	6-9	39-34	19-26
Alto	> 9	< 34	> 26
Puntaje máximo	30	48	54

Puntuaciones altas en DP y CE y baja en el RP definen el síndrome.

Aspecto Evaluado	Preguntas. Respuesta a sumar	Total
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	

Escala de Apoyo y Contactos Sociales de Díaz Veiga

Esta escala modificada (20), para la evaluación del apoyo social laboral y extralaboral es un instrumento construido siguiendo las recomendaciones de Satarino y Syme, posteriormente validado por otros autores como el estudio de Montorio (21). El inventario incluye elementos estructurales tales como: tamaño, frecuencia de contactos y tipos de apoyo con los que cuenta el sujeto (emocional e instrumental) sobre una escala ordinal de tres puntos. Por lo que respecta a las características funcionales subjetivas se incluye un último elemento que hace referencia a la satisfacción subjetiva respecto a las relaciones sociales que mantiene.

El instrumento consta de cuatro secciones correspondientes a distintos tipos de interacción social; pareja, hijos, otros familiares y amigos. A partir de este instrumento se obtienen dos índices, uno referido a características objetivas de apoyo social (oscila entre 0 y 12 puntos) y otro referido a características subjetivas de satisfacción (oscila entre 0 y 3 puntos). Por lo que respecta a sus propiedades psicométricas se determinó la fiabilidad de la escala obteniendo los índices de consistencia interna de las diferentes subescalas, variando entre 35 y 86 (22).

Para poder analizar a las redes sociales de apoyo laborales, fue necesario agregar variables enfocadas hacia el apoyo que perciben los sujetos dentro de la institución ya sea de sus compañeros, superiores o subordinados, tanto para los aspectos objetivos como para los subjetivos, los cuales serán evaluados de la misma manera que para el análisis de las redes sociales de apoyo extralaborales como se indica en el Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga.

Ambos aspectos (objetivos y subjetivos extralaborales y laborales) son sumados y ubicados dentro de un nivel de clasificación como alto, medio y bajo, los cuales podemos observarlos en la tabla siguiente:

	Apoyo extralaboral	Apoyo laboral
Alto	4 a 6	3 a 4
Medio	7 a 9	5 a 7
Bajo	10 a 12	8 a 9

Cuestionario Breve de Burnout (CBB)

La finalidad es determinar presencia de factores, del síndrome y de sus consecuencias, y si el contexto organizacional es precursor del Burnout (23).

Las dimensiones son:

	Ítems a codificar	Invertir, recodificar a la inversa
Factores de Burnout	10, 6, 14, 20	2, 16, 4, 8, 9
Síndrome de Burnout	1, 7, 15, 3, 11, 18, 5, 12, 19	
Consecuentes del Burnout	13, 17, 21	

	Bajo	Medio	Alto
Factores de Burnout	9-19	20-29	30 o más
Síndrome de Burnout	9-19	20-25	26 o más
Consecuentes del Burnout	3-6	7-8	9 o más

El contexto organizacional es precursor del Burnout cuando la media poblacional es igual o superior a 29.

Definiciones

Cansancio Emocional (CE): Sentimiento de que nada se puede ofrecer a otras personas, junto con la sensación de falta de recursos emocionales.

Despersonalización (DP): Supone el desarrollo de actitudes negativas, insensibles y distantes hacia los destinatarios de los servicios que se prestan. Con esta actitud el sujeto trata de aislarse para protegerse de la falta de energía emocional, tratando a los demás como objetos o números más que como personas.

Realización Personal (RP): Sentimiento de inadecuación personal o falta de Logros Personales en las labores habituales. Este sentimiento surge al comprobar que las demandas que se le hacen al trabajador exceden de su capacidad para atenderlas, junto a la percepción de inexistencia de posibilidades de promoción personal. Esto produce una disminución de las expectativas personales y una evaluación negativa de uno mismo con sentimientos de fracaso, rechazo de sí mismo y baja autoestima.

Estrés: se refiere a una serie encadenada de reacciones psicofisiológicas que demuestran todos los individuos ante los estímulos potencialmente nocivos o aversivos que necesariamente deben afrontarse y superarse durante el normal desenvolvimiento de la actividad cotidiana.

Síndrome de Burnout: un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

Análisis estadístico

<i>Descriptiva</i>	<i>Inferencial</i>	<i>Correlación y regresión</i>
Media, error standard (ES), mediana, desvío absoluto mediano (MAD), intervalos de confianza 95% para la media, porcentajes, intervalos de confianza 95% para porcentajes por el método exacto binomial.	Test de Fisher. Test T de Student para 2 muestras. Test de Mann-Whitney. OR e intervalos de confianza 95%.	Pearson. Regresión lineal simple. Regresión lineal múltiple.

En todos los casos se consideró p valor significativo a aquel menor a 0.05.

RESULTADOS

Se encuestó a 298 trabajadores, que representan al 41.38% de la población hospitalaria (tabla 1 y figura 1).

Los valores medios obtenidos en las dimensiones del Burnout fueron: para despersonalización (DP): 9.90, para realización personal (RP): 34.26 y para cansancio emocional (CE): 27.57, hallándose correlación negativa entre RP y las otras dos dimensiones, y directa positiva entre CE y DP, las 3 con p valor significativo (tabla 2 y figuras 2-3-4-5).

El género predominante fue el femenino (65.77%), siendo en el test T el DP superior en varones (11.16 ± 0.75 vs. 9.25 ± 0.47 , p 0.03) y el RP menor en los mismos (32.62 ± 0.98 vs. 35.11 ± 0.57 , p 0.02), no habiendo diferencias en el CE. En el análisis de regresión lineal, el sexo masculino fue predictor de DP (p: 0.0259) y de RP (p: 0.0210), en concordancia con lo hallado en el test T (tabla 2 y figuras 6-7-8).

Los valores medios de edad, antigüedad profesional y antigüedad institucional fueron 40.31, 13.92 y 9.86 años respectivamente, siendo la menor edad predictora de CE (p: 0.043) y DP (0.0095) en la regresión lineal, y la menor antigüedad profesional predictora de DP (0.0334) (tabla 4 y figura 9).

Los profesionales predominantes en el estudio fueron los médicos (46.30%), seguidos de los enfermeros (18.45%) y de los técnicos (9.39%), participando además psicólogos, trabajadores sociales, obstétricas, administrativos, fonoaudiólogas, kinesiólogas, bioquímicos, farmacéuticos y otras disciplinas (tabla 5 y figura 10).

Los médicos mostraron valores de 9.92, 35.07 y 29.13 respectivamente en las áreas DP, RP y CE, en tanto que los enfermeros presentaron en las mismas

10.60, 34.32 y 28.01 respectivamente, sin diferencias significativas entre ambas profesiones para las 3 dimensiones del síndrome; evaluando la muestra total, presentaron alto desgaste el 49.66% en DP, el 42.95% en RP y el 52.01% en CE; el 25.16% no presenta ninguna dimensión “quemada” en tanto que presentan una: el 24.49%, dos: el 30.87% y las tres: el 19.16% (tabla 6 y figuras 11-12-13).

El 94.63% cumple roles de ejecución, en tanto que el 5.36% restante tiene roles de conducción, no existiendo diferencias significativas para la variable “rol” en relación a las dimensiones del Burnout en los test T y de Mann-Whitney (tabla 7 y figura 14).

La media de horas de trabajo es 53.71 horas, cumpliéndose el 84.36% en el hospital público, existiendo relación entre la cantidad de horas y el CE ($p: 0.0021$) en el análisis de regresión lineal (tabla 8 y figura 15).

Las especialidades clínica y quirúrgica fueron las predominantes entre los profesionales médicos (31.38% y 53.28% respectivamente), no existiendo diferencias de especialidad como predictores de las dimensiones del Burnout en los test T y de Mann-Whitney (tabla 10 y figura 16).

En relación al tipo de contrato, la población médica se clasificó en: residentes (19.7%), planta (12.4%), guardia (32.84%), concurrentes que hacen guardia (10.94%), planta que hacen guardia (24.08%). Al comparar residentes vs. planta y residentes vs. guardia en cada una de las 3 dimensiones, ninguna de las 6 comparaciones halló diferencias significativas en los test T y de Mann-Whitney (tabla 11 y figura 17).

El 63.75% de los encuestados no realizó otro estudio diferente al de la disciplina que ejerce, en tanto que el 25.16% no realizó cursos en los 5 años previos, siendo

la media de cursos por persona en ese lapso de 5.43 ± 0.33 . Ni la presencia de otros estudios ni el número de cursos fueron predictores de las dimensiones del Burnout en el análisis de regresión lineal (tablas 12-13 y figuras 18-19).

El estado civil predominante fue en pareja/ casado (61.4%), pero dicha situación no fue predictora de ninguna de las 3 dimensiones del síndrome en los test T y de Mann-Whitney (tabla 14 y figura 20).

El número de hijos fue 1.3 ± 0.06 , en tanto que la media de hijos convivientes fue 1.12 ± 0.06 ; ambas situaciones se asociaron en el análisis de regresión lineal a menor CE (p 0.0028 y 0.007 respectivamente) y a menor DP (p : 0.013 y 0.0133 respectivamente) (tabla 15 y figura 21).

El promedio de personas contactadas diariamente en virtud de la tarea es 27.65 ± 0.97 , siendo dicha variable predictora de DP en el análisis de regresión lineal (tabla 16 y figura 22).

El 33.23% realiza labores de su trabajo en su hogar, conducta más frecuente en médicos (44.92%) enfermeros (42.85%) y técnicos (25%); el 13.08% está en tratamiento por salud mental (15.94% de médicos, 3.63% de enfermeros y 25% de técnicos) y el 5.7% ha tenido licencia por estrés laboral (5.79% de médicos, 9.09% de enfermeros y 7.14% de técnicos); el 73.48% no aconsejaría a sus hijos que siga la misma carrera/ profesión y el 48.32% se ha planteado alguna vez cambiar de profesión (tablas 17-18-19-20 y figura 23).

El 57.17% relata haber cometido alguna vez errores a causa de las condiciones de trabajo, siendo en el desglose la cifra de 82.6% para los médicos, 34.54% para enfermeros y 32.14% para técnicos; la presencia de errores se asoció a DP (p : 0.01) y a CE ($p < 0.001$) en el test T (tabla 21 y figura 24).

La media de horas semanales dedicada al ocio es 13.97 ± 0.8 horas, teniendo correlación con el CE ($p: 0.0162$) en el análisis de regresión lineal (tabla 22).

La media de horas semanales de trabajo es 53.71 ± 1.12 horas, teniendo correlación con el CE ($p: 0.0021$) en el análisis de regresión lineal. Hay 199 personas (66.77%) que trabajan en más de un turno (tabla 23 y figura 25).

Realiza guardia el 61.74% de los encuestados, el 59.18% de las mujeres y el 66.66% de los varones. La realización de guardias se asocia a mayores valores de CE (29.01 ± 0.86 vs. 25.24 ± 1.09 ; $p: 0.007$) (tabla 24 y figura 26).

Un mayor número de guardias semanales es predictor de DP ($p: 0.002$) y de CE ($p: 0.0045$) en el análisis de regresión lineal (tabla 25 y figuras 27 y 28).

El 44.63% refiere que el trabajo influye negativamente en su vida familiar, y el "factor laboral" es calificado con 6.79 puntos por los encuestados (tablas 26-27).

La escala de Díaz Veiga muestra como promedios: 5.91 para objetivo extralaboral (sobre 12), 4.80 para objetivo laboral (sobre 9), 5.80 para subjetivo extralaboral (sobre 12) y 5.71 para subjetivo laboral (sobre 9) (tabla 28 y figura 29).

El nivel de apoyo es alto en el 72.15% del objetivo extralaboral, en el 48.88% del objetivo laboral, en el 71.42% del subjetivo extralaboral y en el 27.40% del subjetivo laboral; al realizar el análisis de regresión lineal de los 4 modelos de Díaz Veiga con las 3 dimensiones del síndrome, solo se encuentra asociación estadística para la satisfacción extralaboral en relación al CE (tabla 29 y figura 29).

Las situaciones más preocupantes relatadas por los encuestados fueron: malas condiciones de trabajo (66.44%), agresividad de pacientes y familiares (67.78%),

sueldos bajos (77.51%), exceso de horas de trabajo (51.00%) y falta de insumos e infraestructura (52.01%) (tabla 30 y figura 30).

Las alteraciones de salud más frecuentes acontecidas luego del inicio laboral fueron: cefaleas (50.00%), dolores ósteomusculares (53.02%), cansancio crónico (53.35%), e irritabilidad (53.02%). La media de problemas/ persona es 4.16 ± 0.14 , situándose la mayoría en el rango de 1 a 5 problemas (60.06%), presentándose DP y CE como predictoras del número de problemas de salud en el análisis de regresión lineal, con p 0.0347 y 0.0000 respectivamente (tabla 31 y figuras 31-32).

Se aplicó el CBB en 61 personas, encontrándose una media de factores: 23.45 ± 0.66 , de síndrome: 25.73 ± 0.84 y de consecuentes: 9.09 ± 2.00 , teniendo una distribución de la muestra en los rangos altos del 14.75% para factores, 52.45% para el síndrome y de 59.01% para los consecuentes. Al realizar una tabla de 2×2 para factores (altos vs. medios y bajos) y para síndrome (alto vs. medio y bajo), se halla a favor de factores altos asociados al síndrome: p valor 0.01 (Fisher), OR: 10.13 (IC 95: 1.19, 85.88). Si se lo analiza como predictor diagnóstico, tiene sensibilidad 27%, especificidad 96%, valor predictivo positivo 90% y valor predictivo negativo 53% (tabla 32 y figuras 33-34-35).

Se validó el CBB para esta muestra, tomando como patrón al MBI, encontrándose correlación directa entre el síndrome (CBB) y las dimensiones CE y DP, e inversa con el RP. La regresión lineal entre factores (CBB) y dimensiones halló asociación con CE y DP. También se ensayó una validación incorporando en el modelo a los problemas de salud acontecidos luego del inicio laboral y a los 3 elementos del CBB en regresión lineal, encontrándose asociación para los 3 (tabla 33).

DISCUSIÓN

Se observan inicialmente las **Conclusiones** del presente estudio:

- ✓ Esta población presenta altos niveles de desgaste en 2 de las 3 dimensiones, y niveles de desgaste medios en la otra. Solo el 25% no tiene ninguna dimensión quemada, el 19% tiene las 3.
- ✓ Asocian alta DP: varones, menor edad, menor antigüedad profesional, ausencia de hijos, ausencia de hijos convivientes, mayor cantidad de personas contactadas diariamente en virtud de la tarea, presencia de errores, mayor número de guardias semanales.
- ✓ Asocian baja RP: varones.
- ✓ Asocian alto CE: menor edad, mayor número de horas de trabajo, ausencia de hijos, ausencia de hijos convivientes, presencia de errores, horas semanales dedicadas al ocio, horas semanales dedicadas al trabajo, realización de guardias, mayor número de guardias semanales, menor satisfacción extralaboral.
- ✓ Sin diferencias: roles (conducción y ejecución), diferentes especialidades, diferentes disciplinas, diferentes contratos, otros estudios, número de cursos, estado civil.
- ✓ Es alta la prevalencia de errores en los profesionales médicos, y media en enfermeros y técnicos.
- ✓ Dos de cada tres trabajadores realiza más de un turno de trabajo.
- ✓ Más de la mitad relata malas condiciones de trabajo, agresividad de pacientes y familiares, sueldos bajos, exceso de horas de trabajo y falta de insumos e infraestructura.
- ✓ DP y CE son predictoras del número de problemas de salud acontecidos luego del inicio laboral.

Se relatan a continuación los hallazgos más relevantes del estudio, cotejándolos posteriormente con la literatura. Los resultados de este estudio se inscriben con cursiva.

Los hallazgos y la discusión están divididos en los siguientes ítems:

El síndrome y sus dimensiones
Factores sociodemográficos
El síndrome y el personal hospitalario
Cantidad de trabajo
Apoyos
Aspectos de la organización
Consecuencias para los pacientes
Consecuencias para los trabajadores
EL CBB y los predisponentes

El síndrome y sus dimensiones

✓ *Los valores promedio para DP (9.90) se sitúan en el rango alto de desgaste, al igual que los de CE (27.57), situándose en el rango medio los de RP: 34.26.*

Un estudio en el Servicio de Urgencias de Badajoz (24) en una muestra de 106 trabajadores, 42.45% de la muestra corresponde a varones, en la distribución por profesiones se observa un 43.39% de médicos residentes, 16.98% de enfermeros, 14.15% administrativos, 13.20% auxiliares de enfermería y 12.26 médicos de planta. En la distribución por estado civil se observa un 57.54% de casados, 37.73% solteros, 0.94% viudos y 2.8% sujetos incluidos en otras categorías. La distribución de la variable referida a la prolongación de la jornada laboral, un 46.22% de los sujetos prolongan su jornada de trabajo frente a un 53.77% que no trabajan más allá del tiempo establecido. La variable denominada experiencia profesional fue operativizada como número de años trabajando: 18.86% de los sujetos tienen menos de 1 año de experiencia, 32.07% poseen una experiencia entre 1 y 5 años, las personas que llevan trabajando entre 5 y 10 años representan el 17.92% de la muestra total y, por último, con más de 10 años de experiencia el 31.13%. En la distribución por situación laboral o tipo de contrato, el 34.90% son personas con contrato fijo, el 10.37% en posesión de interinidad y un 54.71% personas contratadas. Las puntuaciones obtenidas por esta población sanitaria la sitúan en un nivel bajo-medio de “desgaste” profesional, con un nivel bajo de CE (14.21 ± 7.30), un nivel medio de DP (6.96 ± 4.12) y un nivel alto de desgaste debido a una falta de RP (23.7 ± 5.18). El 44.33% de los encuestados informó sobre la presencia de alteraciones psicofísicas los tres meses previos al estudio. Refirieron: ansiedad el 19.81%, estrés el 13.20%, depresión el 3.77% e insomnio el 7,54%.

Farber (25) considera a este síndrome como la aparición de cambios físicos y en las actitudes y emociones de los profesionales que se dedican a ayudar a otros como por ejemplo los que se dedican a la docencia, servicio social y el cuidado de la salud.

Maslach (26) busca la correlación entre las profesiones y su contexto apelando a la investigación de los factores sociales y organizacionales que contribuyen al Burnout, según esta autora “los factores situacionales están en el corazón del Burnout y el aspecto clave es estar emocionalmente exhausto”. Cuando se agotan los recursos emocionales, los profesionales sienten que no pueden dar más de sí mismo o entregarse. Esta conducta es una dimensión del interés y preocupación por los pacientes, que los lleva a evitar el contacto, produciéndose un distanciamiento afectivo. Así aparecen cambios en las conductas, en los sentimientos y en el pensamiento. Atender al dolor, la muerte, la enfermedad terminal, las situaciones límite de otros, con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada, o muy poco, es un estresor.

En el estudio del personal de salud y estrés hay 2 elementos que se repiten: la satisfacción profesional y el alto nivel de estrés. Un estudio de la AAFP (27) con 850 médicos de familia mostró que el 97% estaba satisfecho con su trabajo, pero el 75% se consideraba estresado, teniendo como causas la presión temporal y la urgencia del trabajo inmediato.

Respecto a DP, Maslach y Jackson (28) observan que la aparición de sentimientos negativos y en muchos casos de actitudes cínicas hacia las personas con quienes se trabaja e inclusive hacia familiares y amigos, contribuye a la generación de un proceso conducente a la falta de sensibilidad y a la deshumanización. Los pacientes pasan a ser considerados como causante de los

problemas relacionados al cansancio emocional sufrido, lo que produce una sensación de vacío que deteriora la relación médico-paciente.

Factores sociodemográficos

- ✓ *Los varones tienen DP superior y RP menor que las mujeres, sin diferencias en el CE.*
- ✓ *Menor edad es predictora de CE y DP; menor antigüedad profesional es predictora de DP.*
- ✓ *El estado civil en pareja/ casado no fue predictor de desgaste.*
- ✓ *El número de hijos y la presencia de hijos convivientes se asocia a menor CE y a menor DP.*
- ✓ *Ni la presencia de otros estudios ni el número de cursos fueron predictores de desgaste.*

Hay datos contradictorios en la literatura. Según algunos autores, suele haber ausencia de relación entre factores sociodemográficos (edad, estado civil, años de profesión, etc.) y nivel de Burnout en cualquiera de sus dimensiones específicas (29).

La presencia de factores individuales y sociodemográficos como la edad, género, estado civil, escolaridad, puesto actual, antigüedad laboral, etc.; se han visto asociados al desarrollo del Síndrome (30-33). Otros estudios revelan no haber encontrado asociación o diferencia estadísticamente significativa entre ellas (4,34,35).

En cuanto al sexo (36), en general se observa que las mujeres sobrellevan mejor que los hombres las situaciones conflictivas laborales. No obstante últimamente hay índices crecientes de sobrecarga laboral por experimentar la gran presión de tener un doble trabajo, en el hogar y en la institución, empresa, etc. Además, en no pocas ocasiones tiene la mayor responsabilidad sobre el hogar.

Las mujeres médicas tienen niveles de satisfacción más elevados pero mayor estrés que los varones (37). Richarsen (38) considera que las fuentes de estrés son distintas para médicos y médicas. Según Bowman (39), las mujeres se

vuelcan más por tocoginecología y pediatría, caracterizándose por dedicar mayor tiempo a los pacientes, ver un menor número de los mismos y trabajar menos horas a la semana que los varones. Un trabajo canadiense halló mayores niveles de estrés en las mujeres médicas.

En un estudio en San Luis (40) aunque no existen diferencias significativas entre hombre y mujeres con respecto al síndrome de Burnout, sí existen en las puntuaciones obtenidas en algunos factores; así, las mujeres presentan puntuaciones más altas en CE.

Frederemburg y North (41) en un estudio realizado en 1985, concluyeron que las mujeres con gran frecuencia llegan a estar quemadas porque suman a las tareas laborales las domésticas. No obstante, existen controversias y mientras que autores como McDermont (42) en 1984 no encuentran diferencias, otros encuentran mayores puntuaciones en mujeres , como es el caso de Bennett, Michie y Kippax (43) en 1991 y otros en hombres Prieto y Robles Agüero (44) en su estudio con médicos residentes en la ciudad de Cáceres en 2002.

Respecto a las diferencias encontradas en grado de Burnout respecto a al variable sexo, en un estudio (24) las puntuaciones obtenidas en DP y RP no muestran diferencias significativas, pero en el factor CE las mujeres obtienen mayores puntuaciones.

No está bien definida la relación existente entre años de desarrollo de una profesión de ayuda a los demás y el Burnout. Cherniss (45) en 1982 y Maslach (46) en 1982, argumentaban que a medida que los años avanzan el sujeto va ganando en experiencia y seguridad en las tareas laborales y muestran una menor vulnerabilidad a la tensión laboral. Por el contrario, en otras ocasiones se

propone que el número de años trabajados está en relación directa con el Burnout.

Un grupo vulnerable al estrés es el de los médicos en formación. Deckard y col (47) consideran que el período vulnerable es entre los años 2 y 5 posgraduación. En este período se producen los procesos clave de adaptación y ajuste a las nuevas tareas o el fracaso en las tareas básicas; la transición entre conocimiento teórico y praxis, la inexperiencia, la incertidumbre ante los síntomas y los recursos, el enfrentarse a situaciones desconocidas coloca al joven en una situación de estrés constante (48). Los residentes tienen niveles más altos de ansiedad, depresión e inestabilidad emocional (49).

Se exploró la existencia del Síndrome de Burnout en médicos de guardia de un hospital general de la ciudad de San Luis (40), encuestando en el año 2003 a 54 mujeres y 18 varones (sobre una dotación de 102 profesionales) que realizaban guardias en el mencionado hospital, cuyas edades oscilaban entre 30 y 60 años. Este estudio encontró puntuaciones más elevadas para DP en los médicos más jóvenes. En dicho estudio, teniendo en cuenta el tiempo de profesión de los integrantes de la muestra, se pudo detectar que los sujetos que pertenecían al subgrupo comprendidos entre 5-15 años registraron puntuaciones más elevadas en todas las escalas del MBI, en relación al grupo cuyos años de profesión oscilaban entre 16 y 35 años (en especial en DP). A pesar que el mayor número de años de profesión podría influir en los efectos acumulativos de situaciones estresantes, en la presente muestra se pudo observar que los que presentaban mayor tiempo en el ejercicio de la profesión, habían podido afrontar de forma satisfactoria las situaciones conflictivas sin sufrir deterioro psicológico significativo, es decir que la antigüedad los preservaría de sufrir estrés ocupacional. Esto lleva

a pensar que contrariamente a lo esperado, a medida que pasa el tiempo, el contacto permanente con situaciones estresantes ha podido en esta muestra de personal médico, resistir al sufrimiento y la muerte como experiencia cotidiana. En este estudio (40), los médicos residentes han obtenido la menor puntuación en el factor CE y esto podría estar modulado por otras variables como son el menor número de años que llevan trabajando, entusiasmo inicial y expectativas positivas, menor responsabilidad con el enfermo (en algunas ocasiones), nuevos aprendizajes dado que se trata de un periodo de formación, de transición desde las expectativas idealistas hacia la realidad de la práctica cotidiana y, en algunos casos, conocimiento de los resultados que obtienen sus esfuerzos. La edad incide en la magnitud de la despersonalización, la presencia de síntomas especialmente en los médicos de guardia más jóvenes, confirma la condición de estresante de la labor de los mismos.

Pareciera que los médicos más jóvenes serían más susceptibles a sufrir el impacto producido en los primeros años de la tarea hospitalaria en tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas, según Floréz-Lozano (50).

Holmes y Rahe (51) consideran que los distintos acontecimientos emotivos y estresantes que se acumulan en la vida de una persona guardan estrecha relación con su estado de salud presente y/o futuro.

Al respecto Floréz-Lozano (50) considera que el cuidado de pacientes con patologías graves en muchos casos, escasez de personal unido a la sobrecarga de trabajo y al conflicto de roles, podrían llevar al personal médico a abandonar su carrera o profesión.

Henderson (52) dice que el "Burnout" es una dolorosa advertencia de los límites reales de la medicina y de la habilidad médica, ya que la angustia y la desesperación serían las respuestas naturales ante las expectativas irreales autoimpuestas y que se reflejaría con mayor intensidad en los médicos más jóvenes.

Algunos autores relatan que más frecuentemente experimentan estrés laboral y Burnout los profesionales jóvenes y de reciente incorporación a la actividad profesional, ya que no cuentan con suficientes capacidades de defensa frente a la sobreexigencia (36).

Se observa que a mayor edad por lo general se tiene mayor seguridad en sí mismo, con lo que disminuye la vulnerabilidad. Los sujetos más jóvenes e inexpertos son en general más vulnerables a sufrir síntomas de Burnout.

La ambigüedad de rol suele manifestarse en médicos jóvenes, por ejemplo con la incertidumbre sobre los diagnósticos y la toma de decisiones correspondiente (53).

McCraine y Bandasma (54) investigaron la vulnerabilidad de los médicos al Burnout y la relación de este síndrome con la antigüedad en la profesión, con rasgos personales que determinan una inadecuada adaptación y con la exposición a factores de estrés en la práctica médica. Los mayores índices de Burnout se correlacionaban significativamente con una escasa autoestima, disforia, ansiedad, preocupación obsesiva y aislamiento.

En un trabajo (24), la antigüedad laboral marca diferencias significativas en CE y DP entre aquellas personas que llevan de 1 a 5 años trabajando y lo que llevan de 5 a 10 y los de 1 a 5 con los que llevan más de 10. Sin embargo, no existen diferencias entre los sujetos que llevan de 5 a 10 años trabajando y los que llevan más de 10. Por tanto, parece existir un punto de corte a partir del cual aumenta el

CE y la DP en el desarrollo del ejercicio profesional, este punto sería alrededor de los 5 años. No existen diferencias estadísticamente significativas en la RP en ninguno de los tres grupos.

Existen datos contradictorios en lo referente a la relación de las variables estado civil y Síndrome de Burnout. Es posible que el matrimonio proteja de la aparición del Síndrome de Burnout por su tendencia a anular la sobreimplicación en el trabajo como concluyó en su estudio Shubin (55) en 1978. Pero otros estudios encuentran niveles mayores de estrés y de Burnout relacionado con el trabajo en los solteros que en los casados, como es el caso de Whitley (56) et al. en 1994 y de Seltzer y Numerof (19) en 1988. Otros autores, no coinciden con estos resultados; así McDermot (42) en 1984 no observa que existan diferencias en cuanto a los niveles de Burnout en relación con el estado civil y Kirkald (57-59) en reiteradas ocasiones, 1991, 1993 y 2002 plantea que los trabajadores casados serán particularmente susceptibles a los efectos negativos del trabajo. Un estudio en Perú con 98 médicos (60) no halló relación entre el estado civil y el síndrome.

En un estudio (24), analizando la variable estado civil, no existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en el grupo de casados y en el grupo de solteros en ninguno de los tres factores.

En un estudio mexicano (61) las variables sociodemográficas: el género, la edad, el tener hijos, el puesto actual y la antigüedad en el puesto laboral no presentan riesgo para el desarrollo del Síndrome. Sin embargo las variables estado civil y la escolaridad superior o inferior que la requerida por el puesto si presentan riesgo para el desarrollo del mismo.

Los sujetos casados experimentan menos el Síndrome de quemarse por el trabajo (4,32). Se podría deducir que el inadecuado apoyo socioemocional recibido, así

como la insatisfacción con el mismo afecta de una u otra manera al sujeto, ocasionando o facilitando el desarrollo del Síndrome. Por ejemplo, para Atance (62) el grupo constituido por los sujetos separados, divorciados y viudos presentan mayor riesgo hacia la dimensión "falta de realización personal". Es de tomarse en cuenta que los profesionales de la salud se encuentran sometidos a una diversidad de riesgos que pudieran traer consecuencias, una de ellas que día a día se presenta con mayor frecuencia en este grupo de profesionales de la salud es precisamente el Síndrome de Burnout (63-65). El contar con apoyo social puede reducir el Síndrome así como su ausencia intervenir como factor negativo, es decir como un estresor con importantes efectos sobre el Síndrome.

En un estudio (40) se pudo detectar que los sujetos que integraron la muestra y que tenían hijos, presentaron mayor Realización Personal (RP), es decir que este grupo evalúa positivamente las tareas diarias en cuanto al contacto con los pacientes, al estar contenidos por su familia y por consiguiente por sus hijos, lo que les permitiría desempeñar mejor su rol profesional.

Es ampliamente estudiado que la familia funciona como protector ante situaciones estresante cumpliendo funciones de "buffering effects" o efectos de amortiguación según Cohen y Wills (66). Este tipo de recursos sociales (apoyo social) actúa en íntima interacción con los recursos del individuo (afrontamiento o coping).

El hecho de ser padre o madre mejora el equilibrio al estar la persona más habituada a adaptarse y ser flexible. La posibilidad de contar con el apoyo y estímulo familiar suele destacarse como un aporte importante para el individuo (36).

La "capacitación continua", se asocian a las dimensiones CE y DP (61)

El síndrome y el personal hospitalario

- ✓ *Los médicos y los enfermeros mostraron valores de alto desgaste en DP y CE, y medios en RP. De la muestra total, presentaron alto desgaste el 49.66% en DP, el 42.95% en RP y el 52.01% en CE; el 25.16% no presenta ninguna dimensión “quemada” en tanto que presentan una: el 24.49%, dos: el 30.87% y las tres: el 19.16%. No hay diferencias de desgaste entre médicos y enfermeros.*
- ✓ *No hay diferencia entre especialidades clínicas y quirúrgicas ni entre residentes vs. planta ni entre residentes vs. guardia en relación a desgaste.*

En un estudio (24), respecto al tipo de contrato se pone de manifiesto que aquellas personas con contrato de interinos tienen mayor CE y los contratados menos puntuación en este mismo factor. En los otros dos factores, DP y RP no existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada grupo de profesionales. No obstante, existe dificultad a la hora de interpretar este resultado pues, se sabe que la mayoría de las personas contratadas llevan menos tiempo trabajando, su categoría profesional es, en la mayor parte de los casos, la de médico residente y estos factores pueden ser iguales o más importantes que la situación laboral.

En Mendoza se realizaron 3 experiencias (67-69). Una de ellas compara 95 médicos en formación y 49 médicos de planta, encontrando que los más jóvenes tienen mayor desgaste, se sienten más insensibles y tienen mayor interferencia del trabajo en su vida privada. Una experiencia 2 años después amplió la muestra a 193 médicos en formación y 57 médicos de planta, encontró similares resultados. Al comparar residentes de clínica y de cirugía, se encuentra mayor agotamiento emocional e insensibilidad en los clínicos, y más agotamiento físico, problemas familiares y menor grado de satisfacción personal en los cirujanos.

Un estudio en México (61) en médicos de familia muestra que el 16.0% de la población se encuentra “quemado” en la dimensión CE, el 84.7% en la de RP y solo 3 (1.8%) de los médicos en la de DP. Cuando se analiza por la totalidad de

las dimensiones que maneja el Síndrome, se obtiene una prevalencia del 42.3% de médicos "quemados" en alguna de las tres dimensiones (con una buena red de apoyo social).

Gil-Monte y Peiró (11,12), refieren que el Síndrome de quemarse por el trabajo oscila entre un 5 y 15% como mínimo. En Venezuela un estudio reportó haber encontrado individuos con este Síndrome en un 10.3% para un nivel medio y un 6.5% en un nivel alto de 78 trabajadores del Hospital Ambulatorio de Guayana (70). Estudios como el de Cebriá (71) reporta prevalencias del Síndrome de Burnout del 12.4%.

Un estudio con 106 sujetos, todos ellos trabajadores del Complejo Hospitalario Infanta Cristina de la ciudad de Badajoz (24) sitúa a los participantes en un nivel medio de "desgaste". De estos resultados se concluye que el CE es bajo en esta población, siendo ligeramente superior en las mujeres, en auxiliares de enfermería y enfermeros, en los profesionales con un contrato de interinos, en los casados y en los trabajadores que llevan más de cinco años trabajando. Con respecto al factor DP las puntuaciones arrojan un nivel medio, presentando mayor despersonalización y mayor desgaste las mujeres, auxiliares de enfermería y camilleros, los solteros y los interinos. En cuanto al factor RP, las puntuaciones obtenidas sitúan a los sujetos objeto de estudio en un nivel bajo de logros y por tanto mayor desgaste, siendo el contraste mayor en mujeres y camilleros. El CE presenta puntuaciones más altas en el grupo profesional de auxiliares de enfermería y enfermeros sin que existan diferencias significativas entre ambos. Las diferencias son significativas únicamente al comparar el grupo de residentes con el de enfermería y residentes con auxiliares de enfermería. Las diferencias entre los demás grupos son sólo significativas en el caso de médicos residentes y

médicos de planta, obteniendo los últimos mayor puntuación. Por otra parte, no es de extrañar que las puntuaciones más altas sean para auxiliares y enfermeros pues, se sabe que el contacto directo con el enfermo y la mayor cercanía, los cuidados que este personal ofrece a los pacientes y la carencia de delimitación de campos de trabajo entre profesionales cercanos (ej.: enfermería y auxiliares, enfermería y médicos, psicólogos y trabajadores sociales) parecen influir en el factor de agotamiento emocional y en el Síndrome de Burnout en general. En DP las puntuaciones son más bajas en el grupo de residentes, siendo significativas las diferencias entre este grupo y todos los demás. El resto muestran resultados muy parecidos, aunque con puntuaciones algo mayores en el grupo de auxiliares de enfermería seguidos del grupo de enfermeros. En RP las puntuaciones obtenidas son muy semejantes en los grupos de enfermeros, residentes y auxiliares; los médicos de planta son los que obtienen mayor puntuación en este factor existiendo diferencias significativas entre este grupo y todos los demás. El RP se relaciona de forma inversa con el síndrome del desgaste profesional, es decir a mayor puntuación, mayor logro personal y por tanto, menor Burnout. Teniendo en cuenta esto, las puntuaciones más altas en este factor son las obtenidas por médicos de planta, es decir este grupo de profesionales se sienten más recompensados y satisfechos por el trabajo diario. Comparando los resultados de un estudio de San Luis (40) (médicos de guardia) con una muestra de enfermeras argentinas, estudio de Albanesi y Barbenza (72), se pudo detectar que las puntuaciones obtenidas por médicos de guardia fueron mayores en las variables CE y DP y menores en RP que las obtenidas por el grupo de enfermeras.

Un estudio en 75 residentes realizado en Bahía Blanca en 2004 (73) encontró que los niveles de Burnout son bajos (8%), pero un alto número de residentes presentaron algún grado de estrés laboral (78.7%), siendo el cansancio emocional (38.7%) y la despersonalización (37.3%) las variables más halladas. El cansancio emocional fue mayor en aquellos con menos años de experiencia.

En Terapia Intensiva, hubo un estudio con 1800 enfermeras (74), donde se encontraron varias categorías de estrés, siendo las más importantes el conflicto interpersonal y la gestión de servicios. Otros autores (75) ponen énfasis en la tecnología como nuevo factor de estrés, pues se pone permanentemente en compromiso la competencia profesional.

En un trabajo comparativo de 291 médicos y 379 enfermeras, se halló mayor nivel de estrés en estas últimas (76), encontrándose problemas administrativos, de evaluación social y de ambigüedad de rol como estresores adicionales para enfermería.

El cansancio emocional en enfermeras puede asociarse a su falta de control (no poder influir en las decisiones de los médicos), pero el mismo trabajo encierra que las enfermeras afrontan mejor que los médicos el estrés, al no centrarse exclusivamente en sus tareas laborales (77); los índices de cansancio emocional son proporcionales al tiempo utilizado en cuidados directos a los pacientes. La sobrecarga laboral y la falta de participación en la toma de decisiones también intervienen en el cansancio emocional.

El 30-40% de los médicos sufren Burnout hasta el punto de afectar su rendimiento personal (47), y el cansancio emocional puede afectar al 58% de los médicos. En otro estudio con infectólogos (78), se halló que el cansancio emocional afectaba al 44%, la despersonalización al 40% y la falta de realización personal solo al 8%.

El contacto con los pacientes puede ser fuente de Burnout, por varios motivos: naturaleza de los problemas de los pacientes (quemaduras, tumores faciales), pacientes terminales, HIV, la comunicación con los pacientes o sus familiares (29). La atención de pacientes con SIDA genera un estrés adicional por la edad de los casos, el miedo al contagio, sus caracteres sociales específicos (36).

El cuadro de Burnout se agrava determinadas especialidades como pediatría, cirugía, anestesiología, oncología, enfermos terminales, terapia intensiva, emergentología, HIV. En CIRUGÍA: la acción quirúrgica exige una particular disociación en la personalidad para poder ser llevada a cabo con precisión. Ciertos aspectos de la sensibilidad deben ser puestos de lado en esos momentos a fin de que no interfieran y dificulten el desarrollo de la operación. Esta disociación unida a la experiencia de gran poder que se experimenta frente a un cuerpo que está allí, pasivo ante su persona y los movimientos que realizara con ese cuerpo sufriente, pueden comprometer su equilibrio personal.

En TERAPIA INTENSIVA: esta especialidad manifiesta frecuentemente en quienes la ejercen alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas, y suelen demandar atención inmediata. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente es el de trastornos depresivos, algunos con intento de suicidio, problemas relacionados con alcohol y abuso de drogas, ansiedad, esquizofrenia, trastornos de personalidad. Una experiencia en una terapia intensiva de la CABA (79), con un total de 11 profesionales estudiados (médicos y enfermeros), encontró como caracteres más prevalentes: la tendencia a la acción, la agresividad, la expansividad (capacidad de un sujeto de conectarse masivamente con el medio) y la inseguridad.

En ONCOLOGÍA: López Ibor (80) observa la presencia de Burnout en médicos que trabajan con enfermos de cáncer dado que se ven sometidos a situaciones de stress y ansiedad al poner altas expectativas de curación de enfermos que tiene muchas veces muy comprometida su salud y las posibilidades de recuperación de las mismas. Teniendo que aceptar resultados negativos, deben soportar altos niveles de frustración profesional, situación que repercute en su propia salud.

En DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, en una investigación comparativa de índices de Burnout entre varias especialidades asistenciales (Salud Mental, Oftalmología, Planificación Familiar y Radiodiagnóstico) en lo que se refiere a Agotamiento Emocional, los profesionales de esta última especialidad mostraron los índices más elevados. Se estima que estos resultados se deben a la presencia de variables específicas, posiblemente relacionadas con las demandas que plantean los pacientes, más que con el grado de involucración personal que no es alto en estos especialistas.

Así mismo el Burnout se presenta sobre todo en la dimensión “despersonalización” y “somatizaciones”. Ramírez y Graham (81), realizaron un relevamiento para evaluar los tres componentes del Burnout entre cuatro equipos de especialistas. Los radiólogos reportaron los niveles más elevados de Burnout en términos de realización personal, aunque presentaban los niveles más bajos de estrés. Los cirujanos mostraron los mayores niveles de estrés y satisfacción. Los gastroenterólogos y oncólogos presentaron valores intermedios. Esto permite sostener que la satisfacción laboral protege significativamente la salud mental contra el Burnout.

Los profesionales de la ENFERMERÍA sufren un alto índice de riesgo a experimentar Burnout. Las múltiples demandas, provenientes de enfermos, médicos, familiares, sobrecargan al enfermero que está ubicado como variable mediadora entre todos ellos, debiendo darles respuestas diferenciadas y de coordinación de la información, sufriendo a menudo las quejas y las críticas de todos ellos. Es así mismo causa de estrés profesional la falta de reconocimiento social, las bajas remuneraciones, las intensas cargas de trabajo, el horario prolongado. Entre los factores aceleradores de sufrir Burnout en el personal sanitario, se menciona la cantidad de tiempo en contacto directo con los pacientes. Este ítem adquiere gran importancia en la profesión de Enfermería. Los enfermeros están hace tiempo luchando por lograr un lugar de reconocimiento y autonomía profesional. La profesionalización de la carrera es una de sus expresiones. No obstante, por lo general aún se observa un escaso nivel de autonomía laboral, ausencia de funciones claras y definidas, lo cual conduce a un sufrimiento laboral que puede traducirse en una baja implicación respecto de una identidad e idoneidad profesional ya que esta es controvertida, o poco valorada. Los hallazgos de Burnout en ENFERMEROS de PSIQUIÁTRICOS daban como cuadro clínico una pérdida de eficacia en el trabajo, somatizaciones, abuso de alcohol y/o medicamentos, problemas relacionales en el sentido de retraimiento o bien hipersocialización, desde una condescendencia excesiva hasta una paranoia referida a los colegas, pacientes o administrativos. En síntesis, se desarrollan actitudes de evitamiento y rigidez que conducen al ausentismo o abandono de las funciones.

Se estudió la prevalencia de síntomas en enfermeros (82,83). El grupo A de síntomas (CANSACIO Y AGOTAMIENTO) presenta la mayor incidencia de

sufrimiento laboral. Son significativos los índices hallados (51% de presencia de estos síntomas, en una frecuencia e intensidad media). El grupo B de síntomas (DESPERSONALIZACION) son significativos los índices de vulnerabilidad al "Burnout", en una frecuencia e intensidad algo inferior (45%) al grupo A de síntomas. El grupo C de síntomas (SENTIMIENTO DE INCOMPETENCIA E INADECUACION LABORAL) son significativos asimismo los índices de vulnerabilidad, en menor proporción (28%) que en el grupo A y B. En cuanto SOMATIZACIONES, un 30% de los encuestados refieren experimentar con una frecuencia e intensidad media, síntomas corporales, que se localizan sobre todo en cervicales, espalda y hombros, miembros superiores e inferiores, cefaleas, insomnios, ojos.

Un estudio transversal en España con 473 enfermeras (84) mostró como predictores de Burnout: edad, status laboral, sobrecarga de trabajo, experiencia con dolor y muerte, interacciones conflictivas, ambigüedad de roles, personalidad contenedora.

En SALUD MENTAL: el énfasis que el psicoanálisis puso en el establecimiento del encuadre terapéutico tendría como efecto el hecho de poder el terapeuta contextualizar el sufrimiento profesional, y de ese modo, limitar el riesgo de padecer enfermedades laborales. El análisis de la contratransferencia ayuda a entender la sobreinvolucración personal con el tratamiento. El terapeuta que logra objetividad y control de sus emociones tiene mayores recursos para desempeñar su rol sin deterioro personal. Kenberg (1975) centra en la capacidad del analista de no hacer por los pacientes nada que ellos mismos no puedan o no desean hacer por sí mismos, el factor de consolidación de la función terapéutica en cuanto a guardar neutralidad y objetividad, especialmente en los pacientes

borderline. El adoptar una actitud de distancia y frialdad, cinismo, poca empatía, no son soluciones al problema de Burnout sino más bien efectos del mismo. Álvarez Gallego y Fernández Ríos señalan los siguientes factores precipitantes a experimentar Burnout específicos de esta profesión:

- 1) el gran tamaño de las instituciones y el elevado número de pacientes que hay que atender.
- 2) la gravedad de la enfermedad psíquica.
- 3) la cantidad de tiempo en contacto directo con los pacientes.
- 4) el intento de abordar de la enfermedad sin limitarse a los tratamientos de orientación más organicistas.
- 5) las insatisfactorias condiciones laborales en relación al salario, estabilidad laboral, oportunidades de promoción, autonomía, presión de trabajo, apoyo de los compañeros.

A su vez Bouza, González y San Martín Castellanos (1994) indican los siguientes factores precipitantes de sufrir Burnout específico de los profesionales de Salud Mental:

- 1) el nivel de compromiso emocional elevado con el paciente por su implicación personal en el tratamiento psicoterapéutico trae como consecuencia trastornos físicos, conductuales, agotamiento emocional y deterioro del rendimiento.
- 2) el intento de abordar la enfermedad sin limitarse a los tratamientos de orientación más organicistas. Los psiquiatras que no practican la psicoterapia manifiestan menores índices de Burnout por hallarse menos involucrados desde sus personas e historias vitales en el tratamiento de los pacientes.
- 3) la influencia del ciclo vital y la historia personal del terapeuta sobre su práctica profesional y el impacto de la posible reactivación de cuestiones personales por

los contenidos que el paciente aporta en el curso del tratamiento constituyen una fuente de interferencias y complicaciones, que exigen un continuo gasto de energía emocional.

4) las tasas de éxito profesional no son suficientes para crear satisfacción con el trabajo. A la falta de recursos se le suma un mal pronóstico en ciertas ocasiones que es irreversible, sigue en deterioro progresivo y termina en algunas ocasiones en suicidio. La falta de proporcionalidad entre la cantidad de esfuerzo realizado y los resultados obtenidos generan desaliento.

La sintomatología más frecuente para estos autores entre los trabajadores de la salud mental es la desilusión, distanciamiento, intelectualización de los conflictos, las manifestaciones somáticas son cefaleas, dolores de espalda y gastritis. La gravedad de los pacientes tratados influye en el grado de satisfacción con la tarea, dado que los resultados terapéuticos son menos exitosos que en patologías menos severas que crónicas.

Donde más estudios se realizaron sobre Burnout en personal de salud fue en **salud mental**.

Uno de ellos, realizado en Suecia (85) se centro en investigar el sentimiento de cumplimiento profesional y agotamiento en personal de Salud Mental; este estudio enfatiza la importancia de los factores organizacionales sobre los individuales para predecir agotamiento profesional y satisfacción laboral. Los factores organizacionales hallados como significativos para prevenir agotamiento y crear cumplimiento laboral son: planeamiento de la eficacia relacionado con el desarrollo personal y la autonomía, calidad de metas explícitas, carga laboral ajustada a las posibilidades de los profesionales, liderazgo centrado en la tarea estimulante y capacitador, clima laboral saludable. Los factores individuales que

tienen incidencia en el trastorno estudiado: sexo (el masculino como de mayor riesgo), categoría profesional (más vulnerables los profesionales de menor categoría), así como características del background individual (especialmente positivas las relacionadas con una adecuada autoestima y actitudes activas de afrontamiento).

Otro estudio en la India (86) tuvo como objetivo evaluar en psicólogos clínicos las características de su trabajo, el estrés profesional, la satisfacción del rol desempeñado y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Los resultados indican que la mayoría de los psicólogos clínicos prefiere trabajar en clínica, investigación y docencia, ya que en ellas obtienen mayor satisfacción del rol. Las principales fuentes de estrés profesional residen en la presencia de excesiva carga laboral y la carencia de recursos estructurales organizacionales. Los factores que contribuyen al estrés son el conflicto casa/trabajo y dudas sobre el sí mismo profesional.

Otra investigación en USA (87) acerca de las características del trabajo psicoterapéutico con pacientes traumatizados, muestra que la psicoterapia en general y la terapia de trauma e investigaciones en situaciones de crisis en particular son a menudo un duro, demandante y peligroso trabajo. Otro estudio en USA (88) sobre características de personalidad, estresores ocupacionales y Burnout entre psicólogos escolares arrojó que sobre un total de 173 casos, un 40% manifiesta un alto nivel de agotamiento emocional, un 10% síntomas de despersonalización, un 19% sufre una disminución de su imagen profesional.

Un estudio en Italia sobre presencia de fracturas deontológicas como síntoma de Burnout (Tamburro, G.; Di Sciascio, G.; De Giglio, E., Inst. De Psic., Universidad de Bari, Bari, 1992) muestra que las principales violaciones halladas son:

abandono de pacientes con alto riesgo de auto o heteroagresividad, continuos sabotajes y desprecios al staff de la institución, repetidas descalificaciones a mujeres y acosos sexuales.

En una investigación en psicólogos clínicos respecto de medidas preventivas para no sufrir Burnout (Sherman, Michelle; Thelen, Mark; U. Missoouri, Columbia, 1998) se observó que las más frecuentes medidas preventivas adoptadas para prevenir el Burnout son el no trabajar y las vacaciones periódicas.

Un estudio de los cambios del analista a lo largo de los años de la práctica profesional (89) mostró que pueden aparecer desilusión, rigidez y omnipotencia, y como cambios aún más negativos: actings out incestuosos, sobre todo seducciones con pacientes mujeres frágiles psíquicamente, masoquistas, de ego infantil pasivo, seducidas por analistas de apariencia confiable de tipo paternalista.

Una investigación sobre estrés en psicólogos clínicos, llevada a cabo en Inglaterra (90) estudió cuatro preguntas: ¿cómo están los psicólogos clínicos en cuanto a padecer estrés? ¿qué psicólogos son los más estables? ¿qué fuentes son las principales generadoras de estrés en psicólogos clínicos? ¿qué estrategia de afrontamiento utilizan los psicólogos clínicos?. Se concluye afirmando que los principales riesgos hallados surgen entre el estresor y las variables psicológicas externas. Esos mediadores son: baja satisfacción laboral, bajo nivel de estrategias de afrontamientos activos, alto uso de evitación. Como estrategias incluyendo la negación, estresor no objetivizado ni externalizado, estresor amenazando otros roles o relaciones, baja experiencia laboral, baja calidad en las relaciones con confidentes (familias, amigos), pobre calidad con compañeros y colegas.

En una investigación de las relaciones entre Burnout y satisfacción laboral y actividades de ocio, en psicoterapeutas (91), se advierte una correlación significativa entre ocio y satisfacción con bajo Burnout, y dentro del ocio se remarca actividades relajantes.

Un estudio acerca de la ocupación de psicoanalistas, la vulnerabilidad caracterológica y el Burnout (92) muestra que el factor de personalidad que contribuye de modo más destacado en la producción de Burnout es la persistencia en objetivos poco realistas, y la vergüenza, asociada con el fracaso de vivir conforme a ideales implícitos, fuerza a la renuncia a discutir esos principios con colegas, estableciendo defensas contra esta creciente vulnerabilidad. El Burnout podría ser la consecuencia de un narcisismo crónico lesionando la experiencia del self durante el trabajo terapéutico. Cuando la experiencia terapéutica ataca un yo ideal perfeccionista, pueden trabajarse estas secuelas en consulta o en el propio análisis. Es importante poder desarrollar otros sectores de la personalidad y de la vida fuera del trabajo.

Una investigación del estrés en el desarrollo personal y profesional de un psicoanalista (93) concluye observando que el ser un analista presenta una serie de dilemas. Estar envuelto continuamente en la observación personal de la interacción interpersonal. Presiones asociadas al rol del analista incluyen la premura y tensión derivada de trabajar con las debilidades humanas. Rasgos de dependencia con una defensa omnipotente crean la necesidad de dejar de lado su persona. Sintiendo la presión de ser superhombre se impide la discusión con colegas sobre el material de trabajo.

Una investigación de las causas de Burnout entre psicoterapeutas (2) muestra que los rasgos de alta competitividad en la personalidad del terapeuta, la soledad,

rigidez, altas expectativas sobre sí mismo y un excesivo detallismo, son factores predisponentes a sufrir Burnout.

A su vez, en una investigación de las tendencias de Burnout en los psicoterapeutas (94), se halló que la combinatoria de base institucional e inexperiencia de los terapeutas conduce a un gran riesgo de experimentar Burnout. Existirían tres tipos de terapeutas proclives a sufrir Burnout: los que en respuesta a la frustración laboral incrementan la dureza, los que se entregan o abandonan por completo, y los que realizan el trabajo cubriendo apariencias, de modo rutinario, no teniendo real interés por el trabajo.

Un estudio sobre empeoramiento de los síntomas psicopatológicos y el estrés laboral en psiquiatras (95) concluye que la compleja y ardua tarea de la psiquiatría puede inducir y agravar la vulnerabilidad psicológica. La evidencia sugiere la presencia de enfermedad mental, abusos de sustancias y trastornos de personalidad.

Estudiando las variables de personalidad significativas de Burnout en psicólogos escolares (88) se identificaron las siguientes variables: alta competitividad, alto egocentrismo, baja conciencia de sí, baja extraversión.

Una investigación de la relación entre demografía, soporte social, satisfacción laboral y Burnout, en psicólogos escolares (Huebner, E. U. South Carolina, Dpto. Psic. Columbia. 1994) halló que el soporte social se asocia con autopercepción del Burnout y la satisfacción laboral. El soporte de los supervisores es la más influyente contribución para los psicólogos escolares; asimismo, los amigos y colegas es una variable influyente para no experimentar Burnout o disminuir sus efectos.

Cantidad de trabajo

- ✓ *Mayor número de horas de trabajo se asocia a CE.*
- ✓ *Las horas semanales dedicadas al ocio correlación positivamente con el CE.*
- ✓ *Las horas semanales dedicadas al trabajo correlación positivamente con el CE. El 66.66% trabaja en más de un turno.*
- ✓ *La realización de guardias se asocia a mayores valores de CE.*
- ✓ *El mayor número de guardias semanales es predictor de DP y de CE.*

En un estudio (24), la prolongación de la jornada laboral no marca diferencias significativas en CE y DP, pero en RP puntuaciones son más altas en aquellas personas que sí prolongan su tiempo de trabajo, existiendo diferencias estadísticamente significativas con el grupo que no trabaja más tiempo de lo estipulado en su contrato.

No parece extraño que las personas que trabajan más tiempo de lo correspondido obtengan mayores puntuaciones en RP, sin embargo resulta paradójico que estas mismas personas no presenten mayores niveles de CE (36). Podrían existir otros factores más importantes que el mero tiempo, por ejemplo: motivos por los que se permanece más tiempo en el trabajo, con qué finalidad, qué beneficios se obtienen a cambio, etc.

Apoyos

- ✓ *El 44.63% refiere que el trabajo influye negativamente en su vida familiar.*
- ✓ *La escala de Díaz Veiga muestra buenos niveles de apoyo para las escalas objetiva y subjetiva extralaboral, aceptable para la objetiva laboral, e insuficiente en la subjetiva laboral. Hay asociación estadística para la satisfacción extralaboral en relación al CE.*

La Organización Mundial de la Salud (96) reconoce que el “Burnout es un síndrome que se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan la salud de las personas afectadas por enfermedades crónicas, que inciden tanto en el staff como en los miembros de una familia”.

En cuanto al redes sociales de apoyo que mantienen los médicos familiares en un estudio mexicano (61), podemos observar que la mayoría de ellos cuentan con

muy buenas redes sociales de apoyo laborales como extralaborales, tanto subjetiva como objetivamente (99.4 y 98.2% respectivamente), es decir, en cuanto a la frecuencia de contacto con los que ve y habla y el grado de satisfacción con todos los miembros de su red. En este estudio se encontró asociación significativa entre las escalas de Apoyo Social (Díaz Veiga) con las características subjetiva de la red extralaboral y las dimensiones RP y DP.

Los estudios realizados han llegado a la conclusión de que con la falta de apoyo o con su deficiencia la mala salud está presente o al menos es más probable y que las respuestas negativas que provoca en el individuo pueden originar consecuencias en la salud del trabajador, en su familia y en su lugar de trabajo (12,15), la falta de apoyo por parte de la familia repercute en el trabajador en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Maslach (97) observa que las personas especialmente vulnerables al Burnout son las que se presentan más bien débiles en recursos socio-afectivos, inseguros en distinguir los límites entre la involucración personal y profesional. Controlan con dificultad los propios impulsos hostiles, revelándose impacientes e intolerantes, con bajo umbral ante la frustración. Manifiestan escasa confianza en sí mismos, siendo dependientes de la aprobación de los demás.

Aspectos de la organización

- ✓ *La cantidad de personas contactadas diariamente en virtud de la tarea es predictora de DP.*
- ✓ *Las situaciones más preocupantes relatadas por más de la mitad de los encuestados fueron: malas condiciones de trabajo, agresividad de pacientes y familiares, sueldos bajos, exceso de horas de trabajo y falta de insumos e infraestructura.*

Las variables que interactúan en el síndrome de Burnout son: la naturaleza de la tarea y el contexto. La mayoría de las investigaciones actuales ponen el énfasis en señalar la importancia de los factores organizacionales e institucionales (36).

Particularmente las condiciones del desempeño profesional aparecen más relacionadas con la aparición del síndrome que variables sociodemográficas y de personalidad (Burke, Sheare y Dezca, 1984; Golembiewski y Munzenrider, 1984, Maslach, Jackson, 1984).

En los últimos años surge como tesis muy fecunda para desarrollar trabajos e investigaciones, que el estrés organizacional (el generado por las relaciones entre las personas y la organización, así como los determinantes organizacionales respecto del desempeño de la tarea) es un elemento clave en la etiología del síndrome.

La inadecuada organización laboral de las empresas incrementa la sensación de que el trabajo es un castigo o un sufrimiento, teniendo el empleado que realizar una importante discriminación entre las motivaciones personales y las empresarias, rescatando las primeras para lograr desde su personalidad un sostén y estímulo en la consecución de su profesión (36).

Desde los años sesenta se complementa la intervención psicológica relativa a la observación, diagnóstico y clasificación de los trastornos de la salud individuales, con el lugar –de creciente importancia- de lo comunitario. El modelo clínico se amplifica en el modelo comunitario (Costa y López) (98). La intervención sobre las personas se completa y enriquece con la intervención ecológica sobre organizaciones, contextos y comunidades (Fernández Ballesteros, 1982; Pelechano, 1981).

La dimensión ecológica en Psicología Comunitaria pone el acento en el estudio del comportamiento humano relacionado con el clima social u organizacional, con una intención definidamente preventiva.

Moos describe tres dimensiones básicas del ambiente social percibido: relacional, desarrollo personal y estabilidad-cambio. La dimensión relacional considera el grado en que los individuos están implicados en el ambiente, se ayudan y apoyan mutuamente. El desarrollo personal trata de la percepción de las oportunidades que la organización ofrece para la promoción personal y el logro de autoestima. La estabilidad-cambio se refiere a la percepción de orden, control, claridad de objetivos y normas, apertura a innovaciones y cambio. Moos observa que los índices de enfermedad y disfunción son más altos en contextos laborales caracterizados por una fuerte orientación competitiva y por presiones de tiempo, por un control y organización restrictivo, por la falta de énfasis en las alternativas y autonomía personales, por la ambigüedad sobre las reglas y por políticas que gobiernan el contexto en que se desempeña el trabajador.

Teniendo una relación de dependencia, el profesional debe a menudo cumplir horarios excesivos, con sobrecarga de trabajo, con carencia de recursos materiales e insuficiente retribución. La familia sufre un menoscabo como efecto de esta situación.

Slipak (99) señala como estresores organizacionales:

Clima organizacional	Estilos gerenciales
Ejemplo de estresores: tensionante, presionante, agresivo, indiferente, poco estimulante, cortante.	Ejemplo de estresores: estructuras rígidas, impersonales, supervisiones o informaciones inadecuadas o insuficientes, imposibilidad de participación en consultas o toma de decisiones.
Tecnología	Diseños y características de los puestos
La no dotación a los empleados de los elementos necesarios para su trabajo, o la no capacitación suficiente en el uso de la tecnología, contribuyen a la creación de estresores.	Son estresores cuando no se contempla la motivación para el progreso y el crecimiento personal.

Fechas topes no racionales	Control de sistemas informáticos
Contribuye al estrés la exigencia de cumplimiento con metas inalcanzables en tiempo, cantidad del producto final.	La situación de control insuficiente de los sistemas informáticos necesarios para el desempeño de las tareas requeridas, genera situaciones de ansiedad y estrés, lo cual disminuye la eficacia de la tarea.

Existen variables intrínsecas, extrínsecas (Herzberg, Mausner y Synderman, 1959), interpersonales e individuales.

Las variables intrínsecas o motivacionales están relacionadas con el contenido del trabajo e indicadores del grado en que la empresa estimula las capacidades del profesional (autonomía para la toma de decisiones, variedad en las ocupaciones, volumen de trabajo, importancia de la labor, promoción del personal, desarrollo profesional).

Las variables extrínsecas son físicas (condiciones de habitabilidad del entorno laboral: espacio, iluminación, higiene, sonorización, temperatura), sociales (personas en contacto con el sujeto en el escenario laboral: clientes, compañeros, jefes, supervisores) y organizacionales (trámites burocráticos, estructura jerárquica, normas y reglas).

Leiter y Harvie (1996) señalan que el Burnout aumenta cuando se incrementan los problemas que suponen excesivas demandas asociadas a importantes cargas laborales y conflictos personales que interfieren con la adecuada atención de los pacientes.

Respecto a la variable interpersonalidad, las relaciones interpersonales de apoyo entre los miembros y entre éstos y sus supervisores protegen del síndrome de Burnout. La calidad de los sistemas de relaciones interpersonales en que se inserta el individuo depende tanto de sus recursos personales como de la

capacidad de los otros para la co-creación de un espacio interactivo, configurándose así otras de las variables que juega un papel central en el problema que estamos estudiando. Se señala la importancia de contar con suficientes redes de apoyo social (colegas, otros miembros de la institución, familiares, amigos) como límite de protección efectivo ante la amenaza de sufrir Burnout o bien de remediar los efectos de tales disfunciones en la salud. La sintomatología del síndrome, el pasaje a etapas de mayor compromiso de enfermedad o su generalización a otras áreas de la vida del trabajador, se exacerban si no hay un apoyo suficiente de los compañeros de trabajo, familiares, amigos. La variable interpersonal cobra gran importancia fundamentalmente cuando la institucional no cumple sus objetivos: precaria o inexistente contención institucional, o a un contexto laboral patológico. Es esencial reparar que se alude a una problemática del espacio público, no del privado del sujeto. se estudia el sufrimiento en su identidad laboral. Y sin embargo, parecería que desde ese espacio que es el pertinente, no surge suficiente contención ni recursos de afrontamiento a las situaciones que la naturaleza de tales profesiones origina en cuanto a sobreexigencia y realidad comprometida y difícil de absorber individualmente. Es por ese motivo que el profesional debe requerir en otro espacio-el privado de sus vínculos y lazos de afecto y pertenencia- la contención y el estímulo que no halla en el contexto en el que se desempeña laboralmente, aunque éste debería ser suficiente apoyo y contención para cuestiones que estén relacionadas con el trabajo.

El Burnout es “contagioso”: la pérdida de la autoestima lleva a la formación de grupos que pueden generalizar el Burnout en un ambiente laboral, facilitar el

cinismo colectivo, declinar iniciativas de mejora y cambio, produciéndose un clima social de desvinculación, y una moral grupal de derrotismo y abandono (36). Existen evidencias crecientes (100) de que el lugar de trabajo puede tener un papel importante en el desarrollo de problemas y trastornos de ansiedad. Más allá de su origen, los trastornos de ansiedad pueden interferir con la capacidad laboral de las personas. En un estudio con 132 participantes, se halló que la ansiedad de origen laboral puede constituir un problema por sí misma, ya que hay pacientes que sólo informan padecer ansiedad en relación con su lugar de trabajo, y que las ansiedades vinculadas al trabajo no son uniformes, sino que se observan en forma de trastornos postraumáticos, trastornos fóbicos relacionados con situaciones o personas del lugar de trabajo o como preocupación generalizada; este estudio sugiere que las ansiedades vinculadas al trabajo son frecuentes y multiformes, y que constituyen un problema clínico especial que podría tener impacto directo sobre la participación laboral, las licencias por enfermedad y la jubilación temprana.

Dentro del ámbito organizacional, los estresores más citados han sido el conflicto, la ambigüedad de rol, la sobrecarga, los recursos inadecuados, la escasa participación, y el clima laboral (101).

Uno de los principales estresores es el “conflicto de rol”, definido como las exigencias opuestas y poco conciliables que se le piden a la realización de una tarea. En el caso médico, la sociedad le exige el máximo de competencia en todo momento, pero la satisfacción de las necesidades urgentes de los pacientes, el mantenimiento de altos niveles de competencia profesional, el cumplimiento de las responsabilidades civiles y sociales y la disponibilidad a la familia del paciente suelen generar situaciones conflictivas (102). Para los enfermeros, este conflicto

de rol aparece en el cuidado de los enfermos de forma individual y responsable, o la aparición de diferentes prioridades entre el equipo médico y el de enfermería, o cuando el enfermero queda sin asistencia médica directa y esta al cuidado de pacientes graves, especialmente en cuidados paliativos o en terapia intensiva. Otro factor estresante se refiere a las nuevas estructuras administrativas, las presiones económicas y su repercusión sobre las prácticas en salud (por las restricciones impuestas) (36). El exceso de trabajo o la falta de tiempo es otro estresor relevante (103).

Consecuencias para los pacientes

✓ *Más de la mitad relata haber cometido alguna vez errores a causa de las condiciones de trabajo, siendo en el desglose la cifra de 82.6% para los médicos, 34.54% para enfermeros y 32.14% para técnicos; la presencia de errores se asocia a DP y a CE.*

El fantasma de la malapraxis ha llevado a los profesionales a no asistir cierto tipo de pacientes, solicitar más estudios innecesarios (104), encontrándose mayor propensión al Burnout luego de un episodio de mala praxis (depresión, frustración, desrealización, sentimientos negativos hacia los pacientes, pensamientos sobre el retiro).

Whitley (56) realizó un estudio entre los médicos emergentólogos para medir niveles de estrés y depresión y determinar la frecuencia con que se presentaba el planteo de abandonar la especialidad; los resultados fueron los siguientes: las mujeres presentaban mayores niveles de estrés y depresión que los hombres, las personas casadas registraron menores niveles de estrés que las solteras, más de la mitad de los encuestados respondieron que habían considerado seriamente la posibilidad de abandonar la especialidad y un porcentaje mayor al esperado en una distribución normal presentó altos niveles de estrés y síntomas de depresión.

Investigaciones realizadas con médicos de guardia ha permitido observar que perjudica de la misma manera permanecer despierto durante un período de tiempo corto (realizar una guardia) como una restricción del sueño parcial de forma crónica (dormir menos de 6 horas por noche durante al menos una semana). Se ha podido detectar que tanto la privación del sueño como la reducción parcial crónica del mismo perjudican el procesamiento verbal y la capacidad para solucionar problemas complejos. De alguna manera la privación del sueño en médicos de guardia recae en la evaluación que se realiza a los pacientes.

La Agencia Norteamericana para la Investigación del Cuidado y Calidad de la Salud ha financiado una investigación dirigida a identificar las causas y soluciones de los errores médicos, la que incluye evaluar el efecto directo del sueño de los médicos de guardia en la mala práctica.

Consecuencias para los trabajadores

- ✓ *Las alteraciones de salud más frecuentes acontecidas luego del inicio laboral relacionadas por más de la mitad de los encuestados fueron: cefaleas, dolores ósteomusculares, cansancio crónico, e irritabilidad.*
- ✓ *DP y CE son predictoras del número de problemas de salud.*

El trabajo es la principal causa de estrés en las personas según la encuesta “Estrés, relajación y placer” realizada por la organización científica británica Arise. Meeroff (105) (1997) señala la aparición de casos de médicos en edad madura que abandonan la profesión acusando síntomas de agotamiento físico/psíquico, insomnio, nerviosismo, angustia, depresión.

Los factores que coexisten para dar lugar a un cuadro de enfermedad laboral son: las remuneraciones cada vez más insuficientes, el recibir las quejas reiteradas de los pacientes, la amenaza de sanciones y juicios por mala praxis, el aumento en

las tasas de morbimortalidad, la inestabilidad laboral, etc. Los más expuestos a sufrirlo son los sectores de menor categoría profesional.

En Europa y USA comienza a considerársela una epidemia. En USA la incidencia es mayor al 10% en profesionales médicos. Estos son especialmente susceptibles a presentar trastornos asociados con estrés ocupacional crónico, pudiendo provocar ausentismo laboral, depresión, suicidio, enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y accidentes.

La Organización Internacional del Trabajo señala que el estrés laboral es una enfermedad peligrosa para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo ya que recienta la producción al afectar la salud física y mental de los trabajadores.

Las tasas de suicidio, alcoholismo, accidentes de tránsito, cirrosis son más elevados en los médicos que en la población general. Un estudio citado (106) sobre 3575 médicos encuentra que el 27% sufría de alcoholismo o dependencia a drogas, y el 50% tenía ansiedad y/o depresión. Los psiquiatras y los anestesiólogos son quienes tienen tasas más elevadas de suicidio, siendo la menor la de los pediatras (106).

Respecto a las consecuencias del Burnout, Orlowsky (75) considera que las principales son las psicosomáticas con pérdida en la eficacia laboral y alteraciones (en general leves) de la vida familiar y social. Otros (107) opinan que la repercusión familiar es más importante, agregando insatisfacción sexual. El número de horas en contacto directo con los pacientes es otro estresor. Dentro de los aspectos preventivos, el apoyo social juega un rol importante (108).

Para Blanco y Pérez Oliva (1992,1990), los profesionales sanitarios padecen el síndrome en un 30%, siendo los síntomas más frecuentemente detectados entre

los profesionales el abuso de fármacos, alcohol, tabaco, desarrollo de enfermedades coronarias e intentos de suicidio.

Del total de pacientes tratados por desordenes psíquicos, casi el 50% podían atribuirse, dentro de su causalidad, a factores asociados al desempeño laboral. Dentro de este grupo, el 25% no presentaba patología tipo Burnout sino trastornos ansioso-depresivos relacionados con cambios de status o conflictos particulares con un colega. El 75% restante presentaban trastornos de Burnout, con y sin sufrimientos psíquicos anteriores. En ellos aparecían los siguientes componentes de tipo depresivo: una ansiedad generalizada con síntomas de pánico, trastornos fóbicos, distímicos, trastornos graves de personalidad (narcisismo, evitación, pasividad dependiente, histrionismo) y esquizofrenia.

EL CBB y los predisponentes

- ✓ *Con el CBB hay baja prevalencia de factores, pero más de la mitad presenta el síndrome y consecuentes.*
- ✓ *Los factores en el CBB tienen alta especificidad y baja sensibilidad para el diagnóstico del síndrome.*
- ✓ *El MBI y los problemas clínicos tuvieron buena correlación con el CBB.*

Predisponen al Burnout (36) la tendencia al aburrimiento, cinismo, toma de riesgos innecesarios, deficiencia al tomar decisiones y procesar las informaciones, tendencia a accidentes, disminución de los sentimientos, apatía, ausentismo, uso de drogas y/o alcohol, sentimiento de incompetencia, exceso de control externo, reducción de logros personales, autoevaluación negativa, sentimiento de insatisfacción y de indefensión aprendida, fracaso, sentimientos de culpa por hallarse emocionalmente exhausto o despersonalizar al paciente o educando, tendencia al abandono de las funciones buscan hallar fuera de la profesión los estímulos que les faltan.

Los determinantes de Burnout (36) se dividen en 4 grupos: PREDISPONENTES (determinados y modificables), PRECIPITANTES (evolutivas y situacionales), PERPETUANTES (de habilidades y de apoyo), y RESULTANTES (de mayor a menor prevalencia y gravedad).

En las PREDISPONENTES, hay determinadas o factores de riesgo: clientes difíciles (niños moribundos, psicóticos, retrasados, lesionados medulares); trabajo estresante (controladores de vuelo); tareas mundanas (posibilidad de ascenso por la vía administrativa), y modificables o factores estresores: sistema ineficaz; servicios comprometidos; falta de criterios de éxito; fondos inadecuados; trabajo sin sentido (papeleo); mala política de gestión; falta de respuestas del sistema a los cliente y necesidades del personal; formación inapropiada; impotencia; aislamiento; segregación; sexismo y status minoritario.

Las PRECIPITANTES son variables intervinientes de primer nivel. En cada categoría se relacionan según un orden que va de las más negativas a las más positivas. Las evolutivas son los factores de riesgo: ingenuidad temprana; alcance del techo salarial; crisis de la edad media profesional; pre-jubilación; promoción. Las situacionales son factores estresores: despido; recorte de presupuesto; cambios programáticos; cambios en los procedimientos; huelgas; ser traspasado en el proceso de promoción; cambios en el clima laboral; muerte de un cliente; crisis laborales o personales.

Las PERPETUANTES son variables intervinientes de 2º nivel. Se relacionan según la capacidad de enfrentamiento que representan (de mayor a menor).

La vulnerabilidad tiene que ver con: inteligencia, valores claros y realistas, resolución de problemas, capacidad de enfrentamiento, auto-eficacia, fuerza del rol, autorrealización. La fortaleza se relaciona: sistemas de apoyo, filiación

familiar, social, religiosa y organizacional, apoyo de los compañeros, apoyo de la dirección.

Los RESULTADOS son las variables dependientes. De menor a mayor prevalencia y gravedad son: frustración, irascibilidad, cinismo, apatía, aislamiento, bajo rendimiento, distanciamiento emocional y síntomas psicosomáticos.

Los factores de riesgo y estresores predisponentes y precipitantes pueden manifestar efectos acumulativos e interactivos, lo cual implica una probabilidad cierta de manifestación de Burnout.

Según el análisis basado en la demanda-control, el Burnout surgiría cuando no hay correspondencia o adaptación entre la demanda laboral de parte de la empresa o contexto laboral y el control personal (control laboral, competencia, autonomía, libertad de decisión, juicio).

El control se ha asociado positivamente con la satisfacción en el trabajo, compromiso, implicación, rendimiento, motivación, bienestar afectivo, confianza; y negativamente con síntomas somáticos, distrés emocional, estrés del rol, ausentismo y movilidad.

El control personal supone el contar con las habilidades y aptitudes necesarias para un adecuado desempeño.

Existen factores de riesgo específicos a cada profesión, que determinan diferencias en la incidencia, prevalencia y curso del síndrome, con consecuencias en la elaboración de medidas especiales de prevención y tratamiento.

Los profesionales de la salud en general no son conscientes del riesgo para la propia salud que representan ciertos aspectos de su profesión.

Probablemente el hecho de ser, en general, actividades que gozan de cierto prestigio y reconocimiento social, sea uno de los motivos por los que no puede reparar en los factores que puede resultar adversos a su persona y a su salud.

La autonomía profesional, el ocupar puestos jerárquicamente superiores a otros profesionales sanitarios tiene ventajas (como el reconocimiento social) pero también tiene sus riesgos.

La responsabilidad que recae en su persona, el tener que asumir decisiones, las posibles denuncias por “mala praxis”, el tener que coordinar a otros profesionales, puede resultar deteriorante para la salud.

Dentro de los profesionales de la salud, ciertas actividades o especializaciones son notoriamente sensibles a estos riesgos. Estas especializaciones requieren de una importante dosis de “disociación operativa” para poder ser desempeñadas.

Ejemplo de esto podemos hallarlo en los cirujanos o psicoterapeutas, sobre todo en las acciones destinadas a sufrimientos graves y prolongados, sea en el plano físico y/o psíquico.

En los profesionales de la sanidad hallamos como factores precipitantes específicos de sufrir Burnout las siguientes características (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991):

- 1) Los motivos ideológicos que impulsan a elegir dicha profesión, tales como paternalismo, salvación de los enfermos.
- 2) El trato directo con los pacientes y sus familiares, que plantea grandes demandas y exigencias emocionales.
- 3) El contacto con la enfermedad y la muerte, el fracaso terapéutico, las dificultades diagnósticas y de pronóstico.
- 4) El volumen de trabajo y las presiones para realizarlo.

- 5) La falta de información sobre los objetivos últimos y la forma de alcanzarlos, tan frecuente en el modelo médico jerarquizado.
- 6) El insuficiente apoyo por parte de los compañeros dado que tampoco tienen satisfechas las necesidades emocionales.
- 7) La vulnerabilidad es mayor para los profesionales que se sienten más responsables de la recuperación de sus pacientes.

RECOMENDACIONES

El 06/12/2007 la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sanciona la Ley 2578, cuyo objeto es la prevención, detección precoz y la rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico de los empleados que se desempeñan en los efectores de los tres subsistemas de salud en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco de la Ley N° 1 53 - Ley Básica de Salud y la Ley N° 2.152 - Ley de Educación Comunitaria para la Salud.

La posibilidad de trabajar en equipo puede ayudar a conocerse y compartir responsabilidades. El realizar cursos de posgrado y perfeccionamiento ayudará a incorporar conocimientos y realizar un paréntesis en las tareas cotidianas.

El desarrollo de actividades físicas y de recreación luego del trabajo ayudará a la decompresión. El disponer de un espacio de reflexión sobre la tarea diaria con los compañeros de trabajo permitirá resolver situaciones poco claras.

El cultivo de la solidaridad, la calidez y el humor puede ayudar a enfrentar el desgaste anímico. La rotación por lugares donde las exigencias laborales son menores ayudará al logro de una verdadera distensión.

El poder reencontrarse con pacientes dados de alta y en muchos casos con familiares de pacientes fallecidos, puede lograr un enfrentamiento de las propias emociones y de los propios límites.

Los numerosos estudios realizados sobre esta temática ponen de manifiesto que los médicos que experimentan mayores niveles de Realización Personal, pueden elegir tácticas de aproximación y no de aislamiento ante situaciones estresantes.

La utilización del tiempo libre es necesaria para pensar en metas y actividades posibles a realizar.

El "Burnout" se presenta como sentimientos y actitudes a enfrentar en forma inevitable para quienes trabajan en la demanda cotidiana de la guardia.

La propia condición humana lleva al personal médico a rebelarse frente a la vivencia de la muerte, pero se hace necesario dar sentido a la experiencia de la muerte como parte de la propia condición humana.

Señala Peiró (109) que es necesario tener en cuenta los aspectos de bienestar y salud laboral en el momento de evaluar las instituciones. Ya que realizar prevención en los organismos hospitalarios es un imperativo, porque el estado de salud física y mental de sus integrantes tiene una relación directa con cada institución y en forma indirecta con toda la sociedad.

Se recomienda trabajar en la siguiente línea de propaganda:

Cuando se trabaja sin ilusión, e incluso con desagrado, con frecuencia se debe a la aparición del síndrome de Burnout o síndrome del quemado. Este mal afecta, sobre todo, a aquellos cuyo trabajo tiene una repercusión directa sobre la vida de otras personas. Profesores, médicos o enfermeras son algunos de los profesionales que padecen este tipo de estrés.

Los psicólogos hablan del síndrome de Burnout desde los años 70. Éste hace referencia al desgaste profesional, estrés, producido por el desajuste que se da entre las expectativas de cada profesional y la realidad misma del trabajo. Cuando no se consiguen los resultados u objetivos propuestos, a pesar de que haberse intentado por todos los medios y de acuerdo con sus posibilidades, hace su aparición el sentimiento que puede desencadenar el “estar quemado”.

¿Quién lo sufre?

Aunque lo puede sufrir cualquier profesional, son más propensos aquellos que trabajan o están en contacto directo con las personas. Así, los profesores, los médicos, las enfermeras (sobre todo de la especialidad de oncología) y los policías son los profesionales que en mayor medida pueden padecerlo.

Síntomas

El síndrome de Burnout tiene principalmente tres síntomas. El más notable suele ser el de despersonalización o deshumanización, que se suele dar sobre todo en profesores y médicos. Luego estarían el agotamiento profesional y la falta de realización personal.

Los síntomas pueden influir tanto a nivel cognitivo, como somático y emocional. Se puede manifestar depresión, ansiedad desánimo, fatiga, nerviosismo y falta de concentración. Con frecuencia se acompaña de úlceras gastrointestinales u otros problemas estomacales, dolores fuertes de cabeza, problemas para conciliar el sueño o para mantenerlo, dolores de espalda, abuso de alcohol, café

Los efectos de “estar quemado”

En ocasiones, los afectados llegan a abandonar el puesto de trabajo en el mejor momento de su vida profesional. El estar quemado, aparte de afectar a quien lo sufre directamente, también influye colateralmente en las personas que están alrededor del profesional y que padecen su actitud, que suele ser apática y negativa.

Son los pacientes de los médicos por ejemplo los más perjudicados cuando estos sufren este síndrome, mostrándose ariscos y distantes, y tratando al paciente como un número más, olvidando que también es una persona.

Perfil de riesgo

Los profesionales afectados por el síndrome Burnout, suelen tener unos rasgos de personalidad comunes. Son personas muy optimistas y entregadas al trabajo, idealistas honradas, con iniciativa, independientes... Se da mayormente en mujeres que en hombres; aquellos que no tienen demasiado apoyo familiar, no

disponen de pareja o que han empezado en esos momentos su carrera profesional tienen mayores posibilidades de sufrirlo

Detección

Este síndrome, se puede medir a través de un cuestionario elaborado por Maslach en 1986. Se trata de un cuestionario que consta de 22 preguntas en forma de afirmaciones y se divide en tres subescalas.

La primera de ellas consta de 9 preguntas que pretenden medir el cansancio emocional que provoca el trabajo en la persona. La segunda esta compuesta por 5 ítems y mide en que medida cada persona reconoce el distanciamiento que el síndrome le provoca y la frialdad de sus actitudes. La tercera, formada por 8 preguntas, evalúa el grado de realización personal.

Vivir con el estrés

En la vida hay muchos momentos de estrés, y éste hoy en día forma parte de la vida de muchísimas personas y en bastantes momentos. Por esta razón las personas han de aprender a vivir con él, para que no dañe su salud, provocando por ejemplo el síndrome del que aquí se esta hablando.

ACTUACIONES. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

a) Cambios en la legislación

Como el resto de trastornos psicosociales, el hecho de que el Burnout no esté asociado a un riesgo físico objetivo ha impedido que se incluyera en la lista de enfermedades laborales reconocidas por la ley. Una contradicción si se tiene en cuenta que las enfermedades psicosociales son las que ocasionan más días de baja.

Se requiere su reconocimiento como enfermedad profesional, en el marco de un sistema abierto por el cual podría ir incluyéndose nuevas enfermedades

profesionales según fueran apareciendo, para desarrollar programas de actuación concreta destinados a prevenir esta problemática. Mientras ello no sucede y se reconoce en la legislación laboral como enfermedad profesional, la jurisprudencia ha reconocido el Burnout como accidente laboral.

b) Cambios en la organización

Cuanto mayor grado de control y autoritarismo tienen las organizaciones, más aumenta la desmotivación que puede llevar a casos de Burnout.

La necesidad de abordar el Burnout viene de la necesidad de abordar el estrés laboral, así como de enfatizar en la sensibilidad de las que las organizaciones en la calidad de vida laboral.

Resulta útil considerar los aspectos de bienestar y salud en el trabajo a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y psíquica que conlleva tiene repercusiones sobre la organización: absentismo, abandonos, disminución en la calidad.

Es necesario poner en práctica una serie de medidas preventivas para parar o ayudar a superar esta situación.

Programas organizacionales, cuyo objetivo final ha de ser mejorar las condiciones y el clima laboral.

Estos programas incluirán medidas de intervención que signifiquen cambios en aspectos de la gestión y estructuración organizativa:

- ✓ Estructuras y equipos de trabajo horizontales
- ✓ Mayor grado de autonomía en el trabajo
- ✓ Trabajo en equipo. Reducir niveles organizacionales
- ✓ Minimizar imprevistos: organizar las necesidades urgentes
- ✓ Reducir la burocratización de las tareas

- ✓ Canales y mecanismos que faciliten la comunicación
- ✓ Promoción transparente. Reduciendo niveles
- ✓ Formación y reuniones que no afecten el tiempo personal
- ✓ Cumplimiento de la jornada laboral

c) El apoyo de compañeros, del equipo de trabajo:

Los compañeros de trabajo tienen un papel vital. Es el diagnóstico precoz y a que son los primeros en darse cuenta, antes mismo que el propio interesado. Los compañeros pueden informar de los síntomas, porque el propio interesado no es consciente, y en caso de serlo, lo negará o le restará importancia. Son una importante fuente de apoyo, quienes mejor lo pueden comprender, ya que han pasado o pueden pasar por lo mismo. Por el contrario, cuando las relaciones son malas, contribuyen a una rápida evolución del Burnout.

Por todo ello es vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo:

- ✓ Facilitando espacios comunes de relación y compañerismo
- ✓ Fomentando la colaboración y no la competitividad
- ✓ Trabajando en equipo, formando grupos de reflexión comuna, tanto de las relaciones tarea-cliente, como los aspectos interpersonales dentro del equipo

d) Actitudes individuales

- ✓ Diferenciar de forma clara la vida profesional de la vida personal
- ✓ Autocontrol frente a la presión laboral. No implicarse emotivamente
- ✓ Saber decir No. Poner freno a la sobrecarga de trabajo
- ✓ Organizar el tiempo, sin dejarse distraer por reuniones, llamadas
- ✓ Visitar al profesional médico cuando se empiezan a notar los síntomas
- ✓ Tomar vacaciones o días de descanso tras un esfuerzo prolongado, independientemente de los resultados obtenidos.

Se recomienda reconocer los principales determinantes y consecuentes del estrés laboral (O'Brien, 1986) (110)

DETERMINANTES (estresores)	CONSECUENTES
<u>Contenido del trabajo</u> Ritmo de la máquina Infrautilización de las capacidades Sobreutilización de las capacidades Sobrecarga cuantitativa Baja participación en las decisiones Presión horaria Monotonía	<u>Conductuales</u> Huelgas Ausentismo Rendimiento disminuido Uso de drogas y alcohol Aumento del uso de servicios médicos Accidentes
<u>Estructura y política organizacional</u> El rol de la ambigüedad Rol conflictivo Trabajo compartido Supervisión directiva Salario inadecuado	<u>Salud física</u> Hipertensión Úlcera péptica Enfermedad respiratoria Dermatitis Enfermedad coronaria Cáncer
<u>Ambiente laboral</u> Ruido Contaminación Temperatura Escasa seguridad	<u>Salud psicológica</u> Depresión Ansiedad Alcoholismo, drogadicción Neurosis Enfermedad psicógena
<u>Factores no relacionados con el trabajo</u> Eventos estresantes no laborales Demandas familiares Inseguridad económica	
<u>Personalidad</u> Ansiedad Personalidad tipo A	

Un estudio de la recuperación exitosa de 20 trabajadores en servicios asistenciales (Montreal, 1998) tipifican dicho proceso de recuperación en 6 etapas consecutivas: admitiendo el problema, distanciándose del trabajo, restaurando la salud, preguntando acerca de las valoraciones, explorando posibilidades laborales y haciendo cambios objetivos.

Existe un programa (36) de capacitación que consiste en talleres de 3 horas con no más de 15 participantes, cuyos objetivos son: brindar recursos para poder identificar las situaciones de riesgo de Burnout y desarrollar estrategias para su afrontamiento. En su metodología se aplican recursos no convencionales de tipo expresivo (escultura, juego con máscaras, juego de roles, escritura, música). Las etapas del programa son las siguientes: motivacional, experiencia de contacto con el Burnout, elaboración de la experiencia y evaluación.

A modo de cierre:

Los profesionales de la asistencia a otras personas constituyen un grupo de alto riesgo a enfermar, con alta incidencia de Burnout. El problema del estrés laboral y el Burnout que aqueja de manera preferencial a los profesionales de ayuda y asistencia a otros seres humanos llama a nuestra responsabilidad, a buscar caminos para su abordaje desde perspectivas creativas e integradoras. Es una situación compleja en la que intervienen un conjunto de condicionantes. La complejidad no puede encararse con éxito con respuestas simplificadoras, ni reduccionistas. Antes bien, invitara tener una mirada articuladora de lo que el sufrimiento laboral representa para el hombre de hoy. Asimismo una acción individual o unilateral tampoco logra resultados sólidos y estables. Los esfuerzos deben unirse. El estrés laboral compromete la eficacia de las organizaciones sanitarias o educativas. Estas deben protagonizar, como los profesionales afectados de modo directo por el problema, la intervención psicosocial en la capacitación por el control del Burnout. Las intervenciones deben adecuarse a las variables que causan el sufrimiento laboral. Las acciones deben regirse por el principio de ajuste a la realidad. Es decir, se buscara la modificación-dentro de lo posible, de lo que la variable admita como cambio- en las características de las

variables implicadas: tarea, contexto, interpersonalidad o personalidad. El sufrimiento de los que se identifican profesionalmente como los “cuidadores” de los otros, de su salud, educación y bienestar psicofísico y espiritual en cuanto todos somos, como seres humanos, seres que buscamos un sentido a nuestra existencia, nos obliga a detener nuestra marcha incesante, comprometida en el servicio hacia los otros, para mirarnos a nosotros, los profesionales, en lo que sucede a nuestras personas en el ejercicio profesional. El estrés profesional puede causar importantes limitaciones a las potencialidades y riqueza personal. El “cuidado de los otros” requiere como condición previa, insoslayable, impostergable, el “cuidado de nosotros”, de nuestra salud e integridad personal. De ese modo se podrá ejercer con idoneidad las características esenciales de los profesionales del equipo de salud.

El mantenimiento de la competencia profesional se logra si existe un adecuado control de las situaciones de riesgo de estrés, además de que halla márgenes aceptables de satisfacción laboral. Cuando comienzan a detectarse los primeros síntomas (muchas veces no es el mismo profesional el que los advierte sino su familia o colegas), debería intervenir de inmediato para identificar el problema y sus causas y elaborar estrategias para su tratamiento. De no ser así, los síntomas empeorarán con gran costo para el trabajador y la sociedad. La capacitación en el desarrollo del afrontamiento a las variables que causan el Burnout implica trabajar sobre sus factores responsables. Representa una acción preventiva de Educación para la Salud de la comunidad de trabajadores, pacientes, familias. La solidaridad social no excluye el cuidado y la responsabilidad ante nosotros mismos. He ahí el sentido que tiene el aplicar un programa de capacitación en el desarrollo de recursos de afrontamiento al Burnout. El Burnout es un estado de no esperanza.

Encararlo firme y creativamente permitirá reencender la llama de la vocación y las potencialidades del profesional aquejado de cansancio, agotamiento, despersonalización y sentimiento de incompetencia personal. La capacitación se enciende así con un sentido ético y del estado de derecho.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Freudenberger H. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1980; 30:156-159.
- 2- Freudenberger H. Hazards of psychotherapeutic practice. *Psychotherapy in private practice* 1990, 8:31-34.
- 3- Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press 1981.
- 4- Gil-Monte PR, Peiró-Silla JM, Valcárcel Pilar. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el Síndrome de Burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada* 1996;6(2):37-57.
- 5- Freudenberger HJ. Burn-out. *J Social Issues*. 1974;30: 159-65.
- 6- Capilla-Pueyo R. El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional. *Revista Fundación* 2000;58:1334.
- 7- Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory manual*. 2nd de Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press, 1986.
- 8- Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México* 2002; 44:33-40.
- 9- Martos-Medina JA. Guía para la prevención de estrés. Sindicato de Enfermería (SATSE) 2000. Sitio Web: <http://enfermeriaourense.galeon.com>
- 10- Gil-Monte PR. Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2000;16:101-2.
- 11- Peiró JM. *Desencadenantes del estrés laboral*. 1^a. Edición. Madrid: Eudema, 1992.
- 12- Gil-Monte PR, Peiró-Silla JM. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. 1^a edición Madrid. Editorial Síntesis;1997.
- 13- Felton BJ, Shinn M. Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level. *Journal of Community Psychology* 1992;20:103-115.
- 14- Rodríguez-Marín J. *Psicología Social de la Salud*. 1^a. Edición. Madrid: Editorial Síntesis. 1995.
- 15- Barrón A. *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. 1^a. edición. Madrid Ed. Siglo XXI de España editores, 1996.
- 16- House JS. *Work stress and social support*. Addison-Wesley 1981.
- 17- Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1982;23:145-149.
- 18- Moreno, Oliver, Pastor. *El Burnout, una forma específica de estrés laboral*. Carballo VE y Buela G. *Manual de Psicología Clínica*. 1990. Madrid, Siglo XXI.
- 19- Seltzer J, Numerof RE. Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management Journal* 1988; 31: 439-449.
- 20- Aranda BC, Pando MM. *Apoyo social y Síndrome de Quemarse en el Trabajo Burnout en los Médicos Familiares de Base del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Metropolitana de Guadalajara, México*. Tesis de Grado de Doctor. Doctorado en Ciencias de la Salud Pública 2003.
- 21- Montorio I. *Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional*. Tesis doctoral no publicada. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, 1990.

- 22- Montorio I. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. 1ª. Edición. Madrid: Edit. Ministerio de asuntos sociales. 1994.
- 23- Moreno Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluador de los elementos del proceso. Rev de Psicología el trabajo y las organizaciones 1997; 13: 185-207.
- 24- Castillo Vaquera J, Rabazo Méndez Mj, Bartolomé S. Estudio exploratorio sobre burnout en un servicio de urgencias de Badajoz . Desarrollo Profesional 2004, 3: 8.
- 25- Farber E. The effects of stress on physicians and their medical practice. N Engl J Med 1983. 306: 458-463.
- 26- Maslach C. The burn-out syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly 1977; 6: 100-113.
- 27- American Academy of Family Physicians. Lifestyle personal health care in different occupations. Kansas City 1979.
- 28- Maslach C, Jackson SE. Burnout Organizational Setting. Journal of Applied and Social Psychology 1984; 5: 133-153.
- 29- Servellen G, Leake B. Burn-out in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurses examples. Journal of Professional Nursing 1993; 9: 169-177.
- 30- Farber BA. Stress and burnout in suburban teachers. Journal of Educational Research 1984;77:325-331.
- 31- Etzion D, Pines A. Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. Journal of Cross-Cultural Psychology 1986;17:191-209.
- 32- De las Cuevas C, De La Fuente JA, Alviani M, Ruiz A, Coiduras E, Gonzalez T, et al. Desgaste Profesional y clima laboral en Atención Primaria 1995;6:1.
- 33- Benavides GF, Gimeneo D, Benach J, Martínez JM, Jarque S, Berra A, et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. Gaceta Sanitaria 2002;16:222-229.
- 34- Beck DF. Counselors burnout in family service agencies. Social Caseworks 1987;68:3-15.
- 35- García M. Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones 1991;7:3-12.
- 36- Pérez Jáuregui MI. Cuando el estrés laboral se llama Burnout. (Quemarse en el trabajo). Causas y estrategias de afrontamiento. Universidad Libros. Buenos Aires. 2000.
- 37- Cooper C, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. British Medical Journal 1989; 298: 366-370.
- 38- Richardsen A, Burke R. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. Social Sciences Medical 1991; 33: 1179-1187.
- 39- Bowman M, Allen D. Stress and women physicians. New York: Springer. 1985
- 40- Albanesi de Nasetta S. Burnout en guardias médicas. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 2004; vol 11.
- 41- Freudemberger H J, North G. Women's Burnout. London: Penguin Books, 1985
- 42- McDemont, D. Professional burnout and its relation to job characteristics, satisfaction and control. J. Human Stress 1984; 10:79-85.
- 43- Bennet L, Michie P, Kippax S. Quantitative analysis of Burnout and its associated factors in AIDS nursing. AIDS care 1991; 3: 181-192.

- 44- Prieto Albino L, Robles Agüero et al. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria* 2002; 29: 294-302.
- 45- Chernis C. Cultural trends: politica, economic and historical roots of proble. En : Pine WS, editor, *Job, stress and burnout*. Beverly Hill: Sage Pub, 1982.
- 46- Maslach C. Understanding burnout: definitional sigues in analyzing a complex phenomenon. En: Pine WS, editor, *Job, stress and burnout*. Beverly Hill: Sage Pub, 1982.
- 47- Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizational relationship. *Medical Care* 1994; 32: 745-754.
- 48- Revicki D, Whitley T, Gallery M. Organizational, characteristics, perceived work stress, and depression in emergency medicine residents. *Behavioral Medicine* 1993; 19: 74-81.
- 49- Pugno P. Psychologic stresses encountered by residents physicians. *Famil Med* 1981; 13: 9-16.
- 50- Floréz-Lozano JA. Síndrome de estar quemado. *Edika. Med. Barcelona*. 1994.
- 51- Holmes T, Rahe R. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1967; 11: 213-218.
- 52- Henderson S. Detection of depression and dementia in elderly patients. *Med J of Australia* 1989; 153: 192-196.
- 53- Tokarz P, Bremer W, Peters K. *Beyond Survival*. Chicago: American Medical Association 1979.
- 54- McCraine E, Bandasma J. Personality antecedents of burnout among middle – age physicians. *Abst Behav Med* 1988; 14: 30-36.
- 55- Shubin S. Burnout: the professional hazard you face in nursing. *Nursing* 1978; 8: 22-27.
- 56- Whitley T W, Allison E J Jr, Gallery M E, Co-Ckington R A, Gaudry P, Heyworth J, et al. Work-related stress and depression among practicing emergency physicians: an international study. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 1068-1071.
- 57- Kirkcaldy B, Furnham A. Extraversion, neuroticism, psychoticism, and recreational choice. *Personality and Individual Differences* 1991; 12: 737-745.
- 58- Kirkcaldy B, Cooper C, Furnham A, Brown J. Personality, job satisfaction and well-being among public sector (police) managers. *Applied Psychology* 1993; 2: 297-310.
- 59- Kirkcaldy B, Cooper C, Furnham A. The influence of type A behaviour and locus of control upon job satisfaction and occupational health. *Personality and Individual Differences* 2002; 33: 1361-1372.
- 60- Dueñas M, Merma L, Uchanca R. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *SOCIPEM (Sociedad Científica Perueana de Estudiantes de Medicina). CIMEL* 2003; 8: 33-37.
- 61- Aranda C, Pando M, Guadalupe Alderete M, Guadalupe Salazar J, Torres T. Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara, México. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2004; 31:142-150.
- 62- Atance-Martínez JC. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 1997;71:293-330.
- 63- Anderson MBG, Iwanicki EF. Teacher Motivation And Its Relationship To Burnout. *Education Administration Quarterly*,1984; 20:109-132.

- 64- Topf M, Dillon E. Noise Induced Stress As A Predictor Of Burnout In Critical Care Nurses. *Heart And Lung* 1988;17:567-574.
- 65- Yperen NW, Buunk BP, Schaufeli WB. Communal orientation and the burnout syndrome among nurses. *Journal of Applied Social Psychology* 1992;22:173-189.
- 66- Cohen S, Wills T. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 1985; 98: 310-357.
- 67- Alós B, Salomón S, Fernández G y col. Estrés laboral ¿un enemigo silencioso? Análisis comparativo entre médicos en formación y médicos de planta. Libro de resúmenes XIII Congreso Nacional de Medicina 2004. Comunicaciones Libres C-05-02.
- 68- Curti A, Salomón S, Alós B, Carena J. Cuando el trabajo desgasta: análisis comparativo entre médicos en formación y médicos de planta. Libro de resúmenes XV Congreso Nacional de Medicina 2006. Comunicaciones Libres, pág 48.
- 69- Curti A, Salomón S, Alós B, Carena J. ¿Es diferente el estrés laboral entre médicos en formación del área clínica y quirúrgica?. Libro de resúmenes XV Congreso Nacional de Medicina 2006. Comunicaciones Libres, pág 48.
- 70- Pando-Moreno M, Bermudez D, Aranda-Beltrán C, et al. El Síndrome del quemado en los trabajadores de la Salud. *Revista Salud y Trabajo* 2000;1:12-15.
- 71- Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-468.
- 72- Albanesi de Nasetta S, Morales de Barbenza C. Burnout en el Personal de Enfermería. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (España.)*2002, 14: 87-101.
- 73- Verdinelli C, André S, Iriso M y col. Síndrome de Burnout en médicos residentes de la ciudad de Bahía Blanca. Libro de resúmenes XIII Congreso Nacional de Medicina 2004. Comunicaciones Libres C-05-05.
- 74- Chiriboga D, Bailey J. Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: a comparative study. *Crit Care Quart* 1986; 3: 84-92.
- 75- Orlowski J, Guilledge A. Critical care stress and burnout. *Crit Care Clin* 1986; 2: 173-181.
- 76- Wolfgang A. Job stress in the health professions: A study of physicians, nurses and pharmacists. *Behavioral Medicine* 1988; 14: 43-47.
- 77- Maslach C, Jackson S. Burnout in health professions: A Social Psychological Analysis. Lawrence Erlbaum 1982.
- 78- Deckard G, Hicks L, Hammory B. The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *Journal Infect Disease* 1992; pp: 165-224.
- 79- Elisabe D, Lago A, Pugliese A y col. Evaluación de los factores de stress en el personal del área de terapia intensiva. *Med Int* 1994; 11: 54-56.
- 80- López Ibor. JM. Cómo no quemarse en el estrés, en ABC, Madrid, 19 de noviembre de 1995.
- 81- Ramírez A, Graham J. Mental Health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347: 724-728.
- 82- Pérez Jáuregui MI. Tesis Doctoral: La construcción auténtica e inauténtica del proyecto de vida laboral. 1998. Clasificación. Bibl. Universidad del Salvador.
- 83- Pérez Jáuregui MI. El sí mismo auténtico, en Pérez Jáuregui, M. I. (comp) *Lecturas del sí mismo*, Buenos Aires, 2000, Psicoteca.
- 84- Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Youxin L, González JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy

- personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies* (In press 2007). www.elsevier.com/locate/ijnurstu
- 85- Thomsen S, Soares J, Nolan P, Dallender J, Arnetz B. Feeling of professional fulfillment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organizational and individual factors. *Psychotherapy and psychosomatics* 1999; 68: 157-164.
 - 86- Rao K, Mehrotra, S. Clinical psychologist in India: A time for reflection and action. *Indian Journal of Clinical Psychology* 1998; 25: 124-135.
 - 87- Miller L. Our own medicine: Traumatized psychotherapist and the stress of doing therapy. *Psychotherapist* 1998; 35: 137-146.
 - 88- Mills L, Huerbner S. A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and burnout among school psychology practitioners. *Journal of School Psychology* 1998 Spr, 36: 103-120.
 - 89- Urtubey L. Des changements chez l'analyste. *Revue Française de Psychoanalyse* 1996 ; 60: 1083-1090.
 - 90- Cushway D, Tylers P. Stress in clinical psychologists. *International Journal of Social Psychiatry* 1996; 42: 141-149.
 - 91- Hoekma J, Guy J, Brown C, Brody J. The relationship between psychotherapist burnout and satisfaction with leisure activities. *Psychotherapy in Private Practice* 1993; 12: 51-57.
 - 92- Horner A. Occupational hazards and characterological vulnerability: the problem of burnout. *American Journal of Psychoanalysis* 1993; 53: 137-142.
 - 93- Buechler S. Stress in the personal and professional development of a psychoanalyst. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 1992; 20: 183-191.
 - 94- Farber H. Burnout in psychotherapists: Incidence, types and trends. *Psychotherapy in Private Practice* 1990; 8: 35-44.
 - 95- Swearingen Ch. The impaired psychiatrist. *Psychiatric Clinics of North America* 1990; 13: 1-11.
 - 96- Organización Mundial de la Salud (1994) Documentos Básicos. Ginebra.
 - 97- Maslach C y Jackson SE. Burnout in organizational settings en S. Oskamp (ed), *Applied Social Psychology Annual* 1981, vol 5, Beverly Hills, Sage.
 - 98- Costa M y López E. *Salud Comunitaria. Teoría y Práctica*. 1990. Madrid, Díaz de Santos.
 - 99- Slipak O. El estrés laboral, en Alcmeón, año VII, vol 5, nº3, dic 1996.
 - 100- Linden M, Muschalla B. Anxiety disorders and workplace-related anxieties. *J. Anxiety Disord* 2007; 21:467-474.
 - 101- Bravo M, Zurriaga R, Peiró J, González P. Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en los profesionales de la salud. *Revista de Psicología de la Salud* 1993; 1: 19-36.
 - 102- French J, Kahn R. A programatic approach to the studying the industrial environment and mental health. *The Journal of Social Issues* 1962; 18: 1-47.
 - 103- McCranie, Horsnby J, Calvert L. Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: A national survey. *Journal Family Practice* 1982; 14: 1107-1114.
 - 104- Scheiber S. *Stress in physicians*. New York: Wiley. 1987.
 - 105- Meeroff M *Enfermedad laboral del médico. Síndrome de Tomás y burnout*. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 1997; 110, nº 2.
 - 106- Margison F, *Stress in Psychiatrist*. New York: Wiley 1987.

- 107- Vincent M. Doctor and Mrs- Their mental health. Can Psychiatr Assoc Journal 1969; 14: 509-515.
- 108-Kahill S. Intervention four burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence. Canadian Journal of Couseling 1988; 22: 162-169.
- 109- Peiró J. Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. S. Psicológica. España. 1992.
- 110- O`Brien GE. Psychology of work and unemployment. 1986. Chichester, Uk, Wiley.

ANEXO:

**TABLAS
Y
FIGURAS**

TABLAS

Tabla 1- Muestra

298 personas (representando el 41.38% de una población hospitalaria de 720 trabajadores, con IC 95%: 37.76, 45.08).

Tabla 2- Ítems del Burnout

	<i>DP</i>	<i>RP</i>	<i>CE</i>
Media ± ES	9.90 ± 0.40	34.26 ± 0.51	27.57 ± 0.68
IC 95%	9.10, 9.90	33.25, 35.27	26.23, 28.91
Mediana ± MAD	9.00 ± 5.00	36.00 ± 6.00	27.00 ± 9.00

Correlación entre subdimensiones

	<i>Pearson</i>	<i>P valor</i>
CE – RP	- 0.20	0.0003
DP – RP	- 0.24	0.0000
CE – DP	0.55	0.0000

Tabla 3- Género

Mujeres = 196 (65.77%)

Varones = 102 (34.22%)

	<i>Media Mujeres</i>	<i>Media Varones</i>	<i>Test T</i>
DP	9.25 ± 0.47	11.16 ± 0.75	0.03
CE	27.01 ± 0.79	28.63 ± 1.30	0.28
RP	35.11 ± 0.57	32.62 ± 0.98	0.02

P valor en regresión lineal simple:

DP: 0.0259.

RP: 0.0210

CE: 0.26

(en este modelo la variable género se comportó como predictora, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

Tabla 4- Edad, antigüedad profesional e institucional

	<i>Edad (años)</i>	<i>Antigüedad profesional (años)</i>	<i>Antigüedad institucional (años)</i>
Media ± ES	40.31 ± 0.540	13.92 ± 0.52	9.86 ± 0.49
IC 95%	39.24, 41.37	12.89, 14.95	8.88, 10.89
Mediana ± MAD	40.00 ± 8.00	14.00 ± 8.00	7.00 ± 6.00

<i>P</i> valor por Regresión lineal simple	<i>Edad</i>	<i>Antigüedad profesional</i>	<i>Antigüedad institucional</i>
CE	0.043 (menor edad)	0.38	0.98
DP	0.0095 (menor edad)	0.0334 (menor ant)	0.28
RP	0.72	0.67	0.41

(en este modelo, las variables edad, antigüedad profesional e institucional se comportaron como predictoras, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

Tabla 5- Profesión

	<i>Mujeres</i>	<i>Varones</i>	<i>TOTAL</i>
Médicos	87	51	138 (46.30%)
Enfermeros	39	16	55 (18.45%)
Psicólogos	2	0	2
Trabajadores sociales	4	0	4
Obstétricas	10	0	10
Administrativos	17	3	20
Fonoaudiología	6	0	6
Kinesiología	2	0	2
Bioquímicos	6	4	10
Técnicos	13	15	28 (9.39%)
Farmacéuticos	7	1	8
Otros	3	12	15
TOTAL	196	102	298

Tabla 6- Dimensiones del Burnout según profesión

Medias y ES

	<i>DP</i>	<i>RP</i>	<i>CE</i>
Médicos	9.92 ± 0.62	35.07 ± 0.66	29.13 ± 0.99
Enfermeros	10.60 ± 0.92	34.32 ± 1.18	28.01 ± 1.71
Psicólogos	4.00 ± 0.00	41.00 ± 4.00	18.00 ± 2.00
Trabajadores sociales	8.75 ± 3.44	37.50 ± 4.66	29.75 ± 4.09
Obstétricas	7.30 ± 1.63	34.30 ± 2.90	24.10 ± 2.66
Administrativos	10.55 ± 0.91	37.10 ± 1.61	24.05 ± 1.83
Fonoaudiología	1.66 ± 0.91	36.66 ± 2.20	22.00 ± 3.74
Kinesiología	0.00 ± 0.00	48.00 ± 0.00	8.00 ± 0.00
Bioquímicos	10.90 ± 2.16	33.90 ± 1.62	6.70 ± 5.04
Técnicos	10.96 ± 1.13	29.85 ± 2.08	29.10 ± 2.09
Farmacia	11.87 ± 4.18	36.62 ± 2.82	29.12 ± 6.10

Personas

Desgaste	DP	RP	CE
Bajo	96 (32.21%)	97 (32.55%)	77 (25.83%)
Medio	54 (18.12%)	73 (24.49%)	66 (22.14%)
Alto	148 (49.66%)	128 (42.95%)	155 (52.01%)

Número de dimensiones quemadas

Dimensiones	Personas
0	75 (25.16%)
1	73 (24.49%)
2	92 (30.87%)
3	58 (19.16%)

Comparación entre las disciplinas más numerosas

	Médicos	Enfermeros	P valor (Test T)
CE	29.13 ± 0.99	28.01 ± 1.71	0.58
DP	9.92 ± 0.62	10.60 ± 0.92	0.55
RP	35.07 ± 0.66	34.32 ± 1.18	0.55

Tabla 7- Rol en el hospital

Conducción = 16 (5.36%)
Ejecución = 282 (94.63%)

P valor para DP= 0.89 (Test T) y 0.96 (Mann-Wihtney)
P valor para CE= 0.46 (Test T) y 0.53 (Mann-Wihtney)
P valor para RP= 0.62 (Test T) y 0.46 (Mann-Wihtney)

(en este modelo la variable "rol en el hospital" se comportó como predictora, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

Tabla 8- Horas de trabajo semanales

	Horas
Media ± ES	53.71± 1.11
IC 95%	51.52, 55.90
Mediana ± MAD	50.00 ± 14.00

P valor regresión lineal:

DP: 0.13
CE: 0.0021
RP: 0.11

(en este modelo la variable "horas de trabajo" se comportó como predictora, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

Tabla 9- Porcentaje de horas de trabajo semanales asignadas al hospital (en relación a la práctica privada)

	Porcentaje de horas en el hospital
Media \pm ES	84.36% \pm 1.28
IC 95%	81.84, 86.88
Mediana \pm MAD	100.00 \pm 0.00

Tabla 10- Especialidad en profesionales médicos

	Mujeres	Varones	TOTAL
Clínica (@)	32	15	47 (31.38 %)
Quirúrgica (&)	45	28	73 (53.28 %)
Otra (*)	10	7	17 (12.40 %)
TOTAL	87	50	137

137 respondedores sobre 138 médicos.

(@) Clínica (clínica, pediatría, cardiología, neurología, etc.)

(&) Quirúrgica (traumatología, ORL, oftalmología, tocoginecología, urología, etc.)

(*) Otra (imágenes, etc.)

Clínicos vs Quirúrgicos

P valor para DP= 0.53 (Test T) y 0.90 (Mann-Wihtney)

P valor para CE= 0.12 (Test T) y 0.12 (Mann-Wihtney)

P valor para RP= 0.50 (Test T) y 0.32 (Mann-Wihtney)

Tabla 11- Tipo de contrato

	Mujeres	Varones	TOTAL
Residentes	23	4	27 (19.70 %)
Planta	13	4	17 (12.40 %)
Guardia	21	24	45 (32.84 %)
Concurrentes que hacen guardia (*)	7	8	15 (10.94 %)
Planta + Guardia	23	10	33 (24.08 %)
TOTAL	87 (63.50 %)	50 (36.49 %)	137

137 respondedores sobre 138.

(*) Todos los concurrentes encuestados hacen guardia, por eso no figura el ítem "concurrente".

Residencia vs Planta

P valor para DP= 0.42 (Test T) y 0.47 (Mann-Wihtney)

P valor para CE= 0.06 (Test T) y 0.06 (Mann-Wihtney) R: 32.77 \pm 2.05; P: 25.82 \pm 3.02

P valor para RP= 0.23 (Test T) y 0.35 (Mann-Wihtney)

Residencia vs guardia

P valor para DP= 0.31 (Test T) y 0.32 (Mann-Wihtney)

P valor para CE= 0.09 (Test T) y 0.09 (Mann-Wihtney)

P valor para RP= 0.44 (Test T) y 0.29 (Mann-Wihtney)

Tabla 12- Otros estudios realizados

	Mujeres	Varones	TOTAL
Ninguno	123	67	190 (63.75 %)
Profesorado	14	4	18 (6.04 %)
Licenciatura	15	4	19 (6.37 %)
Universitario	20	6	26 (8.72 %)
Otro	19	15	34 (11.40 %)
Más de uno de los anteriores	5	6	11 (3.69 %)
TOTAL	196	102	298

Tabla 13- Número de cursos en últimos 5 años

	Cursos
Media ± ES	5.43 ± 0.33
IC 95%	4.77, 6.09
Mediana ± MAD	4.00 ± 4.00

Número de cursos	Número de personas
Ninguno	75 (25.16 %)
1-5	116 (38.92 %)
6-10	63 (21.14 %)
11-15	28 (9.39 %)
Más de 15	16 (5.36 %)
TOTAL	298

P valor (R lineal múltiple)

	Otros estudios	Número de cursos
CE	0.65	0.06
DP	0.54	0.72
RP	0.87	0.75

(en este modelo, las variables otros estudios y número de casos se comportaron como predictoras, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

Tabla 14- Estado civil

	Mujeres	Varones	TOTAL
Soltero	47	25	72 (24.16 %)
En pareja/ casado	119	64	183 (61.40 %)
Separado/ Divorciado	25	13	38 (12.75 %)
Viudo	5	0	5 (1.67 %)
TOTAL	196	102	298

	En pareja/ Casados	El resto	P valor (Test T)
CE	26.67 ± 0.83	29.00 ± 1.17	0.09
DP	9.37 ± 0.52	10.76 ± 0.64	0.09
RP	34.77 ± 0.63	33.46 ± 0.85	0.21

Tabla 15- Hijos

	Número de hijos	Número de hijos Convivientes
Media ± ES	1.30 ± 0.06	1.12 ± 0.06
IC 95%	1.16, 1.44	0.99, 1.25
Mediana ± MAD	1.00 ± 1.00	1.00 ± 1.00

P valor por regresión lineal

	Número de hijos	Número de hijos Convivientes
CE	0.0028	0.007
DP	0.013	0.0133
RP	0.30	0.24

Tabla 16- ¿Cuántas personas contacta diariamente en virtud de su tarea?

	Número de contactos
Media ± ES	27.65 ± 0.97
IC 95%	25.85, 29.68
Mediana ± MAD	27.50 ± 12.50

P valor regresión lineal:

DP: 0.0450

CE: 0.15

RP: 0.31

(en este modelo la variable “número de contactos” se comportó como predictora, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

Tabla 17- ¿Realiza labores de su trabajo en su casa?

	SI	TOTAL
Médicos	62 (44.92%)	138
Enfermeros	15 (42.85%)	55
Psicólogos	1	2
Trabajadores sociales	3	4
Obstétricas	1	10
Administrativos	3	20
Fonoaudiología	6	6
Kinesiología	0	2
Bioquímicos	3	10
Técnicos	7 (25.00%)	28
Farmacéuticos	2	8
Otros	2	15
TOTAL	105 (35.23%, IC 95: 29.81, 40.95)	298

Tabla 18- Tratamiento con salud mental y licencias por estrés laboral

	En tratamiento por salud mental	Licencia Por estrés laboral	TOTAL
Médicos	22 (15.94%)	8 (5.79%)	138
Enfermeros	2 (3.63%)	5 (9.09%)	55
Psicólogos	2	0	2
Trabajadores sociales	1	1	4
Obstétricas	0	1	10
Administrativos	3	0	20
Fonoaudiología	1	0	6
Kinesiología	0	0	2
Bioquímicos	3	0	10
Técnicos	5 (44.92%)	2 (7.14%)	28
Farmacéuticos	0	0	8
Otros	0	0	15
TOTAL	39 (13.08%, IC 95: 9.47, 17.45)	17 (5.70%, IC 95: 3.35, 8.97)	298

Tabla 19- ¿Aconsejaría a sus hijos que sigan la misma carrera que usted?

	NO	TOTAL
Médicos	102 (73.91 %)	138
Enfermeros	37 (67.27 %)	55
Psicólogos	2	2
Trabajadores sociales	3	4
Obstétricas	9	10
Administrativos	13	20
Fonoaudiología	4	6
Kinesiología	0	2
Bioquímicos	7	10
Técnicos	24 (85.71 %)	28
Farmacéuticos	5	8
Otros	13	15
TOTAL	219 (73.48%, IC 95: 68.09, 78.41)	298

Tabla 20- ¿Se ha planteado alguna vez cambiar de profesión?

	SI	TOTAL
Médicos	66 (47.82%)	138
Enfermeros	27 (49.09%)	55
Psicólogos	0	2
Trabajadores sociales	2	4
Obstétricas	7	10
Administrativos	3	20
Fonoaudiología	1	6
Kinesiología	0	2
Bioquímicos	5	10
Técnicos	20 (71.42%)	28
Farmacéuticos	3	8
Otros	10	15
TOTAL	144 (48.32 %, IC 95: 42.52, 54.15)	298

Tabla 21- ¿Cometió errores en la asistencia por culpa de las condiciones de trabajo?

	SI	TOTAL
Médicos	114 (82.60%)	138
Enfermeros	19 (34.54%)	55
Psicólogos	1	2
Trabajadores sociales	3	4
Obstétricas	6	10
Administrativos	2	20
Fonoaudiología	1	6
Kinesiología	0	2
Bioquímicos	6	10
Técnicos	9 (32.14%)	28
Farmacéuticos	6	8
Otros	5	15
TOTAL	172 (57.71%, IC 95: 51.88, 63.39)	298

	Sin errores	Con errores	P valor (Test T)
CE	23.61 ± 1.04	30.46 ± 0.84	< 0.001
DP	8.80 ± 0.57	10.71 ± 0.56	0.01
RP	33.73 ± 0.85	34.65 ± 0.63	0.39

Tabla 22- Número de horas semanales que dedica al ocio

	Horas de ocio
Media ± ES	13.97± 0.80
IC 95%	12.39, 15.50
Mediana ± MAD	10.00 ± 6.00

P valor regresión lineal:

DP: 0.35

CE: 0.0162

RP: 0.16

(en este modelo la variable “horas de ocio” se comportó como predictora, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

Tabla 23- Horas y turnos de trabajo

	Lunes a viernes TM y TT	Lunes a viernes TN, SDyF	Totales
Media ± ES	37.58 ± 0.88	16.06 ± 0.86	53.71 ± 1.11
IC 95%	35.84, 39.32	14.34, 17.77	51.52, 55.90
Mediana ± MAD	36.00 ± 9.00	12.00 ± 12.00	50.00 ± 14.00

P valor regresión lineal (horas totales):

DP: 0.13

CE: 0.0021

RP: 0.11

(en este modelo la variable “horas de trabajo” se comportó como predictora, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

TM= Turno mañana.

TT= Turno tarde.

TN= Turno noche.

SD y F= Sábado, domingo y feriados.

- ✓ 207 trabajan TN o SDF.
- ✓ 290 trabajan TM-TT.
- ✓ 199 trabajan en más de un turno (66.77%).

Tabla 24- ¿Hace guardias?

	NO	SI
Mujeres	80	116
Varones	34	68
Total	114 (38.25%, IC 95%: 32.71, 44.03)	184 (61.74%, IC 95%: 55.96, 67.28)

Hace guardia el 59.18% de las mujeres y el 66.66% de los varones.

	Sin guardias	Con guardias	P valor (Test T)
CE	25.24 ± 1.09	29.01 ± 0.86	0.007
DP	8.80 ± 0.63	10.59 ± 0.52	0.03
RP	34.12 ± 0.85	34.35 ± 0.64	0.81

Tabla 25- Número de horas de guardia semanales

Horas semanales de guardias	Personas
Sin guardias	114 (38.92%)
12 horas	7 (2.34%)
24	97 (32.55%)
36	18 (6.04%)
48	42 (14.09%)
60	5 (1.67%)
72	11 (3.69%)
84	1 (0.33%)
96	1 (0.33%)

P valor regresión lineal:

DP: 0.0022

CE: 0.0045

RP: 0.86

(en este modelo la variable “número de guardias semanales” se comportó como predictora, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

Tabla 26- ¿Siente que el trabajo influye negativamente en su vida familiar?

SI = 133 (44.63%; IC95%:38.89, 50.47).

Tabla 27- Factor laboral

	Factor laboral
Media ± ES	6.79± 0.08
IC 95%	6.52, 6.88
Mediana ± MAD	7.00 ± 1.00

Tabla 28- Escala de Díaz Veiga

Objetiva

	Apoyo y contactos Extralaborales N= 158	Apoyo y contactos Laborales N= 135
Media ± ES	5.91 ± 0.12	4.80 ± 0.12
IC 95%	5.67, 6.15	4.54, 5.05
Mediana ± MAD	6.00 ± 1.00	5.00 ± 1.00

Subjetiva

	Satisfacción Extralaboral N= 154	Satisfacción Laboral N= 135
Media ± ES	5.80 ± 0.12	5.71 ± 0.14
IC 95%	5.54, 6.06	5.42, 6.00
Mediana ± MAD	6.00 ± 1.00	6.00 ± 1.00

Tabla 29- Nivel de clasificación y puntaje en las redes sociales de apoyo

Objetiva

	Apoyo y contactos Extralaborales N= 158	Apoyo y contactos Laborales N= 135
Alto	114 (72.15%)	66 (48.88%)
Medio	40 (25.31%)	61 (45.18%)
Bajo	4 (2.53%)	8 (5.92%)

Subjetiva

	Satisfacción Extralaboral N= 154	Satisfacción Laboral N= 135
Alto	110 (71.42%)	37 (27.40%)
Medio	39 (25.32%)	77 (57.03%)
Bajo	5 (3.24%)	21 (15.55%)

P valor en regresión lineal múltiple:

	Apoyo y contactos Extralaborales	Apoyo y contactos Laborales	Satisfacción Extralaboral	Satisfacción Laboral
CE	0.72	0.38	0.0003	0.44
DP	0.17	0.81	0.24	0.83
RP	0.68	0.11	0.04	0.88

(en este modelo las variables referidas a aspectos objetivos y subjetivos de la red se comportaron como predictoras, y las dimensiones del Burnout como variables dependientes).

Tabla 30- Situaciones que más preocupan en su actividad

SITUACIÓN	Personas
Malas condiciones de trabajo	198 (66.44%)
Autoritarismo de los jefes	80 (26.84%)
Agresividad de pacientes y familiares	202 (67.78%)
Sueldos bajos	231 (77.51%)
Exceso de horas de trabajo	152 (51.00%)

Mal ambiente de trabajo	96 (32.21%)
Falta de supervisión	63 (21.14%)
Falta de insumos y de infraestructura	155 (52.01%)
Luchas por el poder	109 (36.57%)
Falta de educación continua en servicio	100 (33.55%)
Trabajo bajo presión	88 (29.53%)

Tabla 31- Patologías/ situaciones ocurridas luego del inicio laboral

Cefalea	149 (50.00%)	Hipertensión arterial	60 (20.13%)
Dolores ósteomusculares	158 (53.02%)	Alteraciones menstruales	29 (14.79%)
Molestias digestivas	108 (36.24%)	Abuso de drogas	3 (1.00%)
Úlcera gástrica o duodenal	15 (5.03%)	Exceso de café	59 (19.79%)
Pérdida de peso	22 (7.38%)	Exceso de alcohol	6 (2.01%)
Obesidad	61 (20.46%)	Tabaquismo	53 (17.78%)
Cansancio crónico	159 (53.35%)	Impaciencia	125 (41.94%)
Insomnio	75 (25.16%)	Irritabilidad	158 (53.02%)

	Patologías
Media ± ES	4.16± 0.14
IC 95%	3.87, 4.45
Mediana ± MAD	4.00 ± 2.00

Número de patologías/ situaciones	Personal
Ninguna	26 (8.72%)
1 a 5	179 (60.06%)
6 a 10	89 (29.86%)
Más de 10	4 (1.34%)

P valor en regresión lineal múltiple (dimensiones de Burnout como variables predictoras y número de patologías como variable dependiente):

DP: 0.0347

CE: 0.0000

RP: 0.50

Tabla 32- Cuestionario breve de Burnout (CBB)

Aplicado en 61 personas

Medias y ES

	Factores de Burnout	Síndrome de Burnout	Consecuentes del Burnout
Media ± ES	23.45 ± 0.66	25.73 ± 0.84	9.09 ± 0.34
IC 95%	22.12, 24.78	24.05, 27.14	8.40, 9.79
Mediana ± MAD	24.00 ± 3.00	26.00 ± 4.50	9.00 ± 2.00

Distribución de las personas

	Factores de Burnout	Síndrome de Burnout	Consecuentes del Burnout
Bajo	15 (24.59%)	11 (18.03%)	15 (24.59%)
Medio	37 (60.65%)	18 (29.50%)	10 (16.39%)
Alto	9 (14.75%)	32 (52.45%)	36 (59.01%)

	Factores de Burnout Altos (30 o más)	Factores de Burnout Medio y bajos (menos de 30)	TOTAL
Síndrome de Burnout alto (26 o más)	9	24	33
Síndrome de Burnout medio y bajo (hasta 25)	1	27	28
TOTAL	10	51	61

P valor Test de Fisher	0.01
Odds Ratio	10.13 (IC 95%: 1.19, 85.88)
Sensibilidad	27%
Especificidad	96%
Valor predictivo positivo	90%
Valor predictivo negativo	53%

Tabla 33- Validación del CBB en esta muestra

Correlación entre síndrome de Burnout definido por el CBB y las dimensiones del Burnout

CE: 0.54

DP: 0.36

RP: - 0.23

(los 3 con $p < 0.05$)

Regresión lineal con factores de Burnout (como variable independiente) definidos por el CBB y las dimensiones del Burnout como variables dependientes

Para CE: p: 0.0008

Para DP: p: 0.03

Para RP: p: 0.2

Regresión lineal con elementos del CBB como variables independientes y presencia de varias enfermedades como variable dependiente

Con factores de Burnout: p: 0.055.

Con síndrome de Burnout: p: 0.0046

Con consecuentes del Burnout: p: 0.0000