





***Universidad Nacional de Córdoba***

***Facultad de Ciencias Médicas***

***Escuela de Salud Pública.***

***Maestría en Salud Pública.***

**Título: “El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes”.**

**Maestrando: Prof. Méd. Jorge Raúl Cialzeta.**

**Corrientes 2013**

## **TRIBUNAL DE TESIS**

**Mgter. Méd. DOS SANTOS ANTOLA Lorena.**

**Prof. Dr. DIONISIO Leandro D.**

**Prof. Dr. KIGUEN Jorge Luis**

## AGRADECIMIENTOS

- A mi Directora de Tesis **Mgter. Méd. Lorena Dos Santos Antola**, por su valiosa contribución a mi tesis desde su destacada formación y solvencia profesional, por la orientación, el apoyo incondicional y su aporte a nivel personal dado por una inapreciable calidad humana.

- Al **Méd. Eduardo Perna** por su ayuda en el análisis estadístico

**Art. 23. – Ord. Rectoral 3/77 “La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”.**

## INDICE

<b>Resumen</b>	8
<b>Summary</b>	9
<b>Capítulo 1. Introducción</b>	
1.1. Presentación	10
1.2. Planteo del Problema	12
1.3. Estado del Arte	15
1.3.1. Antecedentes a nivel mundial sobre el Síndrome de Burnout	15
1.3.2. Antecedentes en Argentina sobre el Síndrome de Burnout	17
1.4. Relevancia Social y Académica	20
<b>Capítulo 2. Marco Teórico</b>	
2.1. La salud como proceso social	22
2.2. La salud y el trabajo	25
2.3. El desgaste mental en el trabajo	26
2.4. Características del trabajo sanitario y salud de los trabajadores	29
2.5. El síndrome de Burnout	32
2.5.1. Desarrollo histórico del Síndrome de Burnout	32
2.5.2. Delimitación conceptual y definiciones del Síndrome de Burnout	36
2.5.3. Desencadenantes del síndrome en profesionales de la salud	39
2.5.4. Las dimensiones del Burnout	40
2.5.5. Curso del Síndrome de Burnout	41
2.5.6. Relación entre Estrés laboral y Burnout	43
2.5.7. Consecuencias sobre la salud	43
<b>Capítulo 3: Objetivos e hipótesis</b>	

3.1. Objetivos	45
3.2. Hipótesis	45
<b>Capítulo 4. Diseño Metodológico</b>	
4.1. Tipo de estudio	46
4.2. Población	46
4.3. Muestra	46
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	46
4.5. Técnicas de obtención de la información empírica	47
4.6. Instrumento de Recolección de la información	47
4.7. Análisis de la información	54
4.8. Aspectos éticos	56
<b>Capítulo 5. Resultados</b>	
5.1. Características generales de la población	57
5.2. Análisis de Grupos	61
5.3. Análisis comparativo entre grupos con y sin Burnout	77
5.4. Análisis de Consecuencias del Síndrome de Burnout	80
5.5. Análisis uni y multivariados	81
<b>Capítulo 6. Discusión y Conclusiones</b>	
6.1. Discusión	83
6.2. Limitaciones	91
6.3. Principales aportes de la tesis	91
6.4. Conclusiones	92
<b>7. Bibliografía.</b>	93
<b>8. Anexos</b>	100

## Resumen

**Introducción:** El síndrome de Burnout (SBO) es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico consecuencia de elevados niveles de tensión en el trabajo, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas.

**Objetivos:** determinar la prevalencia de SBO en médicos de un hospital general de alta complejidad de la ciudad de Corrientes; identificar factores asociados y causales; establecer un indicador preventivo para evitar o retardar el desarrollo de SBO (I CBO).

**Materiales y Métodos:** se realizó un estudio transversal, observacional, que incluyó a 141 médicos. Se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno. La población fue dividida en cinco grupos según el servicio donde se desempeñan: grupo 1 (quirófano), grupo 2 (perinatología), grupo 3 (clínica), grupo 4 (urgencias) y grupo 5 (varios). Se construyó una curva ROC y se determinó un punto de corte para predecir SBO. Se realizó un análisis univariado y tres multivariados.

**Resultados:** la prevalencia de SBO fue del 44% (n=62). La edad media fue  $49.9 \pm 9.1$  años. El punto de corte de total CBO  $\geq 21$ , tuvo una sensibilidad del 68% y una especificidad del 84%. Las variables independientes en los análisis multivariados para predecir síndrome de Burnout fueron: CT ( $p < 0,0001$ ), OR ( $p < 0,0001$ ), TE ( $p < 0,0001$ ), total de CBO e índice de CBO ( $p < 0,0001$ ). Por cada incremento de un punto del total de antecedente (total CBO) se incrementa el riesgo de Síndrome de Burnout un 34 %; y si el índice CBO es  $\geq$  a 21, se incrementa doce veces el riesgo de Síndrome de Burnout.

De los médicos que presentaron SBO, el 84%, estuvo críticamente afectado por las consecuencias del SBO.

**Conclusiones:** La utilización del Índice de Consecuencias de Burnout (I CBO) con un fin preventivo, podría evitar o retardar la aparición de SBO y disminuir el efecto del SB sobre la salud de los trabajadores.



## Summary

**Introduction:** The burnout syndrome (SBO) is an inadequate response to chronic emotional stress due to high levels of stress at work, personal frustration and inappropriate attitudes of confrontation to conflict.

**Objectives:** To determine the prevalence of SBO in a general hospital physicians highly complex in the city of Corrientes, identify associated factors and causal preventive set a flag to prevent or delay the development of BOS (I CBO).

**Materials and Methods:** A cross sectional study was observational, which included 141 physicians. We used the Brief Questionnaire of Bernardo Moreno Burnout. The population was divided into five groups according to the service where they work: group 1 (surgery), group 2 (perinatology), group 3 (clinical), group 4 (emergency) and group 5 (various). ROC curve was constructed and determined a cutoff to predict SBO. We performed a univariate and multivariate three.

**Results:** The prevalence of SBO was 44% (n = 62). Mean age was  $49.9 \pm 9.1$  years. The overall cutoff CBO  $\geq 21$  had a sensitivity of 68% and a specificity of 84%. The independent variables in the multivariate analyzes to predict burnout were: CT (p <0.0001), OR (p <0.0001), TE (p <0.0001), and total CBO, CBO index (p <0.0001). For every one-point increase of the total background (total CBO) increases the risk of burnout syndrome by 34%, and if the index is  $\geq 21$  CBO, twelve times increases the risk of burnout syndrome. Of the doctors who had SBO, 84%, was critically affected by the consequences of SBO.

**Conclusions:** The use of the Consequences of Burnout Index (I CBO) with a preventive purpose, could prevent or delay the onset of SBO and lessen the effect of SBO on the health of workers.

## Capítulo 1. Introducción

### 1.1. Presentación:

Un libro de cabecera en Medicina Interna, contiene un texto que dice así: *“nuestra profesión es una verdadera vocación en la cual los miembros no pueden separar su profesión de su vida”*. Durante mucho tiempo esta frase me pareció una más dentro de tantas otras relacionadas con la idolatría con que siempre ha sido imbuida nuestra profesión. Luego con el paso de los años comencé a sentir que los límites entre mi vida privada y profesional se iban borrando... también empecé a sufrir sus consecuencias...

Es inconcebible para el discurso médico hablar de las dudas, miedos, aprensiones e incertidumbres, que nos ocasiona una profesión donde el error, puede terminar en un entierro. Tampoco de los cambios subjetivos que nos ocasiona estar en contacto directo con el dolor, la demanda y el sufrimiento de un ser humano. Esa posibilidad me la brindó la Maestría de Salud en Salud Pública, y me enteré que los trabajadores de la salud también podíamos “sufrir” y experimentar psíquica y físicamente ese sufrimiento, que muchas veces pasa desapercibido.

De eso trata el presente trabajo, del sufrimiento mental del médico en el marco de proletarización de su profesión y la pérdida de su otrora condición de profesión liberal. La investigación se realizó en médicos de un Hospital de Alta Complejidad “Dr. Juan Ramón Vidal”, de la ciudad de Corrientes, el cual es considerado centro de derivación de pacientes de todo el interior de la provincia y también de otras regiones del Nordeste Argentino. Cuenta con Servicios de Clínica Médica, Neumonología, Infectología, Diabetes, Oncología, Diagnostico por imagen, Medicina legal, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía

General, Urología, Emergencias, Unidad de Terapia Intensiva, Anestesiología, Cardiología, y cuenta además con un Anexo Materno Neonatal (cuyos servicios de Obstetricia y Neonatología son los más grandes de la Provincia de Corrientes) y cuenta con un total de 386 camas. Este nosocomio es un centro de referencia para todo el Nordeste Argentino, en él se internan pacientes derivados de varias provincias.

El trabajo está dividido en seis capítulos. En el primer capítulo se realizó la introducción del trabajo, se planteó el problema que motivó la presente investigación, seguidamente se presentó el “estado del arte” del objeto-problema de investigación, que ha servido para saber que el trabajo de investigación ha sido original, ya que en el lugar donde resido, no existen estudios científicos sobre este síndrome en hospitales de alta complejidad, conclusión a la que he llegado luego de intensas y prolongadas búsquedas sistemáticas. Y también se realizó una fundamentación de la relevancia social y académica de la presente tesis.

En el marco teórico; en principio se delimitó conceptualmente la salud y la salud mental, desde la visión de la medicina social, apelando fundamentalmente a definiciones de autores latinoamericanos, para luego establecer las relaciones existentes entre el trabajo y la salud mental, las consecuencias sobre la misma del desgaste psíco-físico, seguido de datos referentes al proceso salud-enfermedad de los trabajadores de la sanidad.

Seguidamente se presenta el desarrollo histórico del concepto de burnout; en este apartado se delimitó conceptualmente el síndrome, así como también los factores individuales, interpersonales, organizacionales y sociales que confluyen en la aparición del mismo. Posteriormente se describió sucintamente las características clínicas y

evolutivas del mismo, y las consecuencias del síndrome, y debido a las polémicas y debates existentes entre estrés y burnout, estos dos conceptos fueron claramente delimitados. Además se especificaron las consecuencias psicofísicas y sociales del síndrome sobre la salud del trabajador

En el capítulo 3 se presentan los objetivos, tanto generales como específicos del síndrome, y en el capítulo 4 se especifica el diseño metodológico, para luego exponer los resultados en el capítulo 5, en él primero se realizó un análisis de las características generales de la población y luego se dividió a la población de estudio en cinco grupos según el servicio donde trabajan; grupo 1 (quirófano), grupo 2 (Perinatología), grupo 3 (clínica), grupo 4 (urgencias) y grupo 5 (varios), y se realizó el análisis comparativo entre los diferentes grupos, con el objetivo de encontrar variables que alcancen la significación estadística. Se construyó una Curva ROC determinando el punto de corte para riesgo de desarrollar Síndrome de Burnout. Las variables estadísticamente significativas fueron sometidas a un análisis univariado y tres análisis multivariados.

La discusión de los resultados del trabajo se realizó en el último capítulo, y en él se establecieron relaciones y diferencias encontradas con otros estudios similares, para finalmente exponer las conclusiones del mismo.

## **1.2. Planteo del Problema**

La salud y la mortalidad de los médicos ha sido objeto de estudio ya desde el año 1896, en el que el Dr. William Ogle <sup>(1)</sup> publicara un trabajo en el que demostró que el nivel de muerte de los médicos, en especial de los más jóvenes, estaba por encima de otras profesiones. En esa

época la mortalidad estaba provocada por la alta prevalencia de las enfermedades infecto-contagiosas, como la difteria, el tifus y la escarlatina. Clínicos, cirujanos y médicos generalistas representan probablemente las únicas ocupaciones donde la mortalidad- en relación a la edad y causa de muerte- ha sido continuamente estudiada.

En 1930 la Organización Interterritorial de Trabajo sostuvo que el trabajador de la salud es un personal reconocidamente expuesto a riesgos, constituyen uno de los grupos profesionales en los que el estrés y el agotamiento se presenta con mayor frecuencia, produciendo efectos psíquicos: ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos, motivados por la gravedad de los pacientes <sup>(2)</sup>. Esta situación no es tenida en cuenta por el médico en el marco de sus funciones profesionales, lo que supondría que no existe un aprovechamiento de sus conocimientos en beneficio de una mejor calidad de vida para sí mismo <sup>(3)</sup>.

La medicina es una profesión en la cual el médico se encuentra en contacto permanente con el dolor, la incertidumbre, la angustia, la muerte, así como también con su polo de salud, de vida, de cura. Estas situaciones estresantes, si bien constituyen un riesgo profesional esperado, en determinadas circunstancias, por factores personales, organizacionales, institucionales o macroestructurales, pierden el valor de sostenedores de la identidad profesional del trabajador y se convierten en factores estresantes, situando al médico como un trabajador sanitario en situación de vulnerabilidad <sup>(4)</sup>.

Por otra parte las modificaciones estructurales llevadas a cabo en el sector salud en las últimas décadas en Argentina, tales como: el desmantelamiento del Hospital Público, la mercantilización y

privatización del sector, asociado al gran desarrollo científico-tecnológico que desvalorizó el trabajo médico respecto de la tecnología, la tensión entre la autonomía profesional y el campo de las responsabilidades en el marco de una profesión asistencia que presumiblemente tiene una filosofía humanística del trabajo son algunos de los cambios que ha sufrido la actividad médica en otros tiempos autónoma y liberal <sup>(5-8)</sup>.

Este choque que experimenta el médico al encontrarse con un sistema deshumanizado, despersonalizado, convertido ahora en un trabajador proletarizado en el marco de un trabajo institucional, crea un espacio de interjuego de dimensiones científico-técnicas, éticas, político-organizacionales y subjetivas que necesariamente impactan sobre su salud psico-física. Esto ha sido demostrado en numerosos estudios que serán expuestos en este trabajo, específicamente uno de ellos: el síndrome de Burnout o estrés laboral asistencial.

Este síndrome desde la mitad de la pasada década hasta nuestros días y a ritmo creciente ha ido despertando interés por su repercusión no solamente por sobre el trabajador de la salud sino también por sus consecuencias a nivel institucional: deterioro de la calidad asistencial, renuncias y ausentismo de los profesionales, costos institucionales por el daño de los profesionales (por enfermedad o despidos), costo potencial de reclamos por negligencia y pérdida del cometido o misión organizacional.

### **1.3. Estado del arte**

#### **1.3.1. Antecedentes a nivel mundial sobre el Síndrome de Burnout**

Un estudio observacional, transversal realizado este año en el Reino Unido sobre un total de 564 médicos generales <sup>(9)</sup>, en el que utilizaron el Inventario de Maslach y Jackson, demostró que el 46% de los mismos presentaban altos niveles de cansancio emocional, el 42% presentó síntomas de despersonalización y el 34% síntomas de sensación de falta de realización personal. La despersonalización estuvo asociada a las características del médico y de su práctica, así los hombres presentaron puntuaciones más altas que las mujeres, los médicos que tenían menos de 20 años de ejercicio de la profesión y que trabajaban en grupos presentaron puntuaciones más altas. Los autores sugieren que las mujeres podrían ser más resistentes a la despersonalización porque tienden a centrarse más en la atención a los pacientes que los médicos varones, lo que puede resultar en una mayor satisfacción profesional, además de trabajar menos tiempo que los hombres. Los autores concluyen que los niveles de burnout son elevados, y que tales niveles de desgaste emocional son preocupantes y necesariamente deberían ser tenidos en cuenta por los médicos, los organismos, organizaciones de salud y el Departamento de Salud.

De igual manera investigadores de la Universidad de Alberta, en Canadá <sup>(10)</sup>, se propusieron generar conocimiento acerca de la prevalencia del síndrome en médicos y, si existía alguna diferencia entre las diferentes especialidades de la profesión. Fueron encuestados un total de 1.152 médicos (activos y jubilados), médicos residentes. Los resultados demostraron que el 48,7% de los encuestados se encontraban en fase avanzada del síndrome de Burnout, la prevalencia general en Canadá oscila entre el 38-42%. No se encontraron

diferencias en relación a variables sociodemográficas, ni tipo de especialidad. Sí observaron que el síndrome estaba relacionado con la organización, la insatisfacción, laboral, conflictos en el trabajo, baja productividad. Concluyeron que los resultados hablan por sí solos, que la medicina es una profesión de riesgo y el burnout es un problema laboral muy serio.

Ya en el contexto latinoamericano, cabe citar un estudio realizado por Amelia Rivera Delgado, (citada en Zaldúa, Lodieu) <sup>(4)</sup> en Cuba, en el Hospital Hermanos Amieiras. Rivera Delgado clasificó el Burnout en tres diferentes niveles: bajo, moderado, alto. Observó que las especialidades con nivel alto fueron las de anestesiología, nefrología, geriatría, psiquiatría, cirugía plástica, endocrinología y ortopedia.

También en Cuba, Hernández <sup>(11)</sup> realizó un estudio descriptivo realizado por el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores en médicos y enfermeros del primer y segundo nivel de atención, utilizaron tres instrumentos de medición, entre los que se encontraba el Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno (CBB). Observaron que la prevalencia en médicos alcanzó un 35 % y fue superior en el primer nivel, especialmente en mujeres (58,3%). Estos profesionales presentaron síntomas de estrés como: trastornos del sueño, cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga o debilidad y acidez o ardor estomacal. Entre las posibles causas identificadas: la necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con superiores, sentir máxima la responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes.



Aranda Beltrán et al <sup>(12)</sup>, en Guadalajara, encuestó a 197 médicos de familia que trabajaban en dos instituciones de salud, utilizando el Inventario de Maslach. Observó una prevalencia de burnout del 41,8%, especialmente en solteros. El 14,3% refirió además estar desmotivado para realizar su trabajo.

### **1.3.2. Antecedentes en Argentina sobre el Síndrome de Burnout**

En Argentina Zaldúa <sup>(13)</sup> focalizó la investigación en Servicios de Guardia de distintas unidades asistenciales de los Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Utilizó el Cuestionario Breve de Burnout, de Bernardo Moreno Giménez y encontró que los puntajes más altos en todas las categorías investigadas correspondieron a la Guardia del Hospital Polivalente, donde los profesionales se sentían sobrepasados por las exigencias de pacientes y familiares, y afectados por el poco reconocimiento a su labor profesional. Agregó además un cuestionario laboral, cuyos resultados figuran a continuación: El trabajo con pacientes terminales o con patologías infecto-contagiosas parece no afectar a los profesionales. Las problemáticas referidas a situaciones de maltrato parecen afectar más a la Guardia de la maternidad, a quienes también preocupa más el riesgo de mala praxis si se compara con los médicos de la guardia psiquiátrica.

Otro estudio realizado por Zaldúa <sup>(13)</sup> en 168 profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de un Hospital Público Polivalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los Servicios de Guardia, Infectología, Neonatología, Obstetricia, Pediatría y Terapia Intensiva. Se trató de una Investigación acción, y encontraron que el 16,8% del personal médico estaba afectado, y el 4,9% del personal de enfermería. La mayoría de los afectados pertenecían al sexo masculino. Especialmente servicios de Guardia (91,3%), y Obstetricia (80%). La

despersonalización fue la categoría con mayor puntaje, y es justamente el que repercute directamente sobre el vínculo terapéutico médico-paciente y la calidad de la atención. Le siguieron las manifestaciones del burnout, que están en relación directa con la repercusión sobre la salud física o psíquica, y la vida familiar y social del trabajador, fue más elevada en el Servicio de Guardia (60.8%). Los profesionales declararon como cuestiones conflictivas: el excesivo número de pacientes para atender por día, diversidad de tareas por falta de recursos auxiliares, dificultades para la derivación de pacientes a otros centros asistenciales, dependiendo de la gestión personal del profesional; deterioro o ausencia de recursos sanitarios.

En el mismo trabajo, Zaldúa realiza un estudio comparativo de dos servicios de guardia de un Hospital General Polivalente y una guardia de un Hospital Psiquiátrico. Los médicos del hospital general respondieron que entre las causas de estrés laboral estaban las situaciones de riesgo de mala praxis (59,9%), seguido de situaciones de maltrato (50,8%) a diferencia de los médicos del Hospital Psiquiátrico que refirieron que la desprotección social (65,79). Los datos referentes a la aplicación del Cuestionario Breve de Burnout revelan que los puntajes más altos en todas las categorías se observó en el Hospital General. Los comentarios en relación a desprotección social remiten al no apoyo de los jefes o de las autoridades, o desprotección por el tipo de políticas de salud. Otro aspecto estudiado fue el maltrato: de los pacientes y los familiares hacia los profesionales y maltrato entre los propios integrantes de los servicios.

Ghieso <sup>(14)</sup>, realizó un estudio en dos hospitales generales y un centro de atención primaria de la Provincia de Buenos Aires, utilizando una metodología cuali-cuantitativa. Encontró manifestaciones de Burnout en el 22,5% de los trabajadores. En relación a las dimensiones del Burnout

se observó mayores porcentajes con las variables: Cansancio emocional y despersonalización. El más afectado fue el hospital local. El cansancio emocional, tarea, tedio, organización adquieren puntuaciones más altas en mujeres. La desprotección social y las situaciones de maltrato fueron las situaciones productoras de mayor estrés. Como propuestas de solución, la mayoría sugirió que las condiciones podrían mejorar si se aumenta la remuneración y se implementa espacios de formación.

Bustos Villar <sup>(15)</sup>, en la Provincia de Santa Cruz, también realizó un estudio descriptivo similar, utilizando el Cuestionario Breve de Burnout en profesionales que trabajan en servicios críticos (neonatología, emergencia y terapia intensiva) del Hospital Regional de Río Gallegos. 67% de los afectados fueron del sexo femenino, y atendían en promedio por día 20 personas a diferencia de los hombres que atendían diez. La despersonalización fue la dimensión con más alta puntuación. Cabe destacar que en la provincia de Corrientes, se han realizado algunos estudios para determinar la prevalencia de síndrome de Burnout pero fueron en hospitales públicos de baja complejidad del interior de la provincia con escaso número de médicos <sup>(16,17)</sup> y también se ha publicado un estudio en médicos residentes <sup>(18)</sup>. En los dos primeros estudios utilizaron el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Bernardo Moreno Jiménez y colaboradores, y observaron en uno de los estudios una prevalencia del 73,3% (n=11) en los trabajadores de la salud (en el grupo de médicos, el nivel de afectación fue del 100% (n=4); mientras que en el grupo de enfermeros fue de 63,6%), en el otro estudio se observó una afectación del 72% (n=18) de los encuestados. Al diferenciarse por profesión, se observó que 5 correspondían al grupo de médicos, y 13, al de enfermeros.

Para el estudio en médicos residentes, utilizaron el Inventario de Maslach y Jackson, en él participaron 190 residentes de 13 especialidades de 1ª a 4ª año de los Hospitales de Resistencia y Corrientes (capital), entre los meses de septiembre 2008 a mayo de 2009. Los resultados demostraron: estrés leve en 53 residentes (27,36%), moderado 87 residentes (45,78%), manifiesto 33 residentes (17,36%) y grave 17 residentes (8,94%). La mayor cantidad de casos graves se observó en la Residencia de Tocoginecología.

Sin embargo en búsquedas sistemáticas, y bibliografía de reconocida aceptación científica no existen trabajos que demuestren la real dimensión de la problemática en médicos de hospitales de la provincia de alta complejidad, como el Hospital “J.R. Vidal”, donde las condiciones del medio ambiente de trabajo y organizacionales difieren sustancialmente de las de hospitales del interior.

#### **1.4. Relevancia social y académica**

El tema investigado está relacionado con un problema actual del ejercicio de la profesión médica y, en este sentido los resultados obtenidos podrían constituir un aporte a la sociedad y al área de conocimiento en cuestión.

Teniendo en cuenta mi actividad como Médico de Planta y Docente de la Facultad de Medicina la producción de conocimiento científico que se generará en esta investigación pueden ser transferidos rápidamente al ámbito académico, los resultados serán presentados en actividades de formación tanto en el pregrado de la Carrera de Medicina, así como también en Actividades de Educación Continua en la formación de Postgrado para profesionales en base a Cursos de Actualización,

Carreras de Especialización y otras actividades académicas en las que frecuentemente participo.

Además, intentaré profundizar y extender a toda la región del nordeste estudios relacionados con el Burnout, para que los profesionales de la salud tomen conocimiento del problema, e inducir a la detección precoz del síndrome. Un estudio de Burnout como el que se presenta se fundamenta en una necesidad de sensibilizar a mis colegas acerca de la repercusión sobre su integridad psico-física y social, y el posible impacto que esto pueda tener sobre el sistema de salud. De esta manera no serán solo favorecidos los trabajadores de la salud, sino también el sistema de salud, y por supuesto los pacientes en beneficio de la comunidad toda.

## Capítulo 2. Marco Teórico

### 2.1. La Salud como proceso social

Desde la concepción positivista de la medicina, la salud ha sido siempre concebida como una cuestión individual determinada fundamentalmente por lo biológico, y circunstancialmente por lo psicológico, haciendo *desaparecer* lo social mediante la introducción de una perspectiva dicotómica: la separación entre el orden de lo real (objetivo) como único aspecto abordable, por tanto mensurable; y lo abstracto (subjetivo) inaccesible, inobjetivable, imposible de ser cuantificado.

Sin embargo la salud es un concepto polisémico, que no puede definirse en forma de categoría absoluta, objetivable e inmutable (de tipo kantiana) <sup>(19)</sup>, la salud no es meramente un “*hecho*”, es un “*valor*”, no designa solo hechos materiales.

Samaja <sup>(20)</sup>, plantea que no es posible una “*ciencia natural de la salud*”, pero si es posible una Ciencia Social de la Salud, en la medida en que la salud o la enfermedad no son hechos del mundo de las cosas reales o naturales sino del campo de las relaciones sociales, de las valoraciones subjetivos que los actores hacen de los hechos, y de las situaciones de poder que ellos encarnan.

La tesis empirista extrema, ahistórica, atemporal, sostenida por el modelo médico hegemónico, cae por decantación cuando se observa de qué manera el avance científico y tecnológico de la medicina no se ha correspondido con la mejoría de la salud y las condiciones de vida de la sociedad <sup>(21)</sup>.

Esta situación ha sido particularmente visible en Latinoamérica, y denunciada por Breilh <sup>(22)</sup> en Ecuador, Laurell <sup>(23)</sup> en México, Almeida Filho <sup>(24)</sup> en Brasil, todos ellos precursores de la Medicina Social Latinoamericana. Sostienen en esencia, que la salud es un fenómeno social, producto de una circunstancia política, social, económica, cultural que refleja, el grado de satisfacción colectiva de las necesidades vitales de una población, un proceso fundamentado en la base material de su producción.

En relación a esta postura, Laurell <sup>(23)</sup> plantea la necesidad de comprender la salud-enfermedad como expresión de un proceso social, ya que su mera teorización biológica, no contiene los elementos suficientes para explicar la producción social del “*proceso salud-enfermedad*” colectiva.

La palabra proceso proviene del latín “*procesus*” y significa avanzar o mover hacia delante y, el hombre como sujeto social, está en permanente cambio. La persona humana no solo pertenece al campo de la biología, sino que adviene y deviene “*sujeto*”, porque no nace como tal, sino que “*se hace en y por*” los intercambios sociales en los que participa.

Entre la subjetividad de un individuo y el orden social e histórico en el que éste se desarrolla existe una relación dialéctica y fundante, el sujeto solo se realiza socialmente, es un sujeto producido en cuanto es un emergente de procesos sociales, institucionales. Pero, si bien la interpretación de su experiencia y de sí mismo emerge de su cotidianeidad, de su relación con otro, también es un sujeto producido por su praxis <sup>(25)</sup>.

Ana Quiroga sostiene que: *“El sujeto es un ser de necesidades, se constituye en su subjetividad, en su dimensión psíquica y social, en y por una actividad transformadora de sí y de la realidad”*.<sup>(26)</sup>

Por lo tanto, un individuo se constituye en una doble historia: una historia individual y una social, la vida no ocurre en un medio inerte, sino que fluye en una red de relaciones, en una dinámica de transformaciones globales co-evolutivas con el ambiente.

De igual manera Pichón Riviere<sup>(27)</sup>, refiere que la salud mental debe ser concebida como la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras, que permitan al sujeto resolver sus contradicciones internas, y aquellas que mantiene con el contexto social.

Es decir, que tanto la salud, como la salud mental, deben ser entendidas como un proceso resultante de las condiciones, modos de vida, de la historia y los proyectos de una comunidad, y está determinada social e históricamente. De la historia entendida como relación entre acontecimientos significativos, no como un mero relato de hechos cronológicos.

Esta perspectiva totalizadora es heurística, pues se sustenta en relaciones innegables, al mismo tiempo que sostiene una realidad objetiva, como un todo coherente, comprende y analiza correlaciones concretas del grupo (comunidad) y, las unidades (los sujetos), entre lo singular y lo universal, lo objetivo y lo subjetivo.

La salud, no puede pensarse si no es en referencia al itinerario que la misma vida fija, a los valores que el hombre construye, y a las prácticas culturales que le dan sentido<sup>(28)</sup>, dentro de un devenir significativo.



## 2.2. La salud y el trabajo.

Salud y trabajo se definen como conceptos estrechamente relacionados. La misma etimología de la palabra nos habla de ello, trabajo viene de *trepalium*, máquina de tres pies para herrar los caballos, utilizada después como instrumento de tortura. En el siglo XII al XVI, trabajar significaba “atormentar”, “sufrir”, el “trabajador” era el verdugo. El sentido primitivo de esta palabra expresa explícitamente la idea de “tormento”, progresivamente en su evolución esta connotación fue cambiando, pasando luego a la idea de esfuerzo penoso de fatiga, para agregarle a fines del siglo XVIII la noción de resultado útil y de medio de existencia <sup>(29)</sup> .

Esther Giraudo <sup>(30)</sup>, sostiene que el trabajo, en tanto actividad exclusivamente humana, “es uno de los destinos trascendentales del ser humano”, constituye un derecho fundamental del ser humano y, también una necesidad, desde lo social (le permite establecer vínculos comunitarios), lo cultural ( le permite desarrollarse y transformar la naturaleza) y económico (le permite producir su sustento ).

Por lo tanto el trabajo, tiene entre *uno* de sus objetivos el de alcanzar niveles de productividad de orden económico. Pero el trabajo es más que el empleo, participa en la construcción de la identidad psicológica y social del trabajador y en este sentido se constituye en proceso social básico <sup>(31)</sup> .

Robert Castel <sup>(32)</sup> define al trabajo como una “*experiencia dadora de sentido...*”, una forma de realización personal, de inserción social, de pertenencia a la sociedad salarial, de progreso y garantía de buen

pasar. Su función de integrador de los diferentes aspectos de la vida del individuo permite que el trabajador construya su identidad social.

Esta identidad se presenta como un proceso en continuo cambio <sup>(33)</sup>, se nutre de las experiencias de vida y del reconocimiento y la confirmación provenientes de los otros (los compañeros de trabajo, los jefes, la familia, la sociedad. Por lo tanto su posibilidad de pérdida no representa sólo la pérdida del sustento, sino también la pertenencia a la sociedad salarial, y la falta de protección social e inseguridad.

Así, el reconocimiento por el trabajo actúa como elemento de satisfacción y placer, mientras que su ausencia o constitución precaria obstaculiza la construcción de una identidad firme y compromete la posibilidad de crear un proyecto de vida sostenido.

Investigaciones vinculadas a la relación salud/ trabajo demuestran que las condiciones generales del trabajo inciden directamente sobre el proceso salud- enfermedad de los trabajadores <sup>(34)</sup>.

### **2.3. El desgaste mental en el trabajo**

El trabajo organiza y modela toda la vida del trabajador, su bienestar laboral psicológico y su salud mental son consecuencias personales de su trabajo. El trabajo por tanto es el común denominador y condicionante de toda vida en sociedad. Si bien el trabajo puede ser fuente de placer, también puede ser fuente de sufrimiento <sup>(35)</sup>.

En su actividad, el trabajador se encuentra sujeto a respetar varias racionalidades al mismo tiempo: la organización del trabajo

impuesta por la institución, la eficacia productiva, la búsqueda de su realización personal, la inserción en un colectivo de trabajo, y la preservación de su salud física, psíquica y mental. Trabajar significa enfrentarse permanente a situaciones como el miedo, aburrimiento, a veces humillación y vergüenza, sentimientos de injusticia, e incluso traicionar sus propias convicciones. Al respecto Dejours, <sup>(35)</sup> opina que: en el enfrentamiento del hombre con su tarea, este pone en peligro su vida mental.

Por lo tanto, el sufrimiento así como la satisfacción son algo inherente al trabajo. El sufrimiento se experimenta debido a varios factores: las exigencias propias de la tarea, la carga física, psíquica y mental del trabajo derivadas de la configuración del mismo, de la distancia existente entre el trabajo tal como es prescripto al trabajador y la actividad o trabajo real. Cuando tienen miedo a fracasar o hacer mal el trabajo, a causa de su complejidad, cuando se ven obligados a violar con frecuencia normas prescritas, a tener que desobedecer las órdenes, y a fingir que las cumplen.

Cuando los obstáculos no permiten una suficiente movilización de la subjetividad para hacer un trabajo creativo desplegando su formación, y competencias para comunicarse, coordinarse y cooperar con otros, cuando el trabajador no le encuentra sentido al trabajo debido a la heteronomía, a la organización deshumanizante y a la alienación de que es objeto esto se refleja negativamente en la salud biológica, psíquica y mental <sup>(36)</sup>.

De esta manera se plantean, diversas situaciones que superan la capacidad personal de elaboración de dichas tensiones, por ejemplo una cantidad excesiva de trabajo reduce su participación en la vida

familiar y en actividades públicas, recreativas. Esto puede deteriorar el bienestar laboral psicológico del trabajador, y causar daños sobre su salud mental <sup>(37)</sup>.

Los estudios sobre la Psicodinámica del Trabajo por Dessors <sup>(38)</sup>, pusieron de manifiesto el *desgaste* psíquico y mental que significaba para los trabajadores hacer frente a esos riesgos; el tener que aceptar, en virtud de sus necesidades, el ejercicio de un trabajo heterónimo, concebido y decidido por otros, pero que además puede ser riesgoso para su vida y su salud. Así como también, demostraron los mecanismos por los cuales las personas resistían y se adaptaban a las deficientes condiciones y medio ambiente de trabajo.

Los trabajadores actúan de manera diferenciada y específica, para resistir, adaptarse y desarrollar mecanismos de defensa, individuales y colectivos. Estas estrategias forman parte de un proceso que se construye por parte del colectivo de trabajo y se desarrollan, modificándose con el transcurso del tiempo.

El trabajo no es más que el resultado de un gran esfuerzo y una verdadera conquista, que al mismo tiempo provoca desgaste y sufrimiento. Entre la salud psíquica y mental y la patología se sitúan la normalidad y el sufrimiento, “la normalidad no está exenta de sufrimientos” <sup>(38)</sup>.

Al respecto, una frase de Dessors resulta ilustrativa: “*El sufrimiento en el trabajo es la percepción que surge cuando la relación del sujeto con la organización del trabajo se bloquea, la cooperación se rompe, la confianza se vuelve imposible, el reconocimiento fracasa*” <sup>(38)</sup>.

Silvia Bermann sostiene que cuando las demandas laborales son excesivas, aparecen en el trabajador distintas expresiones de malestar que van desde manifestaciones subclínicas, que pueden pasar inadvertidas (irritabilidad, tensión, preocupaciones) hasta cuadros patológicos más graves como psicosis o neurosis <sup>(39)</sup>.

Por otro lado, Castel señala que el estado de precarización del trabajador en tanto corre riesgo su permanencia en el empleo, favorece el surgimiento de un *estado de inestabilidad e incertidumbre* constante <sup>(39)</sup>, y Stolkiner <sup>(40)</sup> sostiene que la precariedad guarda una relación directa con la salud mental de los trabajadores.

La inestabilidad laboral hace que se pierde la idea de progreso, asociada tradicionalmente, al trabajo y la posibilidad de construir una perspectiva de futuro consistente, lo que aumenta los niveles de sufrimiento subjetivo <sup>(41)</sup>.

#### **2.4. Características del trabajo sanitario y salud de los trabajadores**

Ya desde los inicios de la carrera ésta pareciera ser una importante fuente de estrés, con un prolongado entrenamiento en el pre y postgrado, lo que propende a una excesiva carga horaria. Las dificultades de relación con los pacientes, hacer frente constante el sufrimiento también son factores importantes. Se ha descrito en los médicos el triple signo de ignorancia, indiferencia, falta de cuidado hacia su propia salud <sup>(42)</sup>, y el desmerecimiento de sus relaciones significantes.

En relación a esta última afirmación, cabe acotar una frase de Elsa Wolfberg: *“los médicos tienen la tendencia a disociar la mente del cuerpo, y el cuerpo del contexto, no sólo en el paciente, sino también en si mismos, con lo cual devienen una mente sin cuerpo ni emociones, sobreadaptados, alexitímicos y descontextualizados de las dificultades mencionadas”* <sup>(43)</sup>.

La Asociación Médica Americana, manifestó la apatía, el desconocimiento y la falta de responsabilidad en los médicos respecto a su salud, y que cualquier medida de intervención al respecto solo se realiza muy tarde... tras el suicidio del médico <sup>(44)</sup>.

Un meta-análisis sobre suicidio en la población médica, realizado por la Facultad de Medicina de Harvard <sup>(45)</sup>, y publicado en el New England Journal of Medicine, demostró la importancia del problema. Los primeros datos se refieren al suicidio en estudiantes de medicina, el análisis indicó que las tasas de suicidio son mucho mayores si se las comparaba con la población general, de igual edad.

También, quedó demostrado que en 25 estudios analizados, la tasa de suicidio en médicos varones fue 40% mayor si se comparaba con la población general masculina, mientras que la tasa entre las mujeres trepó a 130 % en comparación con la población general femenina. Se observó frecuente abuso de drogas, particularmente en psiquiatras, y anestesistas. Un hecho a destacar, es que la autora del trabajo aclaró que se sintió motivada a realizar esta investigación debido a que en el último año se habían suicidado tres colegas

En Uruguay, los médicos fallecen a edades más jóvenes que la población general, y las médicas mujeres mueren a edades más tempranas que sus colegas hombres, datos que contrastan marcadamente con los de la población general <sup>(46)</sup>.

Frente a otras profesiones, pareciera ser que los médicos, están particularmente expuestos al stress, cansancio, ansiedad y depresión, además de trastornos en el sueño, mostrarse irritables con sus familiares y amigos <sup>(47)</sup>.

Entre las causas probables parecen figurar: las largas e interminables horas de trabajo, el trato difícil y conflictivo con algunos pacientes, las excesivas demandas del trabajo que interfieren con su vida personal, la excesiva responsabilidad que implica hacerse cargo de pacientes suicidas y homicidas <sup>(48)</sup>.

Por otro lado, la criminalización de los médicos aparece como una nueva modalidad que va en aumento en Europa. En un artículo publicado en el British Medical Journal <sup>(49)</sup>, el autor describe como los médicos, en Italia, están siendo mutilados por la justicia. Menciona el neologismo "*malasanità*", entendido como mal servicio de salud, para hacer referencia a situaciones en las que se acusa al médico de no proveer respuesta rápida a la demanda, y cada muerte que no es "*esperada*" termina siendo una responsabilidad de malos médicos quienes no están dispuestos a trabajar y solo buscan dinero, en medio de una cultura neoliberal que hace exactamente lo mismo. Esta situación está por un lado destruyendo la relación médico-paciente, los pacientes no confían en sus médicos, y por otro lado los médicos encontrarán difícil mantener un entusiasmo dentro de la profesión.

## **2.5. El síndrome de Burnout**

### **2.5.1. Desarrollo histórico del Síndrome de Burnout**

El síndrome de agotamiento profesional, cuyo término en inglés es burnout, (traducido al español significa: estar o sentirse quemado), fue definido por primera vez por el psicólogo clínico Herbert J. Freudenberger en 1974 como un conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas <sup>(53)</sup>.

Freudenberger observó que su equipo de trabajo, compuesto por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros perdían su idealismo y simpatía por los pacientes, además de pérdida de interés laboral, fatiga y frustración, acompañado de muchas quejas somáticas. Sin embargo su estudio ha sido episódico, y centrado en los aspectos más bien clínicos y descriptivos del término <sup>(43)</sup>.

Ha sido Christina Maslach (1976) quién ha convertido al burnout en un verdadero producto de investigación. En los años setenta, la psicóloga social e investigadora de la Universidad de Palo Alto, centró su investigación en el estrés emocional que surge de la relación interpersonal con los clientes, en ciertas profesiones de ayuda. Trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros y definió el burnout como un estrés laboral crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su actividad laboral <sup>(54)</sup>.



Con tales trabajos se inició un período de exploración sobre la naturaleza y factores asociados a la aparición y desarrollo del burnout. Maslach y Schaufeli (1993), consideran que en el estudio del burnout se han producido dos periodos claramente diferenciados: un periodo pionero de formación y otro de afianzamiento y de verificación empírica <sup>(55)</sup>.

El primer periodo se caracterizó por una etapa de ebullición de formulaciones y aproximaciones clínicas, de intentos de delimitaciones conceptuales del síndrome. Así como también, por el distanciamiento e indiferencia del mundo académico y universitario a las propuestas que se realizaban con respecto al tema.

La siguiente anécdota relatada por Maslach y Jackson, refleja esta situación: cuando enviaron por primera vez al editor de una revista las características psicométricas del Inventario de Burnout que habían diseñado el artículo les fue devuelto porque la revista no publicaba “Pop psychology” <sup>(55)</sup>.

Probablemente el paso de un período a otro más preciso, constructivo y empírico se debió a la aparición y el desarrollo de un instrumento para la evaluación del burnout, el Inventario de Burnout Maslach (MBI) <sup>(53)</sup>.

Su creación significó poder contar con una definición operativa que fijara qué se entendía por burnout, y establecía una clara línea de investigación de estudios empíricos que permitirían diferentes tipos de investigaciones sobre su desarrollo y factores asociados, la bibliografía publicada por Kleiber y Enzman, demostró que se publicaron más de 1500 trabajos entre 1983 y 1990 <sup>(55)</sup>.

Martínez y Guerra <sup>(56)</sup>, refieren que el desarrollo histórico del tema se realizó en forma paralela a los instrumentos de evaluación. Los investigadores utilizaron diferentes modelos para evaluar el fenómeno, datos de cuestionarios y mediciones, repuestas de entrevistas, estudios de casos clínicos.

En la siguiente tabla se detallan los distintos instrumentos utilizados para medir el Burnout, a lo largo de casi tres décadas de investigaciones. (Tabla 1)

Tabla 1. Instrumentos de Medición del Síndrome de Burnout

<b>Año</b>	<b>Autor</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Ítems</b>	<b>Factores</b>
1976	<b>Dworkin y Dworkin</b>	Cuestionario de Burnout	8	- Falta de significado y control - Ausencia de normas - Aislamiento
1978	<b>Pines y Kafry</b>	Tedium Scale	?	?
1980	<b>Jones</b>	Scale for Health Professionals	?	?
1981	<b>Maslach y Jackson</b>	Maslach Burnout Inventory (MBI)	22	- Cansancio emocional - Despersonalización - Reducido logro personal
1981	<b>Petegrew y Wolff</b>	Teacher Estrés Measure	64	13 factores
1984	<b>Fimian</b>	Teacher Estrés Inventory	¿	- 5 factores de fuentes del estrés - 5 factores de efectos del estrés
1987	<b>Seidman y Zager</b>	Teacher Burnout Scale	21	- Satisfacción de la carrera - Apoyo de la administración - afrontamiento del estrés - Actitudes hacia los estudiantes
1988	<b>Schultz y Long</b>	Teacher Estrés Measure	36	- Estrés y ambigüedad de rol - Satisfacción laboral - Satisfacción personal - Estructura de la tarea - Apoyo gerencial - Gestión de la Organización
1990	<b>Moreno Gimenez y Olivier</b>	Cuestionario Breve de Burnout	21	- Cansancio emocional - Despersonalización - Realización personal - Tedio - Características de la tarea - Clima organizacional - Calidad de vida
1993	<b>Filgueira</b>	Cuestionario de Burnout para profesionales sanitarios	53	- Fuentes de tensión - Trastornos físicos - Trastornos conductuales - Insatisfacción laboral - Agotamiento emocional - Deterioro de rendimiento - Despersonalización - Problemas de relación
1995	<b>Guerra, Martínez y Esparza</b>	Cuestionario de actitudes ante el trabajo	65	- Ocho categorías - Las mismas definidas anteriormente para el Cuestionario de Filgueira (1993)

Extraído de Martínez M. y Guerra P <sup>(56)</sup>.

## **2.5.2. Delimitación conceptual y definiciones del Síndrome de Burnout.**

Existen diferentes definiciones sobre el Síndrome de Burnout, las que si bien, muestran cierto acuerdo respecto del concepto, algunas lo igualan al estrés y otras lo comparan con la depresión, o descripciones de variables relacionadas con la salud física y el bienestar.

Pines y Aronson <sup>(57)</sup> (1981) definen el Burnout como un estado de decaimiento físico, emocional y mental; que se caracteriza por un cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional, y por el desarrollo de actitudes negativas hacia la actividad laboral, y hacia las personas. Consideran que el cansancio físico es un factor predisponente para el desarrollo de enfermedades infecciosas, accidentes, trastornos del sueño, sentimientos de depresión y pensamientos suicidas. Y en las últimas etapas el cansancio psíquico se manifiesta porque el sujeto desarrolla actitudes negativas sobre su persona, su actividad laboral, acompañado de baja autoestima y sentimientos de ineficacia e incompetencia.

Leiter <sup>(58)</sup> (1989), sostiene que el síndrome estaría dado en un principio por el Cansancio Emocional, y que como consecuencia de este el sujeto reacciona aislándose mediante la Despersonalización ejercida hacia los clientes, de esta manera el trabajador pierde su compromiso con el trabajo y aumenta su agotamiento, lo que trae como consecuencia una disminución de la sensación de Realización Personal, y llega de esta manera al Burnout.

Atance Martínez <sup>(59)</sup> afirma que el burnout hace referencia a un tipo de patología laboral e institucional generado en profesionales que

mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando esta relación es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales antes situaciones de crisis permanentes.

Goldvarg <sup>(60)</sup> en nuestro país, define al Burnout como: *“Un síndrome cuya principal característica es un sentimiento abrumador de estar exhausto, acompañado por sentimientos de frustración, ira e indiferencia y sensación de ineficacia y fracaso laboral que afecta tanto el funcionamiento a nivel personal como a nivel social”*. Considera al burnout, como una forma de responder a estresores crónicos en el trabajo que están presentes cotidianamente, a diferencia de lo que ocurre con las crisis agudas; y que si bien es un fenómeno individual se encuentra inserto en un contexto de relaciones sociales complejas, afectando la concepción personal de sí mismo y de los otros.

Teniendo en cuenta la perspectiva y el instrumento de medición a partir del cual se construyó el presente trabajo de investigación, las definiciones propuestas en este proyecto son las siguientes:

La de Christina Maslach, que si bien comenzó a estudiar el burnout como un “estado”, en 1981 junto con Susan Jackson redefinen este síndrome, considerándolo ya no como un fenómeno estático resultante de un problema individual, intrapsíquico sino como un “proceso” mucho más complejo, y como una respuesta al estrés laboral crónico. Un síndrome que se desarrolla en personas cuyo objeto de trabajo son otras personas y que se caracteriza por tener tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo <sup>(61)</sup>.

Sostienen que las relaciones negativas a los clientes pueden estar relacionadas con la sensación de agotamiento emocional, y que estos dos aspectos del burnout parecieran estar fuertemente asociados.

Martinez y Guerra <sup>(56)</sup> refieren que el Burnout es un: *“Síndrome resultante de un estado prolongado de Estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Este Síndrome abarca principalmente síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Sensación de Reducido Logro Personal, y se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales, y problemas de relación interpersonal. Además de estos aspectos individuales este Síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción laboral”*.

Moreno Jiménez y Olivier <sup>(58)</sup> , refieren que: *“En concreto, el término hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con otras personas, más concretamente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo”*.

Desde esta perspectiva el síndrome de burnout se considera una respuesta al *estrés laboral crónico*, el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional (en especial en relación a las personas hacia las que trabaja), la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y presentar actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja <sup>(63)</sup>.

### **2.5.3. Desencadenantes del síndrome en profesionales de la salud**

Gil -Monte y Peiró <sup>(64)</sup> identifican cuatro niveles de factores desencadenantes del burnout:

**a) Nivel individual:** los sentimientos idealistas y altruistas llevan al médico a involucrarse excesivamente en los problemas de los pacientes, y convierten a la solución del problema en una cuestión de reto personal. Por lo tanto, se sienten culpables de los fallos, propios y ajenos, esto genera un alto grado de agotamiento emocional y disminución de la sensación de realización personal.

**b) Nivel de relaciones interpersonales:** las relaciones con beneficiarios y compañeros de trabajo conflictivas, tensas y prolongadas, la falta de apoyo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o administración de la organización son fenómenos característicos que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

**c) Nivel organizacional:** los profesionales de la salud trabajan en estructuras que presentan el esquema de una burocracia profesionalizada, que lleva a generar problemas de coordinación entre sus miembros, las dificultades en la libertad de acción, sufren la incompetencia de los profesionales, las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas institucionales. Esto, resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

**d) Nivel social:** actúan como factores desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones, como el aumento de las demandas cuantitativa y

cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de status y/o prestigio de la profesión, aparición de nuevas leyes que regulan el ejercicio profesional, cambios en los perfiles demográficos de la población que obligan a cambios en los roles.

#### **2.5.4. Las dimensiones del Burnout**

Desde un modelo conceptual multidimensional, Maslach divide el síndrome en tres dimensiones; el nivel de desgaste emocional (representa la dimensión de estrés básico del burnout), el nivel de despersonalización (representa la dimensión interpersonal) y el nivel de sentimiento de incompetencia (representa la dimensión de autoevaluación) <sup>(65)</sup>.

##### **a. El Cansancio emocional (Dimensión de estrés básico).**

Llamado también agotamiento emocional, se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, de no poder dar más de sí desde el punto de vista profesional. Implica estar emocionalmente exhausto, es una pérdida de recursos emocionales. El sujeto siente que ha perdido la energía para trabajar y, debe realizar mucho esfuerzo para enfrentar un nuevo día, se siente agotado, cansado y que no tiene una fuente de recarga de impulsos o estímulos.

##### **b. Despersonalización (Dimensión interpersonal):**

Para protegerse del cansancio emocional, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud fría, impersonal, con deshumanización de sus relaciones, manifiesta sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias de su trabajo, se muestra distanciado y en ocasiones utiliza términos peyorativos hacia sus pacientes y colegas, tratando de



hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. Evita el contacto y se produce una conducta excesivamente distante e insensible, que incluye a veces la pérdida del idealismo. Es una forma de autodefensa pero que funciona después como un escollo para el compromiso con la tarea.

**c. Falta de Realización Personal** (dimensión de autoevaluación):

La falta de realización personal, es un sentimiento de incompetencia que aparece cuando el sujeto siente que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales. 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

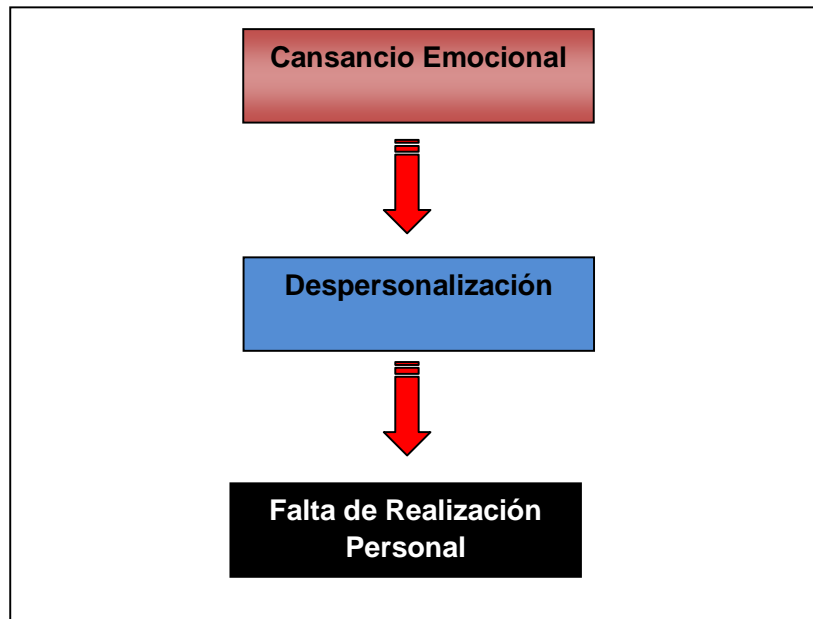
Se produce una disminución del sentimiento de éxito y productividad en la tarea, aparece la idea de fracaso. Este sentimiento de inadecuación acerca de las propias habilidades personales puede conducir a un veredicto de fracaso autoimpuesto. Puede exacerbarse con la pérdida de soporte social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente.

### **2.5.5. Curso del Síndrome de Burnout**

Maslach y Jackson, sostienen que existen 3 etapas del síndrome: en la primera aparece el cansancio emocional, como consecuencia del fracaso en intentar modificar situaciones generadoras de estrés, posteriormente sobreviene la despersonalización, que es un mecanismo de defensa construido por el individuo ante el fracaso de la fase anterior. En la tercera aparece el abandono de la realización personal,

el individuo cree que su trabajo no amerita más esfuerzos <sup>(66)</sup>. La evolución del síndrome puede observarse en la Figura 2.

Figura 2. Etapas del Síndrome de Burnout según Maslach y Jackson



Por otro lado, existen cuatro niveles de burnout <sup>(66)</sup>:

- a) **Leve:** en el que aparecen el cansancio, quejas vagas, dificultad para levantarse a la mañana.
- b) **Moderado:** cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- c) **Grave:** automedicación con psicofármacos, ausentismo laboral, rechazo al trabajo, abuso de sustancias
- d) **Extremo:** marcado retraimiento, cuadros psiquiátricos, riesgo suicida.

La progresión del síndrome no es lineal, es 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. 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.

#### **2.5.6. Relación entre Estrés Laboral y Burnout.**

El estrés es un concepto mucho más amplio que el de Burnout, y este último puede incluirse en el primero. El estrés puede ocurrir en todo tipo de trabajo, el Burnout ocurre más frecuentemente en aquellos que trabajan con personas y es el resultado de un estrés emocional que se incrementa en la interacción con ellos. El estrés por si mismo no causa Burnout, las personas podrían continuar aptas para prosperar, aún en un marco estresante, si sienten además que su trabajo es significativo y apreciado, si existe una justificación significativa del mismo. Por otra parte, el Burnout tiene características muy específicas, y es que está asociado no sólo a fatiga y sobrecarga en relación con el contenido laboral, tiene que ver también y sobre todo con el estrecho y continuo contacto interpersonal, con la despersonalización y con una falta de motivación por la labor que se desempeña. Martínez y Guerra <sup>(56)</sup>, refieren que el Burnout es la *etapa final del estrés laboral*, específico de profesiones de servicios humanos, y que no puede compararse a los efectos crónicos del estrés de otras profesiones.

#### **2.5.8. Consecuencias sobre la salud**

Los trabajadores que padecen el síndrome de burnout pueden presentar distintos síntomas, a nivel físico, afectivo y actitudinal, los que pueden observarse en la Tabla 6.

Tabla 6. Síntomas clínicos del Burnout

<b>Físicos:</b>
Taquicardia, dolor y opresión precordial Dispepsia, micciones frecuentes Impotencia sexual o falta de libido, alteraciones del ciclo menstrual Parestesias, tensión muscular, mialgias Cefalea persistente, migraña, diplopía.
<b>Afectivos:</b>
Repentinos y frecuentes cambios de humor Incapacidad de sentir compasión por otras personas Interés excesivo por su salud física. Introversión, cansancio y falta de concentración Astenia, aumento de la irritabilidad, angustia
<b>De comportamiento:</b>
Indecisión y descontento injustificado Aumento de ausentismo Tendencia a sufrir accidentes automovilísticos Trabajo ineficaz y uso de recursos para evitarlos Tendencia a consumir alcohol y drogas Exceso de comidas, aumento de la dependencia a tranquilizantes. Trastornos en el sueño Disminución de la calidad de vida y la cantidad de trabajo

\* Modificado de Wolfberg E. <sup>(43)</sup>

En la última etapa, aparece la idea de abandonar el trabajo; los olvidos se hacen cada vez más frecuentes. Se incrementan los pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre su futuro. Realiza sobregeneralizaciones; aumento de la suspicacia y la sospecha o falta de credibilidad. Se desarrolla lo que podría llamarse “mentalidad de víctima” <sup>(60)</sup>. Hay una preocupación excesiva por las propias necesidades y supervivencia.

## **Capítulo 3. Objetivos e Hipótesis.**

### **3.1. Objetivos:**

**Objetivo general:** Identificar la presencia y grado de afectación del Síndrome de Burnout en Médicos de un hospital general de alta complejidad.

#### **Objetivos específicos:**

1. Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de un hospital general de alta complejidad.
2. Identificar factores asociados y causales de SBO.
3. Establecer un indicador preventivo para el desarrollo de burnout.

### **3.2. Hipótesis General:**

La actividad médica es una profesión de riesgo, caracterizada por estar en contacto con el dolor, la muerte, la locura, situaciones de permanente demanda por parte de los pacientes, que en muchas ocasiones exceden la capacidad del médico de dar a alguna respuesta poniendo en riesgo la propia salud del trabajador, exponiéndolo a padecer el síndrome de desgaste profesional o Burnout.

#### **- Hipótesis de Trabajo:**

Los médicos de un Hospital general de alta complejidad presentan diferentes niveles de Burnout y se encuentran afectados en un elevado porcentaje. En ellos el Síndrome de Burnout está asociado a factores sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, número de hijos) y laborales (especialidad, cantidad de horas de trabajo, número de guardias semanales cantidad pacientes que tiene a su cargo), como las características de la tarea que desempeñan y, la organización de su trabajo, causándoles consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

## Capítulo 4. Diseño Metodológico:

**4.1.- Tipo de estudio:** cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal y *de campo*.

**4.2. Población:** Estuvo comprendida por todos los médicos del Hospital General de Alta Complejidad Dr. “José Ramón Vidal” de la Provincia de Corrientes.

Según datos obtenidos del Departamento de Personal de la Institución, el mismo cuenta con 184 médicos de diferentes especialidades, de los cuales por diferentes motivos, concurren actualmente 163.

### **4.3. Muestra:**

Tipo de muestreo: aleatorio simple. El cálculo del tamaño muestral se realizó a través de una calculadora en Excel específica para calcular el tamaño muestral diseñada por Beatriz López Calviño y col de la unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, para universos finitos.

Para un total de la población de 184, IC 95%, con una precisión del 3%, el tamaño muestral no ajustado a pérdidas fue de 97. La muestra, ajustada a pérdidas con una proporción esperada de pérdidas del 15%, fue de 114.

Se encuestaron a 141 médicos, que representan al 86% del universo.

### **4.4. Criterios de inclusión y exclusión.**

**Criterios de inclusión:** Médicos de planta, contratados y, concurrentes del Hospital Dr. “José Ramón Vidal”.

**Criterios de exclusión:** Médicos Residentes del Hospital Dr. “José Ramón Vidal”.

#### **4.5. Técnicas de obtención de la información empírica:**

Se utilizó un cuestionario que fue entregado personalmente a cada uno de los médicos, que trabajan en los diferentes servicios del Hospital y en distintos horarios. Se les explicó los motivos del estudio, así como también que su participación era voluntaria, de carácter anónimo, y que los datos consignados serían estrictamente confidenciales. La recolección de la información se realizó desde el 17 de septiembre al 13 de octubre de 2012.

#### **4.6. Instrumento de obtención de la información:**

El instrumento a través del cual se construyó la base empírica metodológica fue el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Bernardo Moreno y colaboradores (Ver Anexo I). El CBB ha sido realizado en base al Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (1982), modificado para su aplicación en países hispanoparlantes por Bernardo Moreno y colaboradores, quienes trabajan en la Universidad Autónoma de Madrid, y tienen innumerables trabajos en el área en cuestión. En el CBB, Moreno tiene en cuenta los factores del síndrome propuestos por Maslach y Jackson, y además incluye tanto los factores antecedentes como elementos consecuentes o efectos del mismo. Además, es importante resaltar que este cuestionario fue, a su vez, validado en Cuba por Amalia Rivera Delgado <sup>(67)</sup>. Este instrumento explora tres variables fundamentales: el síndrome de Burnout (SBO), causas del Burnout (CBO) y consecuencias del Burnout (CON).

1- El **Síndrome de Burnout** (SBO), a su vez consta de tres subvariables que concuerdan con el modelo de Maslach y Jackson, y contienen tres proposiciones cada una:

- cansancio emocional (CE): 1,7,15
- despersonalización (DP) y 3,11,18

- realización profesional (RP) 5,12,19

2- La variable **Antecedentes o Causas del Burnout (CBO)**, a su vez, se analiza en sus componentes:

- características de la tarea (CT), y 2, 10, 16

- organización (OR), cada uno con tres proposiciones: 4,8,9

- tedio (TE), 6,14, 20

3- La variable **Consecuencias del Burnout (CON)**, no se divide en componentes; contiene tres proposiciones en total:

- consecuencias físicas: 13

- sociales: 17

- psíquicas: 21

El CBB explora tres **variables** fundamentales: el síndrome de Burnout (SBO), las causas del Burnout (CBO) y las consecuencias del Burnout (CON). Las variables y subvariables pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables, subvariables del CBB

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones o subvariables</b>	<b>Preguntas N°</b>
<b>Síndrome de Burnout</b>	Cansancio emocional	1,7,15
	Despersonalización	3,11,18
	Realización personal	5,12,19
<b>Causas o Antecedentes</b>	Características de la tarea	2,10,16
	Organización	4, 8, 9
	Tedio	6,14, 20
<b>Consecuencias</b>	Físicas	13
	Psicológicas	17
	Sociales	21



Seguidamente se presentan en forma detallada, cada uno de los factores estructurales presentes en el CBB y sus indicadores.

### 1- Dimensiones e indicadores del síndrome de Burnout

Estas tres variables, cansancio emocional, despersonalización, baja realización personal son coincidentes con el modelo original de Maslach y Jackson.

Variable	Pregunta Nº	INDICADORES	Explicación
<b>Cansancio Emocional</b>	1	En general estoy más bien harto de mi trabajo	Extenuación y agotamiento asociada a síntomas psíquicos y/o físicos. Pérdida progresiva de energía.
	7	Cuando estoy en mi trabajo estoy de buen humor	
	15	Me siento estresado por mi trabajo	
<b>Desperso-nalización</b>	3	Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes	Actitudes negativas hacia los pacientes, a los que culpa de sus propios males.  La despersonalización es una <i>forma de defensa</i> contra el agotamiento emocional puesto que el distanciamiento es una <i>forma de enfrentar</i> el agotamiento
	11	Las personas que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos	
	18	Procuró no involucrarme emocionalmente con los usuarios de mi trabajo	

<b>Realización Personal</b>	5	Desde el punto de vista personal, mi trabajo profesional no me motiva lo suficiente en la actualidad	Evalúa la pérdida interés por su realización personal, y su insatisfacción por sus logros profesionales
	12	Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso	
	19	El trabajo que realizo se aleja de lo que yo hubiese deseado	

## 2. Factores Causales o Antecedentes

<b>Variable</b>	<b>Pregunta Nº</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>Explicación</b>
<b>Características de la tarea</b>	2	Me siento identificado con mi trabajo	Evalúa la importancia que tiene en el burnout la realización de actividades no motivantes para el trabajador
	10	Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance de los mismos	
	16	Me gusta el ambiente y las condiciones físicas de mi trabajo	
	4	Mi jefe me apoya en las decisiones que tomo	Evalúa la importancia de la organización funcional de la institución sobre el

<b>Organización</b>	8	Los compañeros nos apoyamos en el trabajo	trabajador. Importante predictor del burnout relacionado con el apoyo social que recibe en el trabajo
	9	Las relaciones humanas que establezco en el trabajo me resultan satisfactorias	
<b>Tedio</b>	6	Mi trabajo actual carece de interés	Se evalúa la repetición, monotonía y el aburrimiento que ocasiona al trabajador
	14	Mi trabajo es muy repetitivo	
	20	Mi trabajo me resulta muy aburrido	

### 3. Factores Consecuentes

<b>Variable</b>	<b>Pregunta N°</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Consecuencias sobre la salud</b>	13	Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal	Evalúa el efecto o las consecuencias físicas, psíquicas y sociales del síndrome
	21	Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor	
	17	El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales	

Otras variables y sus valores

**Variable**

**Valores**

Edad	Años
Sexo	Hombre- Mujer
Relación de pareja	1. Con pareja habitual 2. Sin pareja habitual 3. Sin pareja
Hijos	Si- no
Estudios realizados de posgrado	1. Especialista. 2. Magister- 3. Doctorado 4. Otros:..... 5. Ninguno
Especialidad	..... (respuesta abierta)
Cargo que ocupa actualmente	Director- Jefe de Servicio- Jefe de sala Médico de sala- Otro:.....
Servicio del hospital en el que desempeña su tarea	..... (respuesta abierta)
Situación contractual	.....
Antigüedad	Años
Tiempo que lleva trabajando en la institución	Años
Turno en el que trabaja	Mañana- Tarde-Noche
Cantidad de horas que trabaja a la semana	Horas
Cantidad de personas que atiende en un día	Números

normal	
Tiempo de su jornada diaria que pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo	1. Más del 75% 2. El 50% 3. Menos del 30%
Tiene que realizar labores de su trabajo en casa	1. Si 2. No
Total CBO	Sumatoria preguntas 2,4,6,8,9,10,14,20
I CBO	Total CBO $\geq$ 21
Grupo 1 Quirófano	Integrado por los médicos que trabajan en los servicios de: cirugía, otorrinolaringología, oftalmología, urología y cirugía oncológica, anestesia
Grupo 2 Perinatología	Integrado por los médicos que trabajan en los servicios de: Obstetricia, Ginecología y Neonatología
Grupo 3 Clínica	Integrado por los médicos que trabajan en los servicios de: Clínica Médica, Diabetes, Neumonología, Gastroenterología, Oncología, Hematología, Infectología)
Grupo 4 Urgencias	Integrado por los médicos que trabajan en los servicios de: Terapia Intensiva y Emergencias.
Grupo 5 Varios	Integrado por los médicos que trabajan en los servicios de: Medicina legal, Diagnóstico por imágenes, Anatomía Patológica.
Síndrome de Burnout (SBO)	Sumatoria $\geq$ 25 de CE, DP, RP.

El cuestionario se responde en una escala ordinal de 5 puntos (1 a 5) que expresan frecuencias crecientes de experimentar el contenido de la proposición de que se trate. Los valores mínimos y máximos posibles para cada subvariable y para la variable CON oscilan entre 3 y

15, valor que es promediado entre el número de ítems correspondientes, que es 3.

A efectos de **diagnóstico poblacional o individual del síndrome de burnout** se considera que se alcanza el punto de corte a partir de una puntuación igual o superior a 25 puntos, que se obtiene de la sumatoria de las 3 variables del síndrome de burnout: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Es decir a partir de 25 puntos puede considerarse que una persona está afectada claramente por el síndrome de burnout <sup>(68)</sup> .

A efectos de consecuencias de burnout, se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación igual o superior a 8.

Este cuestionario fue, además, complementado con una encuesta sociodemográfica, y preguntas referidas a la percepción de las condiciones de trabajo.

#### **4.7. Análisis de la información empírica.**

La carga de los datos se realizó en una base de datos computarizada, especialmente diseñada, utilizando el programa informático Microsoft Excel 2007, y exportada para su análisis con el programa SPSS 18.0.

Las variables categóricas fueron expresadas como porcentajes y comparadas con el test del Chi cuadrado de Pearson. Las variables continuas fueron presentadas como media y desvío estándar y se compararon con el test de Student y U de Mann-Whitney.

En primera instancia se realizó un análisis descriptivo de la población general y todas las variables descritas previamente. Luego se dividió a la población, según el servicio donde se desempeñan en cinco grupos. Grupo 1 (quirófano), grupo 2 (perinatología), grupo 3 (clínica), grupo 4 (urgencias) y grupo 5 (varios), donde se compararon los cinco grupos con las variables socio demográficas y las pertenecientes al CBB en busca de significación estadística.

Posteriormente, a través de la sumatoria de las variables características de la tarea (CT), organización (OR) y tedio (TE) correspondientes a los factores causales o antecedentes de Burnout, se creó la variable denominada total de antecedentes del CBO (Total CBO), y con los datos obtenidos, se construyó una curva ROC, donde se determinó el punto de corte que abarcaba la mayoría de los sujetos, y se obtuvo la mejor sensibilidad y especificidad para predecir Síndrome de Burnout, denominado índice de Burnout (I CBO).

Posteriormente se realizó un análisis comparativo de variables en médicos con y sin Síndrome de Burnout (SBO). Con las variables que alcanzaron la significación estadística, se realizó un análisis univariado y tres análisis multivariados.

Fueron consideradas estadísticamente significativas diferencias en el valor de  $P < 0,05$ . Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, II).

#### **4.8. Aspectos éticos:**

Los resultados del presente trabajo serán devueltos a los profesionales a través de Instancias individuales y colectivas-participativas de retroalimentación de la información obtenida. Se ha preservado la identidad de los participantes del estudio, se les informó sobre su participación voluntaria, y la posibilidad de que los resultados de este trabajo sean publicados o presentados a reuniones científicas.

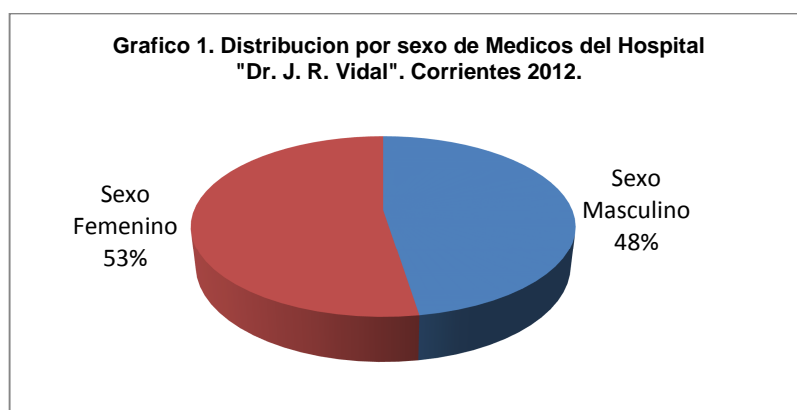


## Capítulo 5. Resultados

De los 163 médicos a quienes se les entregó el cuestionario, lo contestaron 141 (86%), quienes constituyen la población de estudio de la presente investigación.

### 5.1. Características generales de la población:

La edad media de la población fue de  $48.5 \pm 9.6$  años. El 48% (n=67) eran del sexo masculino. En el gráfico 1 se evidencia la distribución por sexo de la población estudiada.



El 72 % (n=102) de los entrevistados tenía una relación de pareja habitual; en la tabla 1 se evidencia la distribución según la relación de pareja.

Tabla 1. Distribución según relación de pareja.

Relación de pareja	Frecuencia	Porcentaje
Con pareja habitual	102	72 %
Sin pareja habitual	10	7 %
Sin pareja	29	21 %

En la tabla 2 se evidencia la distribución según cantidad de hijos. La media de hijos fue de  $2.16 \pm 1.3$ .

<b>Número de Hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0</b>	25	17.7
<b>1</b>	16	11.3
<b>2</b>	42	29.8
<b>3</b>	44	31.2
<b>4</b>	11	7.8
<b>5</b>	3	2.1

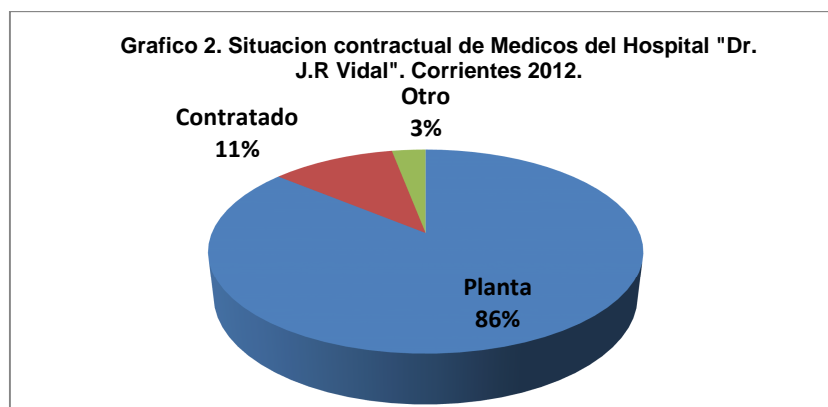
Respecto a los estudios de posgrado realizados, el 94% (133), realizo una Especialización, el 4% (6) una Maestría, el 1% (1) un Doctorado y el 1% (1) otro tipo de estudios.

En la tabla 3 se puede apreciar la distribución de frecuencia según el cargo que ocupan los médicos en el Hospital Dr. "J.R. Vidal".

Tabla 3. Cargo que ocupan actualmente.

<b>Cargo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Jefe de Servicio</b>	28	20
<b>Jefe de Sala</b>	13	9
<b>Director</b>	3	2
<b>Medico de sala</b>	97	69

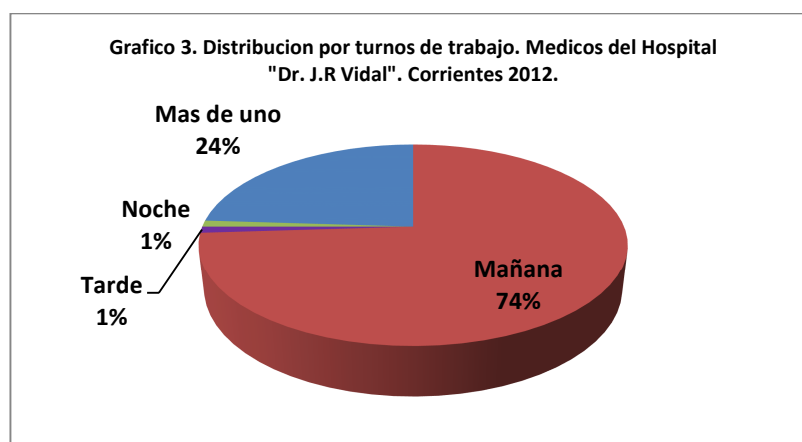
La mayoría de los médicos, presentan una situación contractual de planta permanente (n=121). En el gráfico 2 se evidencia la frecuencia de la situación contractual.



La media de tiempo de ejercicio de la profesión fue de  $20.5 \pm 9.3$  años y la media de tiempo de trabajo en el hospital fue de  $15.8 \pm 9.2$  años.

Respecto a la carga horaria semanal, la media fue de  $39.1 \pm 7.8$  horas. La media de cantidad de pacientes atendidos día fue de  $15.6 \pm 13.2$ .

La distribución por turnos de trabajo se evidencia en el gráfico 3.



El 35 % (n=49) interacciona durante su jornada diaria de trabajo más del 75 % con los beneficiarios; el 50 % (n=70) durante el 50 % y el 15 % (n=22) interacciona con los beneficiarios en menos del 30% de su jornada.

En la tabla 4 se expresa la frecuencia de médicos que realizan labores de su trabajo en su domicilio.

Tabla 4.

<b>Trabajo en domicilio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	79	56 %
<b>No</b>	62	44 %

## 7.2. Datos Generales del Cuestionario Breve de Burnout (CBB)

En la siguiente tabla se muestran las frecuencias medias y el desvío estándar, de las diferentes variables que conforman el CBB, en la población general de médicos del hospital participantes del trabajo de investigación.

Tabla 5. CBB en la población total (n=141).

<b>Síndrome de Burnout</b>		<b>Antecedentes</b>		<b>Consecuencias</b>	
Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia
<b>CE</b>	8.0 ± 2.8	<b>CT</b>	7.5 ± 2.8	<b>Físicas</b>	3.1 ± 1.2
<b>DP</b>	9.7 ± 2.3	<b>OR</b>	6.8 ± 2.8	<b>Sociales</b>	2.4 ± 1.3
<b>RP</b>	7.0 ± 3.0	<b>TE</b>	7.1 ± 3.0	<b>Psíquicas</b>	2.7 ± 1.3

## 5.2. Análisis de Grupos.

Del total de médicos que conforman la población de estudio, para su mejor análisis, los mismos fueron divididos en 5 grupos según el servicio donde trabajan.

Como puede evidenciarse en la tabla 6, el grupo 3 (Clínica) fue el más frecuente de la serie.

Grupo	Denominación	Frecuencia	Porcentaje
1	Quirófano	29	20.6 %
2	Perinatología	35	24.8 %
3	Clínica	39	27.7 %
4	Urgencias	21	14.9 %
5	Varios	17	12.1 %

El **grupo 1 (Quirófano)** estuvo compuesto por 29 médicos (20.6%), con una media de edad de  $50 \pm 9.9$  años; el 62 % pertenecían al sexo masculino (n=18), el 66% tenía pareja habitual (n=19); el 97% (n=28) eran médicos especialistas, perteneciendo a planta permanente del hospital el 93% (27); el 76% (n=22) realiza su actividad laboral en el turno mañana. Eran Jefes de Servicio el 24% (n=7).

La media de tiempo de ejercicio de la profesión fue de  $21.8 \pm 8.9$  años y la media del tiempo de trabajo en la institución fue de  $18.7 \pm 9$  años; la media de horas semanales de trabajo fue de  $41.7 \pm 9$ . La cantidad media de pacientes atendidos por día fue de  $8.9 \pm 5$ , estando con el beneficiario más del 75% de su jornada laboral el 21% (n=6).

En la tabla 6 se muestran las frecuencias observadas en las variables que componen el CBB, en este grupo.

Tabla 6. CBB en el Grupo 1.

<b>Síndrome de Burnout</b>		<b>Antecedentes</b>		<b>Consecuencias</b>	
Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia
<b>CE</b>	8.2 ± 3.2	<b>CT</b>	7.0 ± 3.0	<b>Físicas</b>	3.0 ± 1.4
<b>DP</b>	9.4 ± 2.7	<b>OR</b>	6.6 ± 3.3	<b>Sociales</b>	2.3 ± 1.3
<b>RP</b>	6.9 ± 3.2	<b>TE</b>	6.9 ± 3.1	<b>Psíquicas</b>	2.8 ± 1.2

El **grupo 2 (Perinatología)** estuvo conformado por 35 médicos (24.8%), con una edad media de de 47 ± 8.2 años; al sexo masculino pertenecían el 31 % (n=11); pareja habitual tenía el 86% (n=30); eran médicos especialistas el 89% (n=31); a la planta permanente del hospital pertenecían el 86% (n=30), realizando su actividad laboral en el turno mañana el 86% (n=30). El 6% (n=2) eran Jefes de Servicio.

La media de tiempo de ejercicio de la profesión fue de 19.2 ± 8.7 años y la media del tiempo de trabajo en la institución fue de 15.3 ± 8.4 años; la media de horas semanales de trabajo fue de 38.7 ± 7.6. La cantidad media de pacientes atendidos por día fue de 16 ± 11.5, estando con el beneficiario más del 75% de su jornada laboral el 29% (n=10).

En la tabla 7 se muestran las frecuencias observadas en las variables que componen el CBB, en este grupo.

Tabla 7. CBB en el Grupo 2.

<b>Síndrome de Burnout</b>		<b>Antecedentes</b>		<b>Consecuencias</b>	
Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia
<b>CE</b>	8.9 ± 2.8	<b>CT</b>	7.8 ± 3.1	<b>Físicas</b>	3.5 ± 1.3
<b>DP</b>	10 ± 2.1	<b>OR</b>	7.5 ± 2.9	<b>Sociales</b>	2.7 ± 1.4
<b>RP</b>	7.5 ± 2.9	<b>TE</b>	7.7 ± 3.1	<b>Psíquicas</b>	3.0 ± 1.4

El **grupo 3 (Clínica)** estuvo compuesto por 39 médicos (27.7%), con una media de edad de 46.2 ± 10.5 años; el 56 % pertenecían al sexo masculino (n=22), el 85% tenía pareja habitual (n=33); el 100% (n=39) eran médicos especialistas, perteneciendo a la planta permanente del hospital el 74% (29); el 69% (n=27) realiza su actividad laboral en el turno mañana. Eran Jefes de Servicio el 23% (n=9).

La media de tiempo de ejercicio de la profesión fue de 19.2 ± 10.1 años y la media del tiempo de trabajo en la institución fue de 12.7 ± 10 años; la media de horas semanales de trabajo fue de 39.5 ± 4.3. La cantidad media de pacientes atendidos por día fue de 14.7 ± 7, estando con el beneficiario más del 75% de su jornada laboral el 51% (n=20).

En la tabla 8 se muestran las frecuencias observadas en las variables que componen el CBB, en este grupo.

Tabla 8. CBB en el Grupo 3.

<b>Síndrome de Burnout</b>		<b>Antecedentes</b>		<b>Consecuencias</b>	
Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia
<b>CE</b>	7.4 ± 2.6	<b>CT</b>	7.2 ± 2.4	<b>Físicas</b>	2.9 ± 1.2
<b>DP</b>	9.6 ± 1.9	<b>OR</b>	6.2 ± 2.5	<b>Sociales</b>	2.2 ± 1.1
<b>RP</b>	6.4 ± 2.6	<b>TE</b>	6.8 ± 3.1	<b>Psíquicas</b>	2.3 ± 1.1

El **grupo 4 (Urgencias)** estuvo conformado por 21 médicos (14.9%), con una edad media de  $48.2 \pm 9.2$  años; al sexo masculino pertenecían el 48 % (n=10); pareja habitual tenía el 52% (n=11); eran médicos especialistas el 95% (n=20); a la planta permanente del hospital pertenecían el 91% (n=19), realizando su actividad laboral en el turno mañana el 48% (n=10). El 14% (n=3) eran Jefes de Servicio.

La media de tiempo de ejercicio de la profesión fue de  $19 \pm 9.7$  años y la media del tiempo de trabajo en la institución fue de  $14.1 \pm 7.9$  años; la media de horas semanales de trabajo fue de  $38.2 \pm 8.8$ . La cantidad media de pacientes atendidos por día fue de  $28 \pm 23.3$ , estando con el beneficiario más del 75% de su jornada laboral el 33% (n=7).

En la tabla 9 se muestran las frecuencias observadas en las variables que componen el CBB, en este grupo.

Tabla 9. CBB en el Grupo 4.

<b>Síndrome de Burnout</b>		<b>Antecedentes</b>		<b>Consecuencias</b>	
Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia
<b>CE</b>	$7.2 \pm 2.4$	<b>CT</b>	$7.4 \pm 2.3$	<b>Físicas</b>	$3.1 \pm 1.0$
<b>DP</b>	$9.8 \pm 2.5$	<b>OR</b>	$6.8 \pm 2.4$	<b>Sociales</b>	$1.9 \pm 1.0$
<b>RP</b>	$7.2 \pm 3.0$	<b>TE</b>	$6.6 \pm 2.5$	<b>Psíquicas</b>	$2.5 \pm 1.2$



El **grupo 5 (Varios)** estuvo compuesto por 17 médicos (12.1%), con una media de edad de  $54.4 \pm 7.8$  años; el 35 % pertenecían al sexo masculino (n=6), el 53% tenía pareja habitual (n=9); el 88% (n=15) eran médicos especialistas, perteneciendo a la planta permanente del hospital el 94% (16); el 88% (n=15) realiza su actividad laboral en el turno mañana. Eran Jefes de Servicio el 35% (n=6).

La media de tiempo de ejercicio de la profesión fue de  $26 \pm 6.5$  años y la media del tiempo de trabajo en la institución fue de  $20.6 \pm 8$  años; la media de horas semanales de trabajo fue de  $36 \pm 9.7$ . La cantidad media de pacientes atendidos por día fue de  $13 \pm 10.6$ , estando con el beneficiario más del 75% de su jornada laboral el 35% (n=6).

En la tabla 10 se muestran las frecuencias observadas en las variables que componen el CBB, en este grupo.

Tabla 10. CBB en el Grupo 5.

<b>Síndrome de Burnout</b>		<b>Antecedentes</b>		<b>Consecuencias</b>	
Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia	Variable	Frecuencia
<b>CE</b>	$8.1 \pm 3.0$	<b>CT</b>	$8.4 \pm 2.9$	<b>Físicas</b>	$3.2 \pm 1.2$
<b>DP</b>	$9.2 \pm 2.6$	<b>OR</b>	$6.8 \pm 3.3$	<b>Sociales</b>	$2.5 \pm 1.5$
<b>RP</b>	$7.2 \pm 3.6$	<b>TE</b>	$7.4 \pm 3.3$	<b>Psíquicas</b>	$2.5 \pm 1.2$

En la tabla 11 se muestran las variables de las características generales del cuestionario en la población total y separadas por grupos.

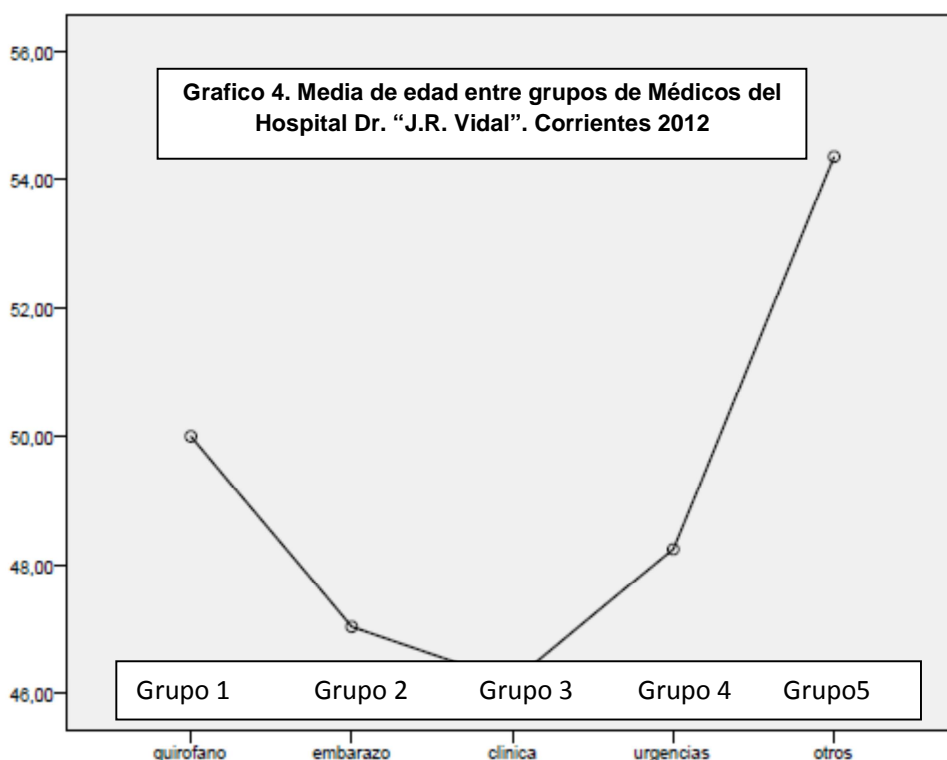
Variable	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	p=
Total	29 (20.6%)	35 (24.8%)	39 (27.7%)	21 (14.9%)	17 (12.1%)	NS
Edad	50 ± 9.9	47 ± 8.2	46.2 ± 10.5	48.2 ± 9.2	54.4 ± 7.8	0,035
Masculino	18 (62%)	11 (31%)	22 (56%)	10 (48%)	6 (35%)	0,080
Pareja habitual	19 (66%)	30 (86%)	33 (85%)	11 (52%)	9 (53%)	0,067
Especialistas	28 (97%)	31 (89%)	39 (100%)	20 (95%)	15 (88%)	0,062
Planta permanente	27 (93%)	30 (86%)	29 (74%)	19 (91%)	16 (94%)	NS
Tiempo ejercicio	21.8 ± 8.9	19.2 ± 8.7	19.2 ± 10.1	19 ± 9.7	26 ± 6.5	NS
Tiempo institución	18.7 ± 9	15.3 ± 8.4	12.7 ± 10	14.1 ± 7.9	20.6 ± 8	0,012
Turno mañana	22 (76%)	30 (86%)	27 (69%)	10 (48%)	15 (88%)	0,009
Pacientes día	8.9 ± 5	16 ± 11.5	14.7 ± 7	28 ± 23.3	13 ± 10.6	<0,001
Tiempo >75% con beneficiario	6 (21%)	10 (29%)	20 (51%)	7 (33%)	6 (35%)	<0,001
Trabajo domiciliario	8 (28%)	24 (69%)	30 (77%)	10 (48%)	7 (41%)	0,0001
Jefe Servicio	7 (24%)	2 (6%)	9 (23%)	3 (14%)	6 (35%)	0,042
Horas semanales	41.7 ± 9	38.7 ± 7.6	39.5 ± 4.3	38.2 ± 8.8	36 ± 9.7	NS

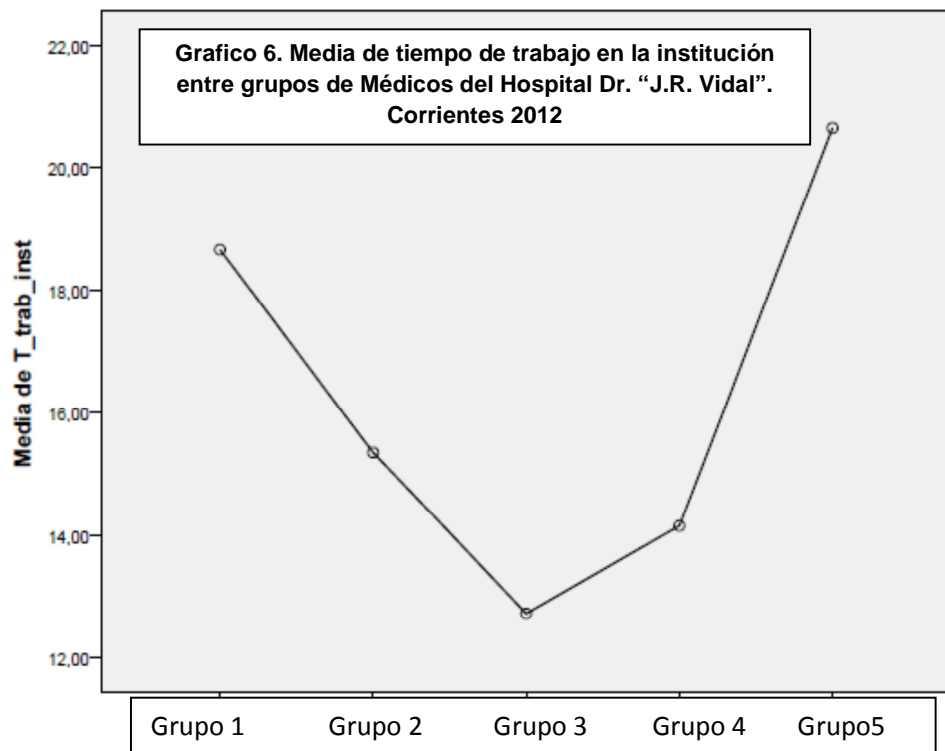
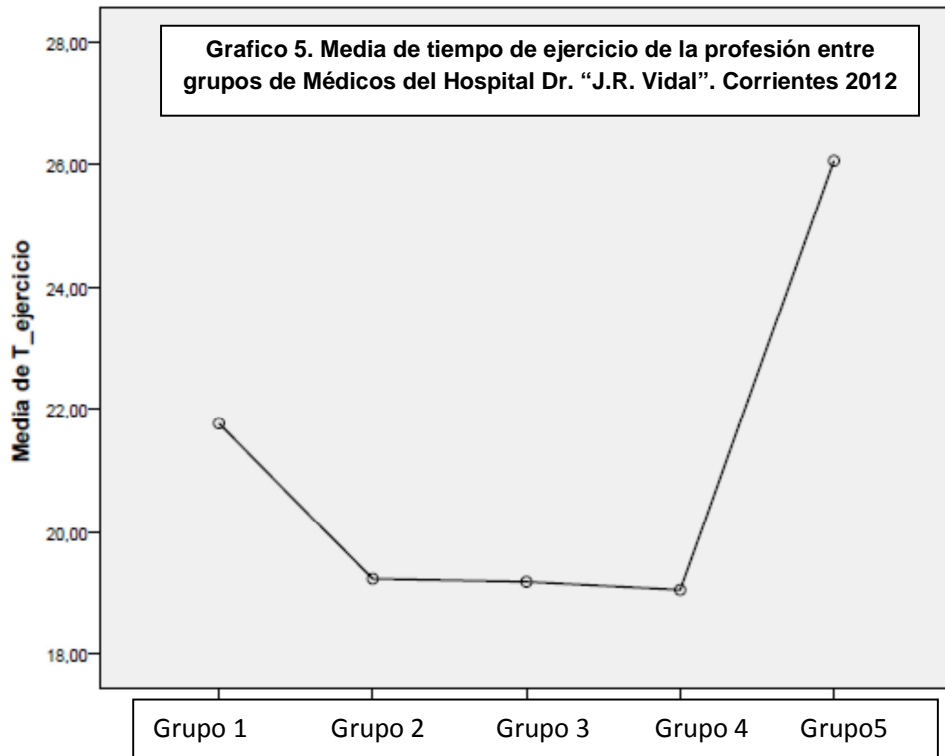
Como puede observarse en la tabla, las variables que alcanzaron la significación estadística en el grupo 3 fueron la menor edad  $46.2 \pm 10.5$  ( $p < 0.035$ ), menor tiempo de trabajo en la institución  $12.7 \pm 10$  ( $p < 0,012$ ) y un mayor tiempo con el beneficiario 51% ( $p < 0,001$ ).

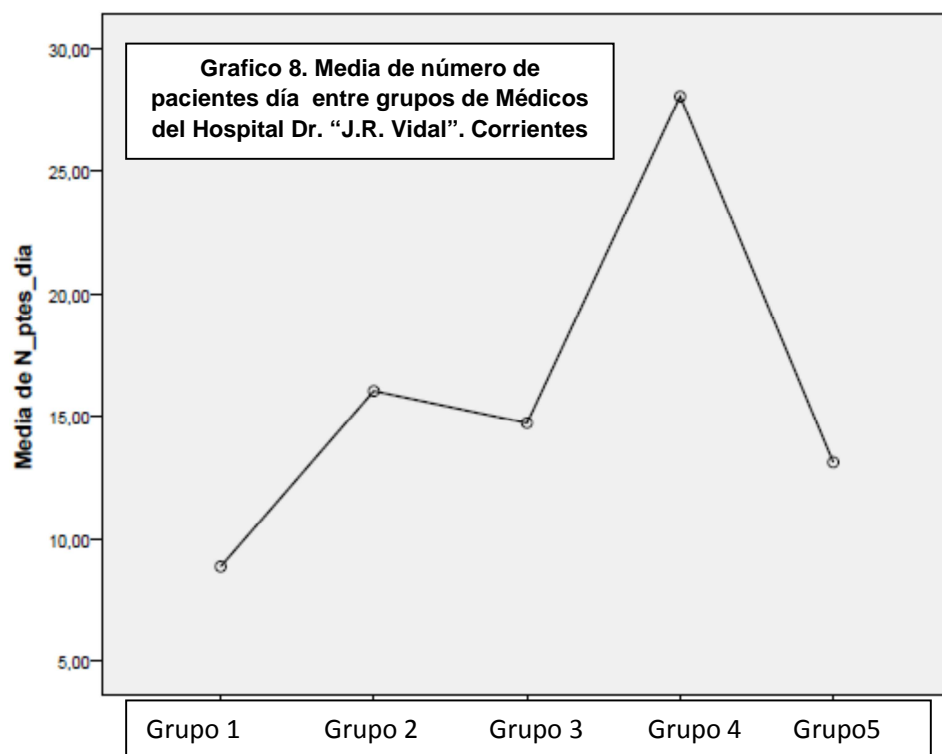
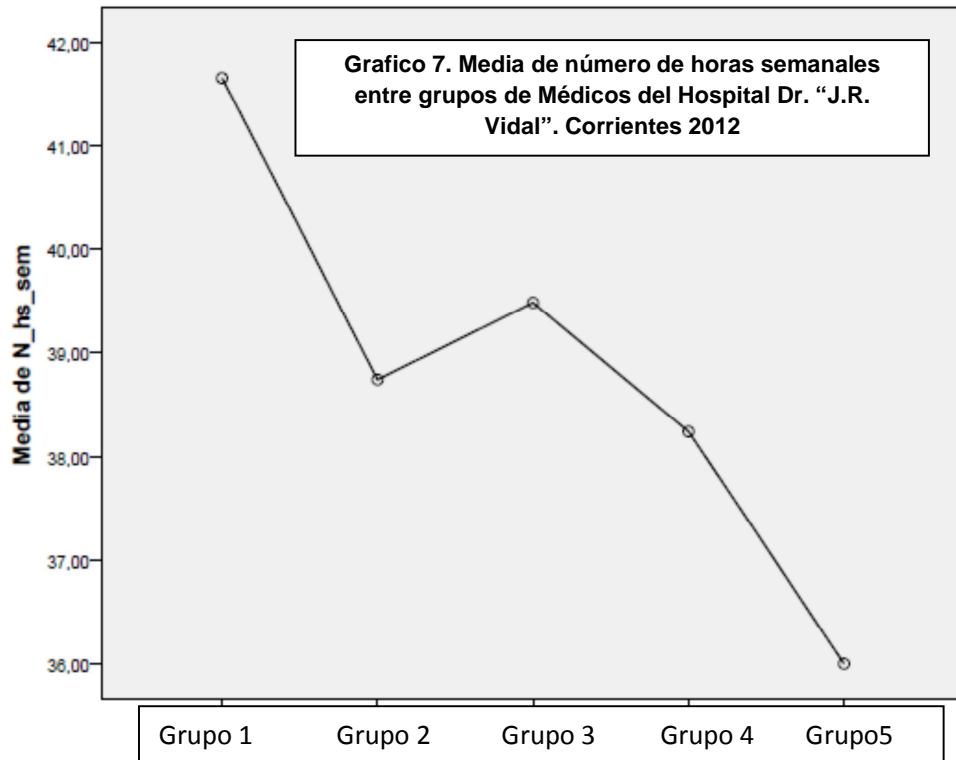
Respecto a los que llevan trabajo a su domicilio, puede evidenciarse que en el grupo 1, solo lo realizan 8 médicos (28%), ( $p < 0,0001$ ).

En el grupo 4 (urgencias), las variables estadísticamente significativas con respecto al resto de los grupos de estudio fueron el trabajo en un solo turno 10, que representa el 48%, ( $p < 0,009$ ), y la cantidad de pacientes atendidos por día, con una media de  $28 \pm 23.3$  ( $p < 0,001$ ).

En los gráficos 4 al 8 se evidencian las medias comparativas entre los cinco grupos de médicos de edad, tiempo de ejercicio de la profesión, tiempo de trabajo en la institución, horas semanales día y número de pacientes por día.



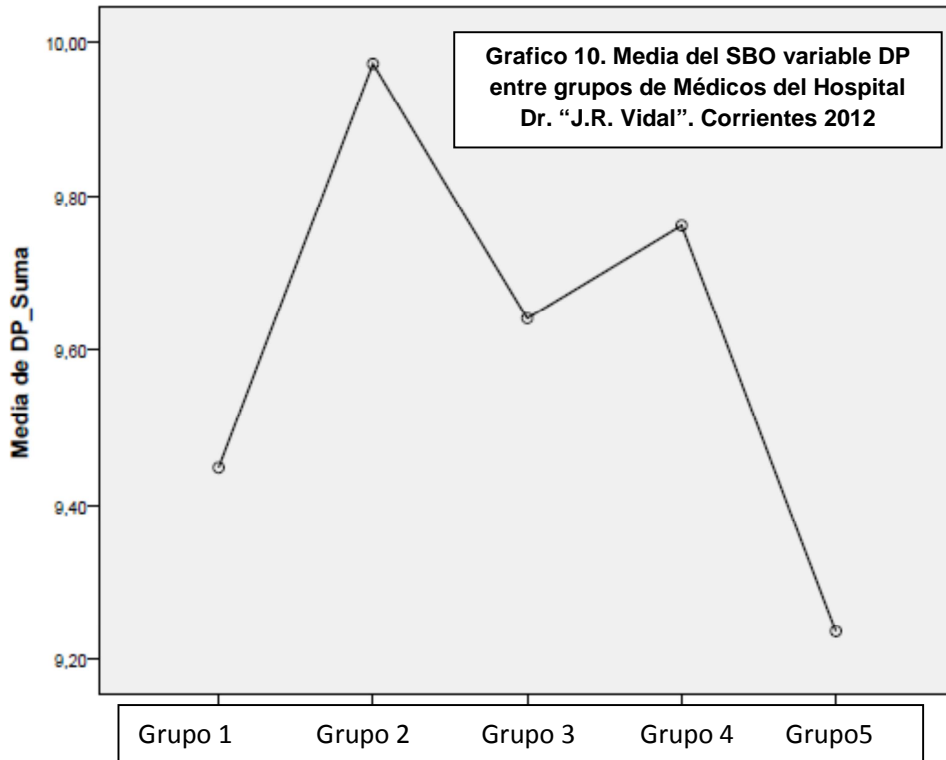
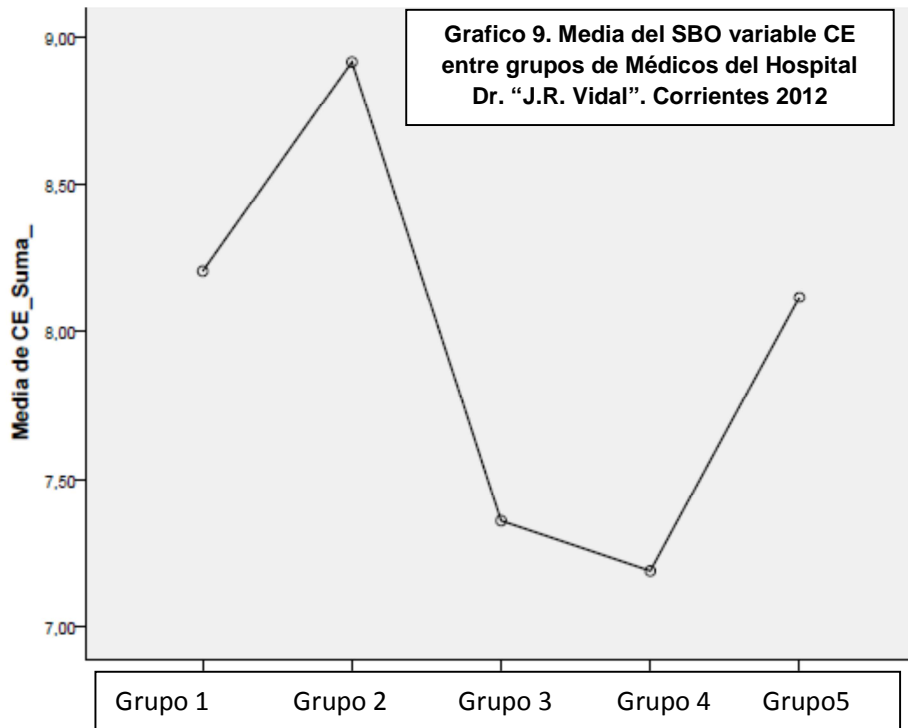


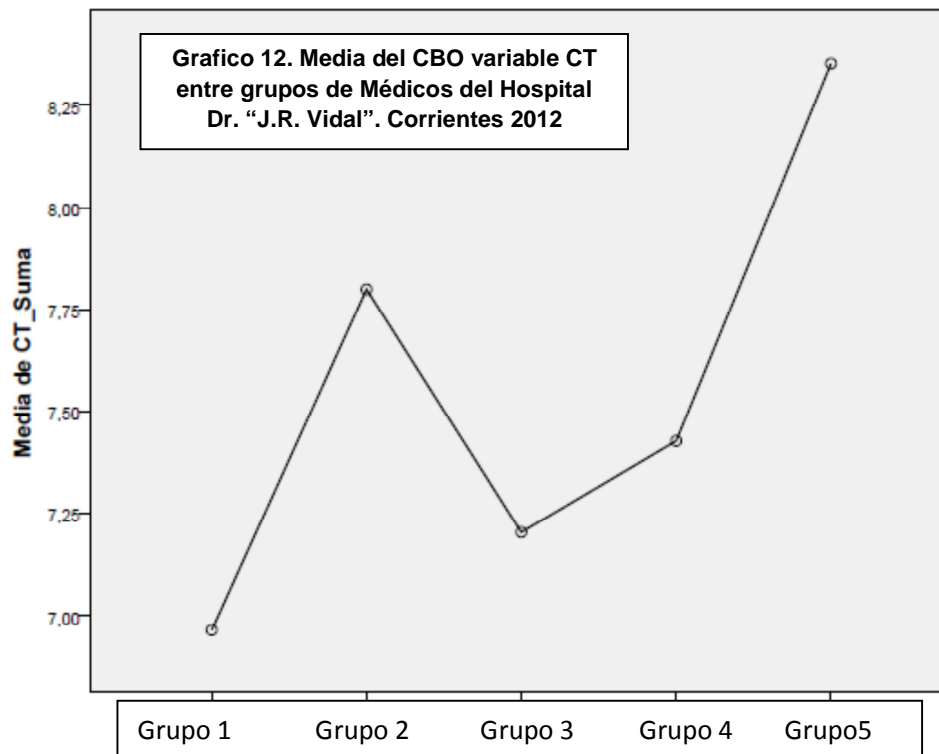
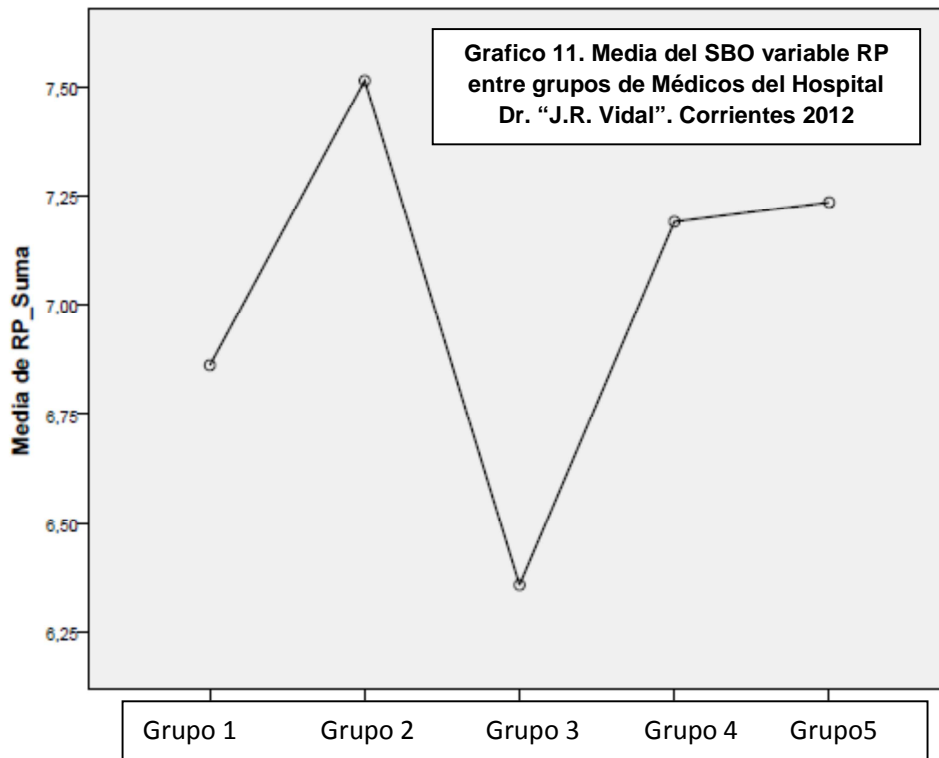


En la tabla 12 se pueden evidenciar el análisis comparativo de las puntuaciones medias obtenidas en las variables que componen el CBB según grupo de estudio, donde no se observan diferencias estadísticamente significativas.

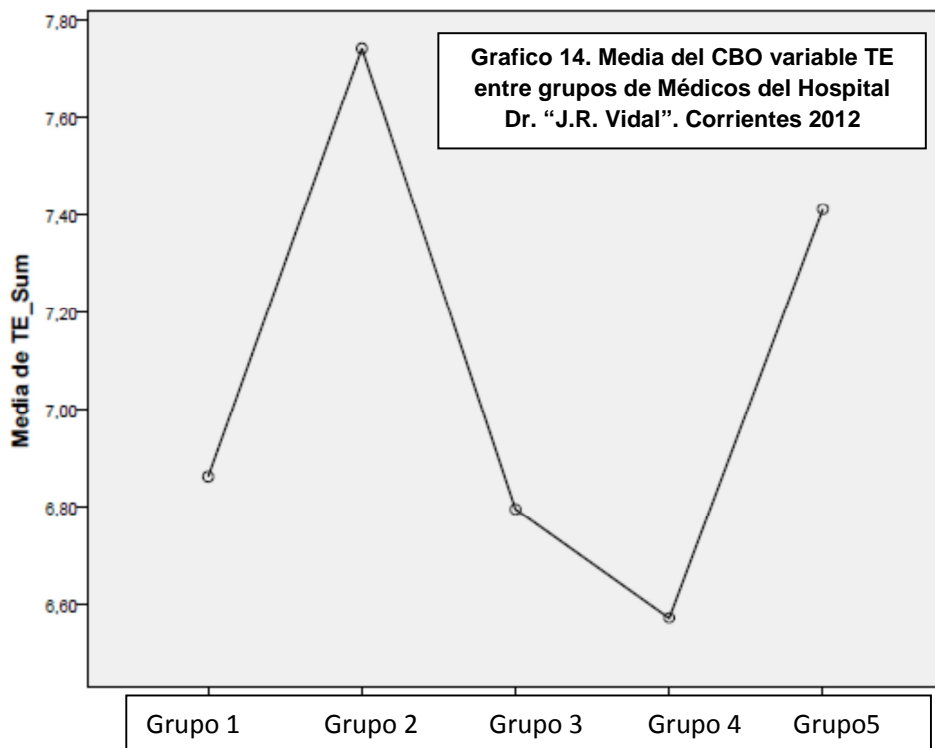
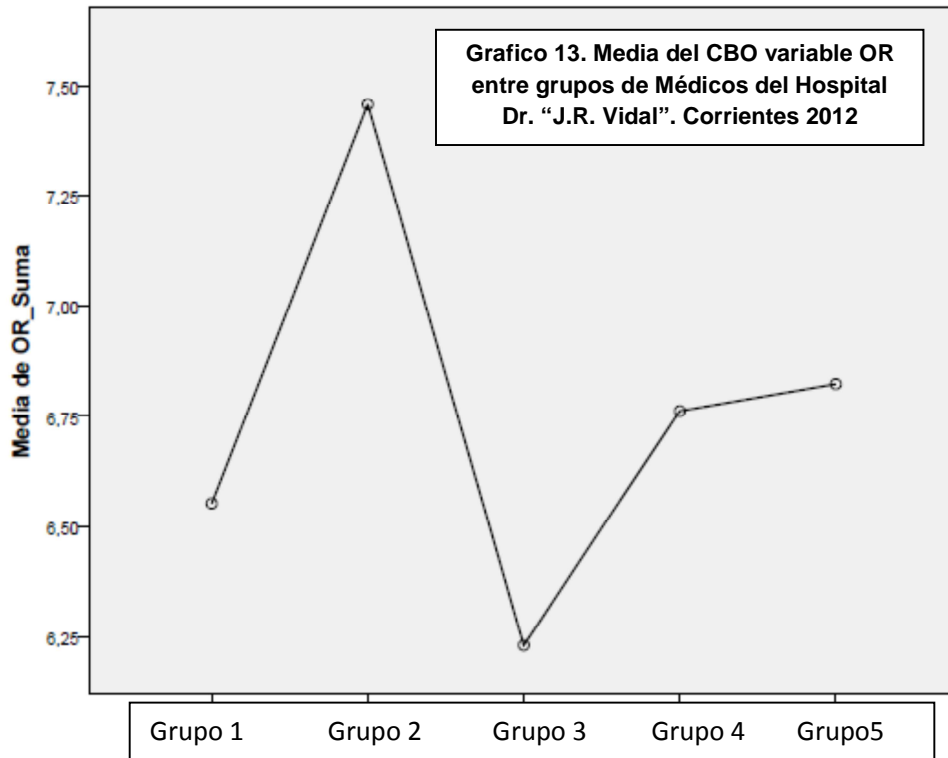
Variable	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	P=
<b>CE</b>	8.2 ±3.2	8.9 ±2.8	7.4 ±2.6	7.2 ±2.4	8.1 ± 3	NS
<b>DP</b>	9.4 ±2.7	10 ±2.1	9.6 ±1.9	9.8 ±2.5	9.2 ±2.6	NS
<b>RP</b>	6.9 ±3.2	7.5 ±2.9	6.4 ±2.6	7.2 ±3.0	7.2 ±3.6	NS
<b>CT</b>	7.0 ±3.0	7.8 ±3.1	7.2 ±2.4	7.4 ±2.3	8.4 ±2.9	NS
<b>OR</b>	6.6 ±3.3	7.5 ±2.9	6.2 ±2.5	6.8 ±2.4	6.8 ±3.3	NS
<b>TE</b>	6.9 ±3.1	7.7 ±3.1	6.8 ±3.1	6.6 ±2.5	7.4 ±3.3	NS
<b>Físicas</b>	3.0 ±1.4	3.5 ±1.3	2.9 ±1.2	3.1 ±1.0	3.2 ±1.2	NS
<b>Sociales</b>	2.3 ±1.3	2.7 ±1.4	2.2 ±1.1	1.9 ±1.0	2.5 ±1.5	NS
<b>Psíquicas</b>	2.8 ±1.2	3.0 ±1.4	2.5 ±1.1	2.5 ±1.2	2.5 ±1.2	NS
<b>SBO</b>	24.5 ±7.9	26.4 ±6.4	23.4 ±5.9	24.1 ±5.4	24.6 ±7.4	NS
<b>Total CBO</b>	20.4 ±8.8	23 ±7.6	20.2 ±6.7	20.8 ±5.3	22.6 ±8.3	NS

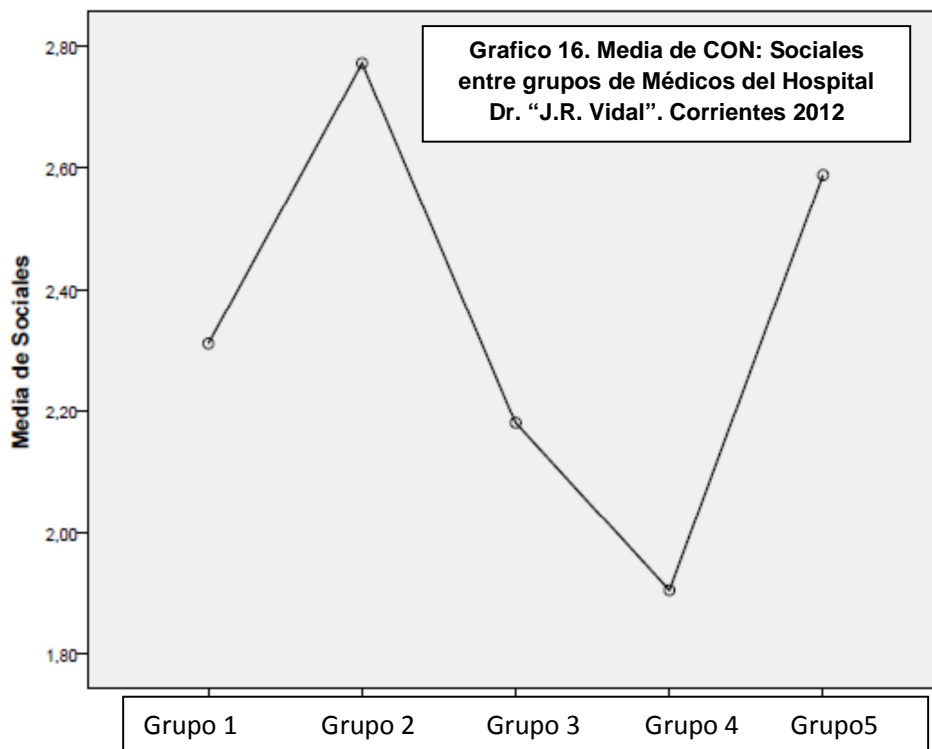
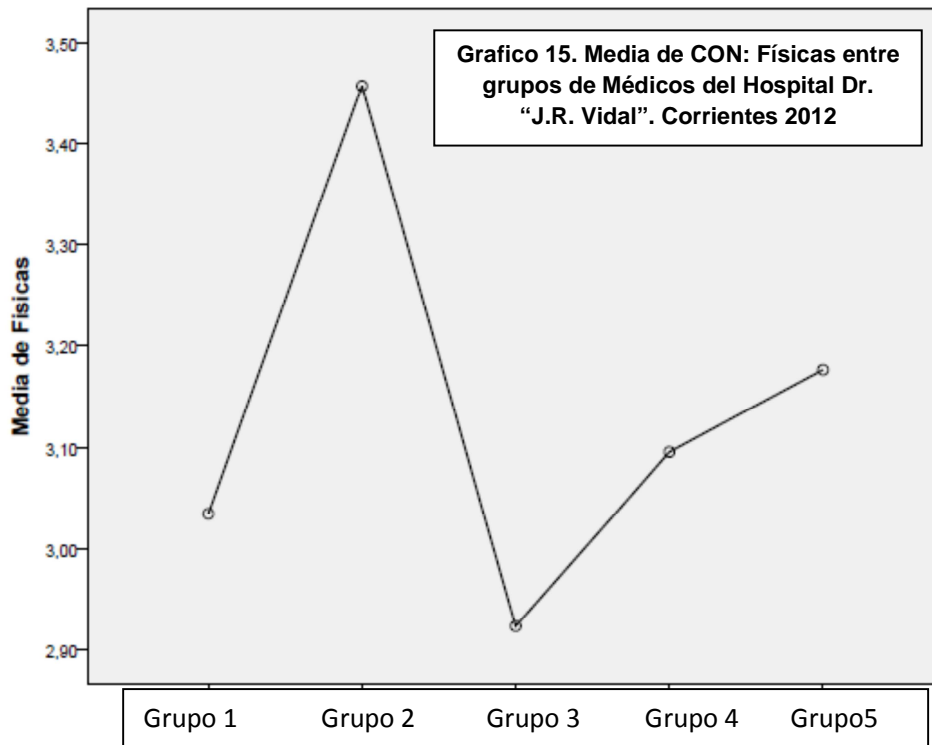
En los gráficos del 9 al 18 se representan las medias de los puntajes correspondientes al CBB, en forma comparativa en los 5 grupos.

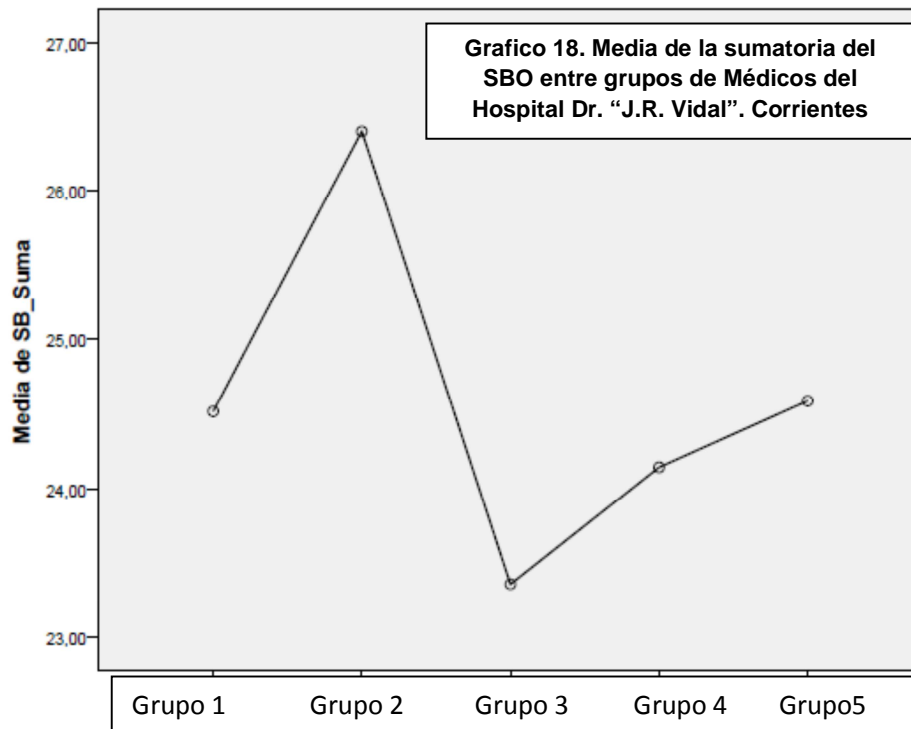
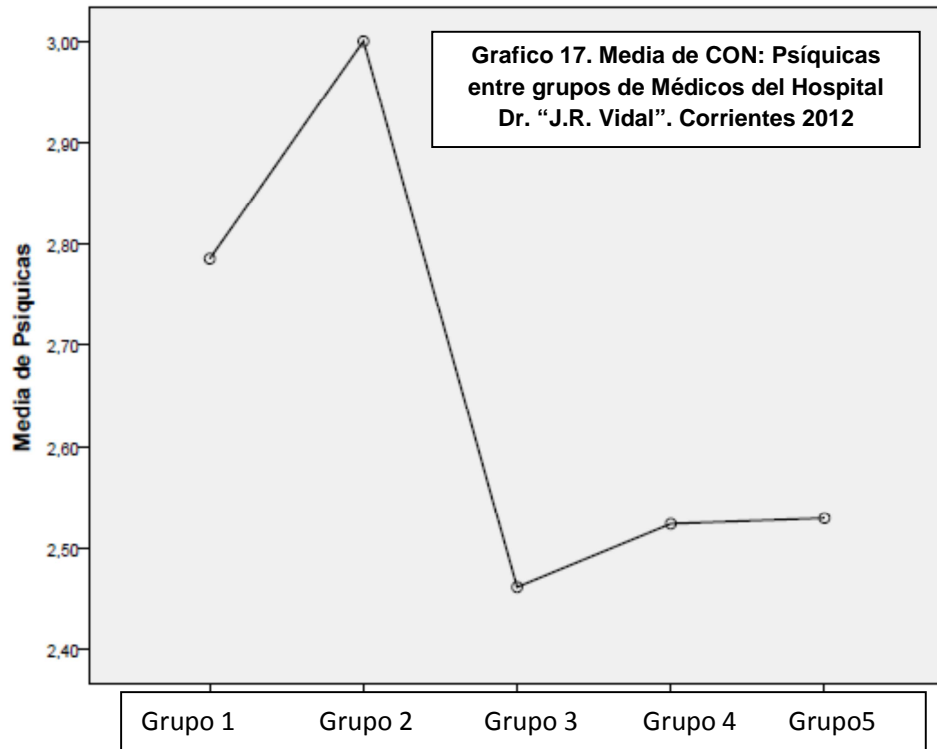






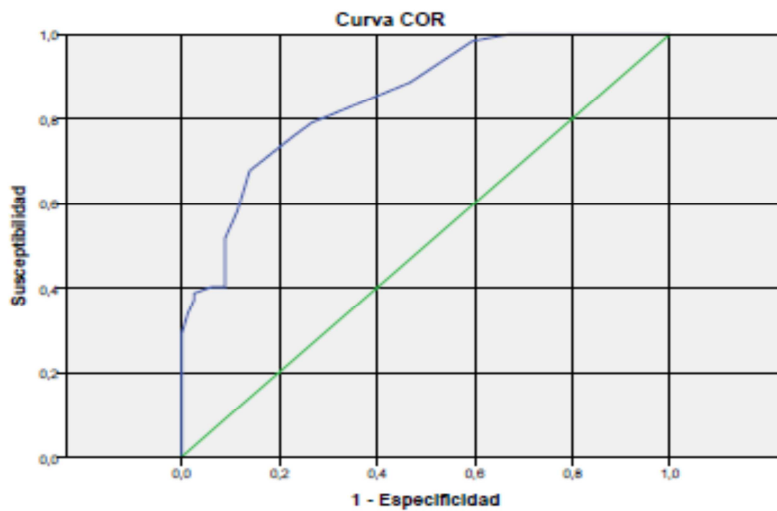




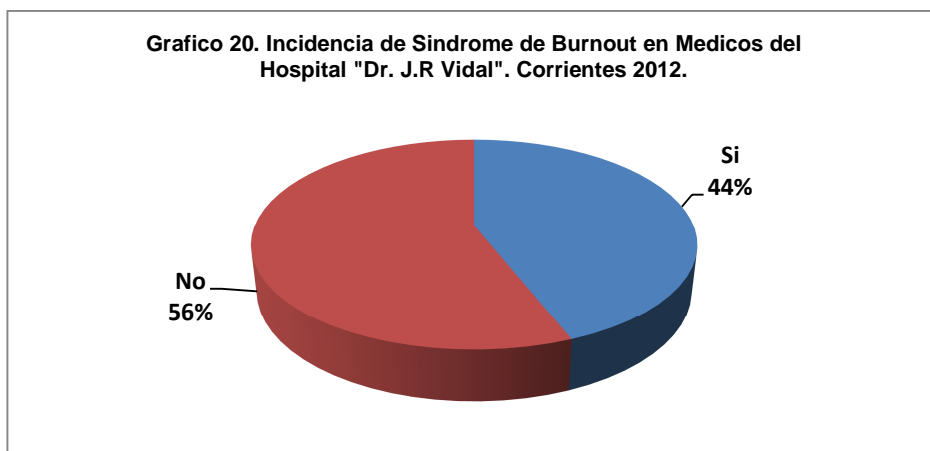


Se construyó una Curva ROC (gráfico 19) sobre el total de CBO (antecedentes de Burnout) para predecir Síndrome de Burnout, denominado Índice de CBO (I CBO)

El área bajo la curva fue de  $0.85 \pm 0.031$  ( $p < 0.001$ ), obteniéndose un punto de corte de total CBO  $\geq 21$ , con una sensibilidad del 68% y una especificidad del 84%.



En este estudio de investigación la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Dr. "J.R. Vidal" fue del 44 % ( $n=62$ ), el cual se muestra en el gráfico 20.



### 5.3. Análisis comparativo entre grupos con y sin SBO.

En la tabla 13 se expresan las variables de los grupos con y sin Síndrome de Burnout.

Tabla 13. Análisis comparativo de variables en médicos del Hospital Dr. "J.R. Vidal" con y sin SBO.

<b>Variable</b>	<b>Con SBO</b>	<b>Sin SBO</b>	<b>p</b>
Edad	49.9 ± 9.1	47.3 ± 9.8	NS
Sexo masculino	57 %	41 %	0.06
Pareja habitual	71 %	73 %	NS
Hijos	2.4 ± 1.2	1.8 ± 1.3	0.016
Especialistas	97 %	92 %	NS
Jefe de Servicio	23 %	18 %	NS
Planta permanente	95 %	79 %	0.014
Tiempo ejercicio	21.3 ± 8	19.9 ± 10.1	NS
Tiempo institución	17.4 ± 8	14.5 ± 9.9	0.063
Turno mañana	79 %	70 %	NS
Horas semanales	38.9 ± 10	39.3 ± 5.6	NS
Pacientes día	13.3 ± 11.2	17.4 ± 14.4	0.066
Tiempo >75% con beneficiario	23 %	44 %	0.012
Trabajo domiciliario (si)	47 %	63 %	0.05
CT	8.9 ± 2.5	6.4 ± 2.4	0.0001
OR	8.1 ± 3.1	5.7 ± 2.1	0.0001
TE	9.2 ± 2.9	5.4 ± 1.9	0.0001
Total CBO	26.2 ± 7.8	17.5 ± 4.3	0.0001
I CBO	47 (76%)	18 (23%)	0.0001

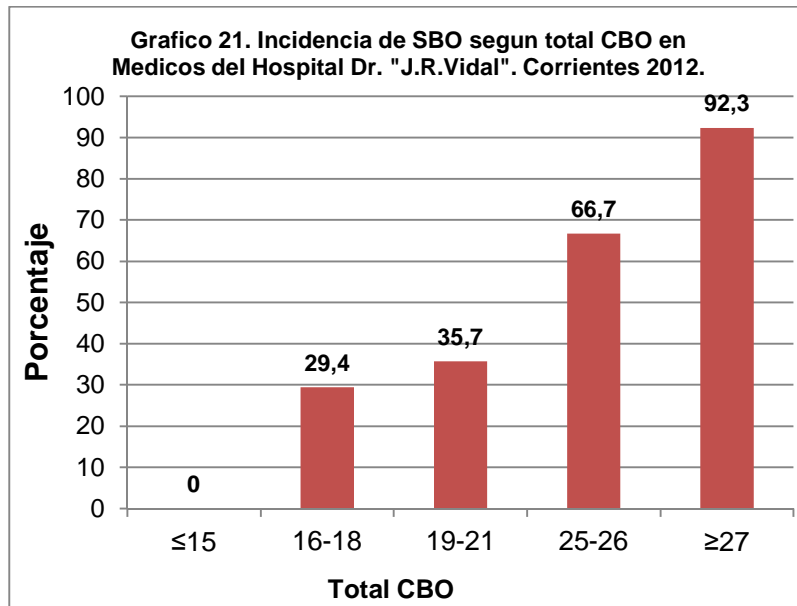
Como puede observarse en la tabla 13, las variables que alcanzaron la significación estadística en los pacientes que presentaron SBO fueron los factores causales o antecedentes (CBO) del Síndrome de Burnout: características del trabajo (CT=  $8.9 \pm 2.5$ ,  $p < 0.0001$ ), la organización laboral (OR=  $8.1 \pm 3.1$ ,  $p < 0.001$ ), el tedio (TE=  $9.2 \pm 2.9$ ,  $p < 0.001$ ), el total de antecedentes (Total CBO=  $26.2 \pm 7.8$ ,  $p < 0.0001$ ) y el índice de CBO (I CBO= 76%,  $p < 0.0001$ ).

En la tabla 14 y Gráfico 21 se presenta la distribución de la población en quintiles de CBO, y la incidencia de SBO. Se apreció un incremento progresivo en la proporción de SBO en los entrevistados a medida que se incrementó el puntaje del CBO

Tabla 14. Total de antecedentes (total CBO) en quintiles

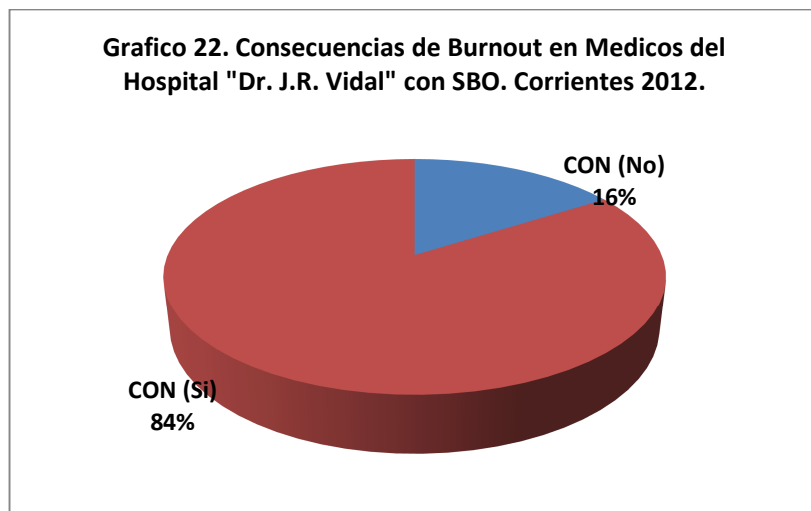
Variable	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	P
<b>Rango</b>	≤ 15	16-18	19-21	22-26	≥ 27	
<b>(n)</b>	26	34	28	27	26	
<b>Incidencia SBO</b>	0 %	29.4 %	35.7 %	66.7 %	92.3 %	<0.0001

Grafico 21

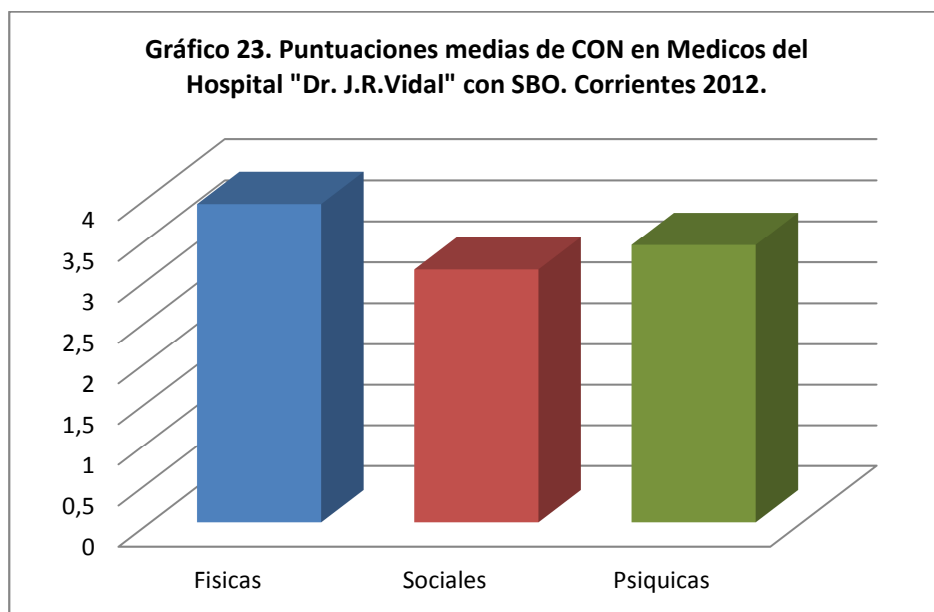


#### 5.4. Análisis de Consecuencias del SBO.

De los médicos que presentaron SBO (n=62), el 83% (n=52) estuvo críticamente afectado por las consecuencias del SBO.



En el gráfico 23, pueden evidenciarse las puntuaciones medias de las variables correspondientes a las consecuencias del SBO.





### 5.5. Análisis uni y multivariados.

Se realizó un análisis univariado y tres multivariados con las variables que alcanzaron la significación estadística como se demuestra en las tablas 15 y 16. Los espacios en blanco indican una p no significativa. En el análisis multivariado 1 no se incluyeron las variables Total CBO ni I de CBO. En el multivariado 2 se incluyó la variable Total CBO sin I de CBO y en el tres se incluyo al I de CBO y no a Total CBO.

Variable	Univariado	Multivariado 1		
	p	OR	IC95%	p
Sexo (M/F)	0,06			
Situación	0,014			
Tiempo beneficiario	0,012			
Trabajo domicilio	0,05			
Nº hijos (n)	0,016			
Trabajo institución	0,063			
Pacientes dia	0,066			
CT	<0,0001	1.3	1-1.7	0.043
OR	<0,0001	1.4	1.2-1.8	0,001
TE	<0,0001	2	1.5-2.6	0.0001
Total CBO	<0,0001	-	-	-
I CBO	<0,0001	-	-	-

Variable	Univariado	Multivariado 2			Multivariado 3		
	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	P
Sexo (M/F)	0.06						
Situación	0.014						
Tiempo beneficiario	0.012						
Trabajo domicilio	0.05						
Nº hijos (n)	0.016						
Trabajo institución	0.063						
Pacientes día	0.066						
CT	0.0001	-	-	-	-	-	-
OR	0.0001	-	-	-	-	-	-
TE	0.0001	-	-	-	-	-	-
Total CBO	0.0001	1.3	1.2-1.5	0.0001	-	-	-
I CBO	0.0001	-	-	-	12.3	5-30	0.0001

El análisis demuestra que por cada incremento de un punto del total de antecedente (total CBO) se incrementa el riesgo de Síndrome de Burnout un 34 %.

Si el índice CBO es  $\geq$  a 21, se incrementa doce veces el riesgo de Síndrome de Burnout.

## Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

### 6.1. Discusión

En el análisis de la primera parte de los resultados, correspondiente a las características generales de la muestra se observó que la edad media de la población fue de  $48.5 \pm 9.6$  años, y en relación al sexo se observó una predominancia de mujeres del 52%.

La mayoría de los encuestados declararon tener una pareja habitual estable. El 82% tenía uno o más hijos. 94% eran médicos especialistas y el 86% pertenecía a la planta permanente del hospital. La media de tiempo de ejercicio de la profesión fue de  $20.5 \pm 9.3$  años y la media de tiempo de trabajo en el hospital fue de  $15.8 \pm 9.2$  años.

Respecto a la carga horaria semanal, la media fue de  $39.1 \pm 7.8$  horas y la cantidad media de pacientes atendidos por día fue de  $15.6 \pm 13.2$ .

En la distribución horaria por turnos se demostró que la gran mayoría trabaja en un solo turno, con predominancia del turno mañana. El 35 % (n=49) interacciona durante su jornada diaria de trabajo más del 75 % con los beneficiarios; el 50 % (n=70) durante el 50 % y el 15 % (n=22) interacciona con los beneficiarios en menos del 30% de su jornada. El 56% tiene que realizar labores de su trabajo en su domicilio.

Al analizar los datos comparativos entre los cinco grupos en que fue dividida la población de estudio, se pudo observar que no hubieron diferencias estadísticamente significativas en las variables cantidad de médicos por grupos, número de especialistas, situación contractual, tiempo de ejercicio de la profesión y horas semanales de trabajo en la institución; puede considerarse que en este último punto existe un

sesgo por el hecho de que los encuestados consignaron su carga horaria según figura en su contrato.

El grupo 1 y 5 presentaron una edad media mayor que los demás grupos (p 0,035) y esto estaría relacionado con el hecho de que el grupo cinco, al ser más heterogéneo e incluir múltiples especialidades y cargos directivos, tiene médicos de mayor antigüedad y mayor tiempo de trabajo en la institución (p 0,012). El sexo masculino fue prevalente en los grupos 1 y 3 (p 0,080), y esto estaría relacionado a que el grupo 1, estuvo constituido por médicos cirujanos, especialidad que es más frecuentemente elegida por el sexo masculino.

En relación a si los médicos tenían o no pareja habitual, hubo una tendencia (p 0,067) la cual fue observada en los grupos 2 y 3, que no alcanzó la significación estadística.

Si bien en el análisis general no se encontraron diferencias en relación al turno en el que trabajan, al diferenciarlos por grupos, se evidenció que el grupo 4 presentó el menor porcentaje respecto al turno mañana (p<0,009) y esto está relacionado con que los médicos que trabajan en los servicios de terapia intensiva y emergencias realizan en su mayoría guardias activas semanales, por lo que consignaron en su respuesta el trabajo en más de un turno. Lo mismo se evidenció en relación a la cantidad de pacientes atendidos por día, donde la media del grupo fue de  $28 \pm 23.3$  con una p <0,001. Creo que si bien la diferencia fue estadísticamente significativa, si hubiese sido desagregada entre emergencias y terapia intensiva, hubiese sido mayor a favor de los médicos del servicio de emergencias médicas, quienes al estar de guardia 24 hs una o dos veces por semana, el número total de pacientes día, sería muy superior al resto de los grupos que cumplen

sus actividades en forma diaria, en un turno y por lo tanto atienden por día a menor cantidad de pacientes.

El grupo 3, clínica, fue el que más tiempo de su jornada diaria pasó en interacción con los beneficiarios de su trabajo más del 75%, alcanzando la significación estadística ( $p < 0,001$ ) y esto se correlaciona con el mayor tiempo que demanda la atención clínica y por ende la menor cantidad de pacientes atendidos por día.

El grupo 1, es el que en menor medida realiza labores de su trabajo en su casa ( $p < 0,0001$ ).

Al realizar el análisis comparativo de las puntuaciones medias obtenidas en las variables que componen el Cuestionario Breve de Burnout en sus tres componentes o dimensiones principales, indicadores del Síndrome de Burnout y sus variables (CE, DP y RP), los factores causales o antecedentes (CT, OR y TE) y los factores consecuentes, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los cinco grupos de estudio.

Teniendo en cuenta que el objetivo de la prevención primaria en salud pública es de actuar antes de que la enfermedad aparezca y proteger a las poblaciones vulnerables de aquellos agentes que puedan generar la enfermedad y tomando como ejemplo la política laboral de defensa de la seguridad del trabajador y de un entorno laboral físico y psicológico saludable, lo que prevendría accidentes, enfermedades mentales y cardiovasculares<sup>(69)</sup>, se creó a partir de la sumatoria de las variables que integran los factores causales o antecedentes de Síndrome de Burnout (CBO), características de la tarea (CT), organización (OR) y tedio (TE), una variable denominada total de antecedentes del CBO (Total CBO). Con los nuevos datos, se construyó una curva ROC, donde se determinó el punto de corte que abarcaba la mayoría de los sujetos,

obteniéndose de esta manera, la mejor sensibilidad y especificidad para predecir Síndrome de Burnout, denominado índice de Burnout (I CBO). El área bajo la curva fue de  $0.85 \pm 0.031$  ( $p < 0.001$ ), obteniéndose un punto de corte de total CBO  $\geq 21$ , con una sensibilidad del 68% y una especificidad del 84%.

A este nuevo indicador, se lo podría incluir en investigaciones futuras e implementarlo con el fin preventivo de disminuir el efecto del SBO sobre la salud de los trabajadores, por ejemplo evitando la realización de actividades no motivantes, mejorando el apoyo social que recibe el trabajador por parte de la organización donde trabaja y evitando la repetición, monotonía y el aburrimiento que puede ocasionar la tarea y la organización al trabajador

En este estudio, 65 médicos presentaron este índice  $\geq$  a 21, de los cuales el 76% ( $n=46$ ) presentó síndrome de burnout y el 23% ( $n=18$ ) no reunía aun criterios diagnósticos, con lo cual, a través de medidas preventivas podría evitarse o retrasarse la aparición del SBO.

En este estudio de investigación la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Dr. "J.R. Vidal" fue del 44 % ( $n=62$ ). Si se comparan los resultados con estudios realizados en Argentina, pueden observarse diferencias. Zaldúa determinó que el 16,8% del personal médico, y 4,9% del personal de enfermería de un Hospital Polivalente de Buenos Aires estaban afectados <sup>(70)</sup>. En otro trabajo <sup>(71)</sup> observó que el 10,7% de los profesionales investigados presentaba Burnout, de los cuales el 76,5% eran médicos y 23,5% enfermeros. De igual manera Goldvarg encontró el 92% de afectación en médicos infectólogos <sup>(60)</sup>. En un estudio el síndrome de Burnout en 11.530 profesionales de la salud de habla hispana <sup>(72)</sup>, encontró una prevalencia de Burnout en los profesionales residentes en España de 14,9%, y del 14,4% en

Argentina, utilizando tanto esta investigación como las nombradas anteriores el Maslach Burnout Inventory, a diferencia de la investigación realizada en la que fue utilizada el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno Jiménez.

Al realizar el análisis de los médicos que presentaron síndrome de Burnout y los que no, se vio que los primeros tenían una edad media de  $49.9 \pm 9.1$  años y hubo un mayor porcentaje de hombres afectados en un 57% ( $p 0,06$ ); este dato, contrasta con otras investigaciones, donde afecta principalmente a mujeres, considerado como un grupo más vulnerable debido a la doble carga de la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales <sup>(72)</sup>.

Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación con los que tenían una relación de pareja habitual, especialidad médica, cargo que ocupan dentro del hospital, tiempo de ejercicio de la profesión, turno mañana ni horas semanales.

Los médicos con SBO tenían una situación contractual de planta permanente en un 95% ( $p 0,014$ ), trabajan en la institución hace más tiempo  $17.4 \pm 8$  años ( $p 0,063$ ) y una mayor cantidad de hijos  $2.4 \pm 1.2$  respecto a los médicos que no presentaron SBO.

Resultados llamativos y que contrastan con otras investigaciones <sup>(72,74)</sup> fueron que los médicos con SBO interaccionaban en su jornada diaria con el beneficiario (en más del 75% de la misma) en menor tiempo 23% contra el 44% ( $p 0,012$ ), realizaban menos labores de su trabajo en su casa 47% contra el 63% ( $p 0,05$ ) y atendían menos cantidad de pacientes por día  $13.3 \pm 11.2$  contra  $17.4 \pm 14.4$  ( $p 0,066$ ).

Un análisis sobre las puntuaciones generales alcanzadas en las diferentes categorías demostró que el promedio más alto fue en la categoría **despersonalización**, hallazgo que coincide plenamente con otros estudios <sup>(71, 74,75,76)</sup>; el 96% de los médicos con SBO alcanzaron cifras mayores o iguales a 9. Esto indica que el estrés laboral se manifiesta fundamentalmente en la dimensión interpersonal, afectando la relación médico-paciente, y transformándola en un vínculo deshumanizado. La despersonalización es una conducta defensiva, e indica que el personal encuentra excesiva las demandas de los pacientes y familiares y se sienten poco reconocidos por la actividad laboral que realizan.

Al analizar el promedio alcanzado en la categoría **cansancio emocional**, los médicos con SBO fueron el 70% (n= 46); esto indica que este grupo se encuentra afectado por estrés laboral. El cansancio o agotamiento emocional es la consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones laborales estresantes.

La **falta de realización personal** lo presentó más del 55% (n=36) de los médicos.

El análisis de las causas o antecedentes demostró que la **Organización**, las **características de la tarea** y el **tedio**, presentaron medias estadísticamente significativas entre el grupo con y sin SB ( $p < 0,0001$ ). Los factores organizacionales son causantes de estrés laboral y pueden conducir al desgaste profesional. Se considera que la falta de organización institucional entre diferentes sectores de la misma, como diferencias en la carga laboral, las recompensas, el grado de control del trabajador en su actividad, la presencia o ausencia de equidad y el conflicto entre los valores individuales y los de la institución son factores predisponentes para el desarrollo del Síndrome, y en este



sentido esta categoría se considera predictora de Burnout. Los modelos organizacionales del Burnout incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional <sup>(77)</sup>.

A efectos de consecuencias de Burnout, se puede considerar que una población o persona esta críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación igual o mayor a 8. En esta investigación, el 84% de los médicos estaban afectados por las consecuencias. Los valores medios fueron de 3.9 para CON físicas, 3.1 para las sociales y 3.4 para las psíquicas. Las manifestaciones a nivel psíquico, físico y social denotan el grado de implicación que puede tener el trabajo y sus condiciones en la determinación de los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores, quienes pueden tornarse vulnerables en un escenario laboral precario, donde lo aleatorio caracteriza su futuro. De todas formas, en cualquier caso, el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias del Burnout se deben evaluar complementariamente por un instrumento específico <sup>(68)</sup>.

Se realizó una distribución de la población en quintiles, según las puntuaciones obtenidas de la sumatoria de las variables que conforman los antecedentes o causas del Burnout (CBO) y relacionar con la incidencia de SBO. En el mismo, se apreció un incremento progresivo en la proporción de SBO en los entrevistados a medida que se incrementó el puntaje del CBO: Q1 (0%), Q2 ( 29.4%), Q3 ( 35.7%), Q4 (66.7%) y Q5 (92.3%), con una  $p < 0.0001$ .

Es interesante destacar, que en esta investigación y a diferencia de los trabajos que abordan la temática<sup>(71,74,75,76,77)</sup> ,se realizaron análisis univariados y tres análisis multivariados.

En el análisis univariado se incluyeron las variables que fueron estadísticamente significativas para síndrome de Burnout; sexo masculino (p 0,06), planta permanente (p 0,014), tiempo con el beneficiario (p 0,012), labores de su trabajo en su casa (p 0,05), cantidad de hijos (p 0,016), tiempo de trabajo en la institución (p 0,063) número de pacientes atendidos por día (p 0,066) y las variables del CBO (p<0,0001). Estas últimas, CT con un OR 1.3 (IC 1-1.7, p<0,0001), OR con un OR 1,4 (IC 1,2-1,8 p<0,0001) y TE con un OR 2 (IC 1,5-2,6 p<0,0001), fueron variables independientes en el análisis multivariado uno para predecir síndrome de Burnout.

En el análisis multivariado dos, la variable independiente fue Total CBO, con un OR de 1,3 (IC 1.2-1.5, p<0,0001), significando que el aumento de un punto en la variable, incrementa el riesgo de Burnout en un 34%.

La variable independiente en el análisis multivariado tres, fue el Índice CBO, con un OR 12.3 (IC 5-30; p <0,0001); si el índice CBO es  $\geq$  a 21, se incrementa doce veces el riesgo de Síndrome de Burnout.

## **6.2. Limitaciones**

Las limitaciones de la presente investigación, están relacionadas con la cantidad de profesionales intervinientes y la profesión específica de los mismos, que fueron solo médicos de planta y/o contratados, y también, la misma tuvo en cuenta su trabajo en un solo centro, cosa no frecuente hoy en día, ya que la mayoría de los profesionales involucrados presentan pluriempleo, por lo tanto esta limitación podría involucrar la validez externa de la misma.

De todas formas, creo que del total de la población encuestada (n=163), la muestra obtenida (n=141) correspondiente al 86% de la población es una muestra muy significativa.

## **6.3. Principales aportes de la tesis.**

Considero que esta es una investigación innovadora, que se centró no solo en determinar y cuantificar las variables asociadas al Burnout, si no que se focalizó en la prevención primaria en salud pública.

Al indicador creado, se lo podría incluir en investigaciones futuras e implementarlo con un fin preventivo, y así proteger a las poblaciones vulnerables de aquellos agentes que puedan generar la enfermedad, evitar o retardar la aparición del síndrome y de disminuir el efecto del SBO sobre la salud de los trabajadores.

#### **6.4. Conclusiones**

En este estudio se pudo evidenciar una elevada tasa de síndrome de Burnout (44%) en médicos de un hospital de alta complejidad de la ciudad de corrientes.

Las variables que componen el SBO, en los médicos que presentaron síndrome de Burnout fueron elevadas; despersonalización, la obtuvo el 96%, cansancio emocional, el 70% y falta de realización personal el 55%.

No se encontraron diferencias en el diagnóstico de Burnout entre los cinco grupos en que fue dividida la población de estudio, teniendo en cuenta el servicio al cual pertenecen.

El área bajo la curva ROC del Índice de CBO para predecir Síndrome de Burnout fue de  $0.85 \pm 0.031$  ( $p < 0.001$ ); y el punto de corte de total CBO  $\geq 21$ , tuvo una sensibilidad del 68% y una especificidad del 84%.

Las variables independientes en los análisis multivariados para predecir síndrome de Burnout fueron: CT, OR, TE, total de CBO e índice de CBO.

Por cada incremento de un punto del total de antecedente (total CBO) se incrementa el riesgo de Síndrome de Burnout un 34 %; y si el índice CBO es  $\geq$  a 21, se incrementa doce veces el riesgo de Síndrome de Burnout.

De los médicos que presentaron SBO, el 84%, estuvo críticamente afectado por las consecuencias del SBO.

## **Bibliografía**

1. Woods R. Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian Doctors. Soc Hist Med. 1996; 9 (1):1-30.
2. De Lorenzo L. El informe de la O.I.T., efectos sobre la salud. Rev. Previsión. 1997; 70: 72-73.
3. Wolfberg E. La salud de los profesionales de la salud: riesgos y prevención. Prevención en Salud Mental. Buenos Aires: Lugar Editorial SA; 2002.
4. Zaldúa G, Lodieu MT. El síndrome de Burnout. El desgaste profesional de los trabajadores de la salud. En Domínguez Mon A, Federico A, Findling L, Méndez AM. La salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2000.
5. Arce HE. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 59. Naciones Unidas. 1997.
6. Belmartino S, Bloch C. Evolución histórica del sector salud en Argentina Cuadernos Médico Sociales. 1995; 70.
7. Ministerio de Salud y Acción Social: Decreto 578/93, Hospitales Públicos de Autogestión. Boletín Oficial, 1º Sección. 13/5/93. Pag 2.
8. Tognoni G. Salud Derecho o Mercancía. Essential Drugs [acceso: 4 de Julio de 2010]. Disponible en [www.essentialdrugs.org](http://www.essentialdrugs.org)
19. Stolkiner A. Prácticas en Salud Mental. Rev. Inv. y Educ. en Enfermería. Medellín, VI (1)- Marzo 1988.
20. Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Lugar Editorial: Buenos Aires, 2004.
21. Souza Minayo C. El Desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. Lugar Editorial: Buenos Aires; 1997.
22. Breilh, J. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e Interculturalidad. Lugar Editorial: Buenos Aires; 2003.

23. Laurell AC. El estudio del Proceso Salud- Enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales. 1986; 37.
24. Almeida Filho A, Silva Paim J. La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. Nº 75. 1999. Rosario
25. de Quiroga A P. Relaciones Sociales, procesos de crisis y cambio y subjetividad. En Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Ediciones Cinco: Buenos Aires; 1998.
26. de Quiroga A P. II Jornadas de Homenaje al Dr. Enrique Pichon-Riviere. [ Fecha de ingreso: Octubre de 2009]. Disponible en <http://www.psicologiasocial.esc.edu.ar/jorna.html>
27. Pichon Riviere E. Citado en Bermann S. Trabajo Precario y Salud Mental. Narvaja Editor. Buenos Aires. 1995
28. Najmanovich D, Lennie V. Pasos hacia un pensamiento complejo en salud. Federación Argentina de Cardiología. [acceso: 14 de Abril de 2008]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/colab/Denise2.htm>
29. Jacob A. La noción de trabajo. Relato de una aventura socio-antropo-histórica. Rev. Sociología del Trabajo. Nº 4. Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo. Buenos Aires. 1995.
30. Giraudo E. Salud laboral. Jornada Preparatoria. Tribunal permanente por los derechos de las Mujeres a la Salud. Septiembre de 1997
31. Neffa, J C. "Reflexiones Acerca del Estado del Arte en Economía del Trabajo y Del Empleo". En "Trabajo y Empleo". Panaia. Marta (comp). 1996. Coediciones Eudeba. Paite. Bs.As .
32. Castell R. La metamorfosis de la Cuestión Social. 1997. Ed. Paidos. Buenos Aires

33. Longo ME. Un Tiempo incierto. La socialización en el trabajo en un contexto de transformaciones. 7º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo. Disponible en [www.aset.org.ar](http://www.aset.org.ar) (Fecha de Ingreso: Septiembre de 2006).
33. Wisner, A. Ergonomía y condiciones de trabajo. Ed. Area de Estudios e Investigaciones Laborales de la SECYT, CEIL/CONICET. 1988. Humanitas, 300 págs. Buenos Aires.
34. Déjourns, Chr. Citado en Neffa Julio. Reflexiones acerca de la naturaleza y significación del trabajo humano "Nuevas formas del trabajo: producción y organización". 2003. Ed. Area de Estudios e Investigaciones. Laborales de la SECYT, CEIL/CONICET. Buenos Aires.
35. Dejours C. citado por Durán Rojas C. en Psique, soma, institución una lectura de la psicopatología del trabajo. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 2003. Vol XII, 1: 121-131.
36. Neffa J. Reflexiones acerca de la naturaleza y significación del trabajo humano "Nuevas formas del trabajo: producción y organización". Ed. Area de Estudios e Investigaciones. Laborales de la SECYT, CEIL/CONICET. Bs. As. 2003.
37. Duro M A. Calidad de vida laboral y psicología social de la Salud en el Trabajo: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral de origen psicosocial. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. [acceso: 24 de Febrero de 2012].  
Disponible en: <http://www.mtas.es/publica/revista/numeros/56/Inf02.pdf>
38. Dessors D, Moliner P. La psicodinámica del trabajo, en Dessors D, Guiho-Bailly MP. Organización del Trabajo y Salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. 1998. •Editorial Lumen. Buenos Aires.

39. Bermann S. Trabajo precario y salud mental. Buenos Aires: Narvaja Editor;1995
40. Stolkiner, A. "Tiempos Post-modernos: ajuste y salud mental". En "Políticas en Salud Mental". Saidon O, Trolanovski P. ( comp). Buenos Aires: Lugar Editorial. 1994.
41. Woods R. Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian Doctors. Soc Hist Med. 1996; Apr:9 (1):1-30.
42. Lipko E, Dumeynieu M. Vulnerabilidad y riesgos en la emergencia. Praxis Médica. Protección del Profesional. Año 5. Nº 18. 2005. Buenos Aires
43. Wolfberg E. "La salud de los profesionales de la salud: riesgos y prevención" en Prevención en Salud Mental. Buenos Aires: Lugar Editorial SA. 2002.
44. American Medical Association . Council on Mental Health, The sick physician, 1973.
45. Schernhammer E. Taking their own lives- The high rate of Physician Suicide. NEJM 2005. 24;352:2473-2476.
46. Turnes A, Caliope MC, Rodríguez Alma H. Mortalidad de los médicos en Uruguay (primera parte) 1974-2002. Características demográficas. Rev Med. Uruguay 2003; 19:216-22.
47. Rathod S et al. A survey of stress in psychiatrist working in the Wessex Region. Psychiatric Bulletin. 2000; 24:133-136.
48. Sweet M. Bein a caring doctor may be bad for you. BMJ 2003;326:355.
49. Carelli F. Doctors are tending to perceived as inherently bad. BMJ 2004; 328:407.
52. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30; 288(16):1987-93.



53. Giberti E. Alerta y Cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. Burnout. Revista de Derecho Penal Integrado- Año II- Nº 3- 2001.
54. De Angelis Nilda. Síndrome de Burnout. En Prevención en Salud Mental. Buenos Aires: Lugar Editorial SA. 2002.
55. Moreno Jiménez B. y col. "La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Rev. Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Madrid. 1997; 13:2,185-227.
56. Martínez M, Guerra P. Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social. Año 6, Nº 23- 45. 1997.
57. Pines A, Aronson E. Citados por Castillo Ramírez S. El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. Med. Leg. Costa Rica v.17 n.2 Heredia mar. 2001. [acceso 25 de Septiembre de 2010]. Disponible en: [www.scielo.org](http://www.scielo.org)
58. Moreno B, Oliver C y Aragonese A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral, en Buela-Cassal G. y Caballa V.E. Manual de Psicología Clínica Aplicada. Pp. 271-284. Madrid: Siglo XXI.
59. Atance Martínez JC. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario. Rev. Esp. Salud Pública vol.71 n.3 Madrid. 1997. [acceso 12 de Junio de 2006]. Disponible en: [www.scielo.org](http://www.scielo.org)
60. Perel de Goldvarg N. El estrés y el síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la Interdisciplina. 2000, 17/18.
61. Maslach C; Jackson S. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour Vol. 2.99-113 (1981).
62. Tonon G. Calidad de Vida y Desgaste Profesional. Una mirada del Síndrome de Burnout. 1º Edición. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2003

63. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268. 1999. [acceso 26 de Mayo de 2011]. Disponible en:

[http://www.um.es/facpsi/analesps/v15/v15\\_2pdf/12v98\\_05Llag2.PDF](http://www.um.es/facpsi/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF)

(Fecha de Ingreso: 26 Mayo de 2011)

64. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. 2001. [acceso: 2 de Noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.psycologia.com/articulos/ar-pgil.htm>

65. Cherniss C Citado en Martínez M, Guerra P. Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. *Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social*. Año 6, Nº 23- 45. 1997.

66. Caplan. Citado en Zaldúa G, Lodieu MT. El síndrome de Burnout. El desgaste profesional de los trabajadores de la salud. En Domínguez Mon A, Federico A, Findling L, Méndez AM. *La salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Dunken, 2000.

67. Rivera Delgado A. Citada en Zaldúa G, Lodieu MT, Dilemas éticos relacionados con el Síndrome de Burnout en *Investigaciones en Salud*. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Vol. 2. Nº. 1 y 2.

68. Moreno Gimenez B. CBB: Criterios Diagnósticos. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid. Información enviada por el Dr. Moreno Gimenez a través de correo electrónico (Ver anexo II)

69. Hernandez-Aguado, B. Lumberas Lacarra. Concepto y funciones de la salud pública. Cap 2, pag 7. *Manual de Epidemiología y Salud Pública*. Editorial Médica Panamericana 2005.

70. Zaldúa, G; Lodieu,MT ;Koloditzky D. La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Rev. Hosp.. Mat. Inf. Ramón Sardá 2000, 19 (4).
71. Delgado Rivera A. citada en Zaldúa G, Koloditzky D Lodieu MT. El síndrome de Burnout en Hospitales Públicos. Revista Médica Vol II. N°1- 2000.
72. Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats, Florencia Braga. El síndrome de Burnout en médicos hispanoamericanos. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230 N.º 2 - Marzo-Abril 2009
- 73 .Trindade Lde L, Lautert L, Beck CL. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. Rev Lat Am Enfermagem. 2009; 17:607-12.
74. Hernández JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cubana Salud Pública v.29 Nª 2 Ciudad de La Habana Mayo-Ago. 2003
75. Ghieso, PA. El Síndrome de Burnout en Trabajadores de la Salud del Hospital Local "Enrique Marengo" del Centro de Salud N° 10 y del Servicio de Psicopatología del Hospital General "Diego Thompson del Partido de General San Martín de la Provincia de Buenos Aires. Tesis de Maestría. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Rios. Argentina. 2003
76. Albanesi de Nasetta., S. Burnout en guardias médicas. Alcmeon Año XIV, vol 11, N°3, junio de 2004. Buenos Aires
77. F. Goncalves Estella, J. Aizpiri Diaz, J.A. Barbado Alonso, et al. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. Medicina General 2002; 43: 278-283

# ANEXOS

## Cuestionario Breve de Burnout (CBB)

---

1- Edad.....años

2- Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

3-Relación de pareja: 1. Con pareja habitual 2. Sin pareja habitual  
3. Sin pareja

4- Hijos: Si:..... No:.....

5- Estudios realizados de posgrado:

1. Especialista 2. Magister 3. Doctorado 4. Otros 5. Ninguno

6. Especialidad:

7-Cargo que ocupa actualmente:

Director.... Jefe de Servicio... Jefe de sala.... Médico de sala  
Otro:.....

8. Sector o servicio en el que trabaja

.....

9- Situación contractual:(planta, contratado,otros) .....

10- Tiempo de ejercicio de la profesión:..... años

11- Tiempo que lleva trabajando en la misma institución:..... años

12-Turno/s en el/los que trabaja: 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche

13- Número de horas que trabaja a la semana: .....horas

14- Número de personas que atiende diariamente en una jornada laboral habitual: .....

15-¿Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo? :

1. Más del 75% 2. El 50% 3. Menos del 30%

16.- Tiene que realizar labores de su trabajo en casa:

1. Si 2. No

**Este cuestionario es totalmente anónimo, los datos tendrán un tratamiento estadístico. Por favor, conteste las preguntas siguientes. En las preguntas donde aparecen varias opciones de respuesta, marque con una cruz (X) la que corresponde a su respuesta.**

	En ninguna ocasión	Raramente o poco.	Algunas veces.	Frecuente-mente	Siempre
1.En general estoy mas bien harto de mi trabajo					
2.Me siento identificado con mi trabajo					
3.Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.					
4.Mi jefe me apoya en las decisiones que tomo.					
5.Desde el punto de vista personal, mi trabajo profesional no me motiva lo suficiente en la actualidad.					
6.Mi trabajo actual carece de interés.					
7.Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor.					
8.Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.					
9.Las relaciones humanas que establezco en el trabajo me resultan satisfactorias.					
10.Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.					
11.Las personas que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.					

12.Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso.					
13.Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal (dolor de cabeza, insomnio, pérdida del apetito, etc.)					
14.Mi trabajo es muy repetitivo					
15.Me siento estresado por mi trabajo.					
16.Me gusta el ambiente y las condiciones físicas de mi trabajo.					
17.El trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales.					
18.Procuro no involucrarme emocionalmente con los pacientes con los que trabajo.					
19.El trabajo que realizo se aleja de lo que hubiera deseado.					
20.Mi trabajo me resulta muy aburrido.					
21.Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.					

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Próximamente se le devolverá la información recogida

**Anexo II:**

**CBB**

**CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT**

Bernardo Moreno Jiménez

Dpto. Psicología Biológica y de la Salud

UAM

bernardo.moreno@uam.es

**CUESTIONARIO C.B.B.**

**Este Cuestionario es totalmente anónimo, los datos**

**tendrán un tratamiento estadístico**

**Por favor, conteste las cuestiones siguientes.**

**En las preguntas donde aparecen varias opciones de respuestas,**

**rellene con un círculo la que corresponda.**

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la opción deseada.

**1. En general estoy más bien harto de mi trabajo.**

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la  
mayoría ocasión veces de  
ocasiones

**2. Me siento identificado con mi trabajo.**

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría  
ocasión veces de ocasiones

**3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.**

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría  
ocasión veces de  
ocasiones

**4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo.**

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la  
mayoría ocasión veces de  
ocasiones

**5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales**

1-----2-----3-----4-----5  
Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo  
Totalmente en desacuerdo de  
acuerdo

**6. Mi trabajo actual carece de interés**

1-----2-----3-----4-----5  
Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo  
Totalmente en desacuerdo de  
acuerdo

**7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor.**



1-----2-----3-----4-----5  
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la  
 mayoría ocasión veces de  
 ocasiones

**8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo**

1-----2-----3-----4-----5  
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la  
 mayoría ocasión veces de  
 ocasiones

**9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí**

1-----2-----3-----4-----5  
 Nunca Raramente Algunas Frecuentemente Siempre  
 veces

**10. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.**

1-----2-----3-----4-----5  
 Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo  
 Totalmente en desacuerdo de  
 acuerdo

**11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.**

1-----2-----3-----4-----5  
 Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo  
 Totalmente en desacuerdo de  
 acuerdo

**12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso.**

1-----2-----3-----4-----5  
 Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo  
 Totalmente en desacuerdo de  
 acuerdo

**13. Considera Vd. que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (Dolor de cabeza, insomnio, etc.)**

1-----2-----3-----4-----5  
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

**14. Mi trabajo es repetitivo**

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la  
mayoría ocasión veces de  
ocasiones

**15. Estoy quemado por mi trabajo**

1-----2-----3-----4-----5  
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

**16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo**

1-----2-----3-----4-----5  
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

**17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales**

1-----2-----3-----4-----5  
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

**18. Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo**

1-----2-----3-----4-----5  
Nunca Raramente Algunas Frecuentemente Siempre  
veces

**19. El trabajo que hago dista de ser el que yo hubiera querido**

1-----2-----3-----4-----5  
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

**20. Mi trabajo me resulta muy aburrido**

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la  
mayoría ocasión veces de  
ocasiones

21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la  
mayoría ocasión veces de  
ocasiones

### CBB

#### Estructura del Cuestionario y Clave de corrección

Dimensiones:

Factores de burnout : 2,10,16, 6,14,20, 4, 8, 9.

Síndrome de Burnout: 1,7,15, 3,11,18, 5,12,19

Consecuentes del burnout: 13,17,21.

Los ítems subrayados deben ser invertidos, recodificados a la inversa, para obtener las puntuaciones globales de las subescalas correspondientes.

N.B. Para una comprensión adecuada del CBB es conveniente consultar Moreno y Col. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones , 1997, 13,2, pp185-207. El objetivo del CBB es evaluar los factores de burnout, Síndrome y Consecuentes globalmente. Complementariamente puede atenderse a la estructura de subescalas. Para este último punto se sugiere la consulta del artículo mencionado

### **Criterios de diagnóstico:**

**El CBB no está elaborado para evaluar específicamente las subescalas que componen los antecedentes, el burnout y sus consecuencias, sino las escalas globales.**

Para efectos de evaluación global y diagnóstico se puede atender a los siguientes criterios: ( N : 1565 sujetos)

### **Proceso de burnout:**

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
Factores de burnout	9-19	>19-29	>29
Burnout	9-19	>19-25	>25
Consecuencias del burnout	3- 6	>6 – 8	>8

A efectos de diagnóstico se puede considerar que el contexto organizacional es precursor del burnout cuando la puntuación media poblacional es igual o superior a 29 puntos en Factores de Burnout.

A efectos de diagnóstico poblacional o individual del síndrome de burnout se considera que se alcanza el punto de corte a partir de una puntuación igual o superior a 25 puntos. Es decir a partir de 25 puede considerarse que una persona está afectada claramente por el síndrome del burnout.

A efectos de consecuencias de burnout, se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las

consecuencias cuando se alcanza una puntuación igual o superior a 8. En cualquier caso el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias del burnout se deben evaluar complementariamente por un instrumento específico. Hasta ahora no se han elaborado baremos específicos en función del género u otras características sociodemográficas.