



**Universidad de Palermo**

*Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*

---

*Título: El Síndrome de Burnout, en pediatras que se desempeñan en el ámbito de la Salud pública*

---

**Tutora: Dra. Corina Samaniego.**

---

Alumna: *Betiana Spataro*

Legajo: 28505

---

Fecha de entrega: 11/12/2007

---

# ÍNDICE

<b>ALUMNA: BETIANA SPATARO.....</b>	<b>1</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>2</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.</b>	<b>5</b>
<b>BREVE RESEÑA HISTÓRICA.</b>	<b>6</b>
<b>DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.</b>	<b>7</b>
<b>MODELOS DE ANÁLISIS.</b>	<b>10</b>
<b>CONCEPTUALIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME.</b>	<b>13</b>
<b>DESENCADENANTES DEL SB.</b>	<b>13</b>
<b>SINTOMATOLOGÍA.</b>	<b>17</b>
<b>CURSO DEL SÍNDROME.</b>	<b>18</b>
<b><u>CANSANCIO EMOCIONAL DESPERSONALIZACIÓN BAJA REALIZACIÓN.....</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>CANSANCIO EMOCIONAL.....</u></b>	<b><u>20</u></b>
CONSECUENCIAS DEL SB	20
CONSECUENCIAS DEL SB.	21
EL BURNOUT COMO PROBLEMA DE LA SALUD PÚBLICA.	24
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.	25
ESTRÉS LABORAL Y BURNOUT.	25
DEPRESIÓN Y BURNOUT.	27
INSATISFACCIÓN LABORAL Y BURNOUT.	28
CONCEPTO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	28
MEDIDA Y DIAGNÓSTICO DEL SB.	30
INVESTIGACIONES PREVIAS	32
EL BURNOUT EN PROFESIONALES DE PEDIATRÍA.	32
EL BURNOUT EN RELACIÓN AL SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL Y AÑOS DE EJERCICIO DE LA PROFESIÓN.	35
MUESTRA.	36
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	38
PROCEDIMIENTO.	39
RESULTADOS.	40
DISCUSIÓN.	45
CONCLUSIONES.	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	55
ANEXO	58

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las ciencias del hombre han dado en los últimos tiempos un papel creciente al estudio e investigación de lo que acontece al hombre en su experiencia laboral, ya que el mundo del trabajo ha cobrado una importancia capital en occidente, al punto de definirse el valor de una persona por su profesión o empleo, por su ubicación en la estructura formal de una organización o empresa (Pérez Jáuregui, 2005).

Desde hace unos años se ha prestado especial atención a los profesionales que brindan algún tipo de asistencia (médicos, enfermeras, docentes, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), ya que en estas profesiones el riesgo de padecer estrés aumenta considerablemente, alcanzando una importancia preocupante (Neira, 2004).

Estos profesionales confrontan diariamente con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, son responsables por la vida de otras personas, están permanentemente expuestos a límites que le generan sentimientos de impotencia y frustración, trabajan prolongadas jornadas con ritmos irregulares de descanso, tienen sobrecarga de tareas e inseguridad en su puesto y lugar de trabajo, enfrentan riesgos de diversa índole y pueden cometer errores irreparables exponiéndose a demandas por mala praxis, han perdido progresivamente autonomía, jerarquización profesional y en la mayoría de los casos una remuneración digna; tienen dificultades para contar con insumos, infraestructura, recursos humanos y tecnología para trabajar adecuadamente, encuentran limitaciones para capacitarse, soportan fuertes presiones impositivas, etc. En el desgaste ocasionado por afrontar estas situaciones, queda comprometida su propia salud y la calidad de asistencia a los pacientes, aunque muchos no se reconozcan como una población de riesgo para dolencias físicas, psíquicas y emocionales (Pérez Jáuregui, op. cit. 2005).

El estrés laboral es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad actual, fenómeno que se manifiesta tanto a nivel individual, grupal como

organizacional; es una respuesta física y emocional negativa, que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no coinciden con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. Es un trastorno de “adaptación” entre el trabajador y la situación estresora (Pérez Jáuregui, 2000).

El presente trabajo de investigación se enfoca en el estrés asociado a los trabajos asistenciales. A este tipo específico de estrés se lo conoce más comúnmente como “Síndrome de Burnout” o “Síndrome de quemarse por el trabajo” y comenzó a ser estudiado en forma sistemática en la década de los '80 buscando dar una explicación al proceso de deterioro de los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (Esparza, Guerra & Martínez, 2000)

De acuerdo a otras nomenclaturas, se lo denomina “síndrome de desgaste profesional”, “depresión por agotamiento”, “síndrome de quemarse en el trabajo” o “del trabajador quemado”, “síndrome de Tomas”. A lo largo de este trabajo utilizaremos la denominación Síndrome de Burnout (SB) por ser la más conocida y utilizada en las referencias (Pérez Jáuregui, 2000).

El SB es un trastorno adaptativo crónico asociado a un afrontamiento inadecuado de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de quién lo padece y disminuye la calidad asistencial (Pérez Jáuregui, 2005).

Se producen trastornos emocionales, conductuales, sociales, psicosomáticos y familiares. El SB lleva al sujeto a experimentar un rechazo diario, aumenta el ausentismo, se pierde eficacia, se tiende a presentar un comportamiento excesivamente profesional y burocratizado y ante el deseo de cambiar de trabajo, aumenta la rotación de puestos y el abandono profesional (Gil Monte, 1997).

La presencia de SB ha sido estudiada en los diversos niveles asistenciales sanitarios. Investigaciones previas han puesto en evidencia que este síndrome afecta a todo el personal de los servicios de salud: médicos,

enfermeras, personal auxiliar, y de todas las especialidades, adultos, niños y neonatales (Neira, 2004).

Un estudio realizado en el hospital de Niños de Buenos Aires entre el 2005-2006, muestra que el 8,8% de los médicos pediatras de dicho hospital presentaban Burnout (Farías B, 2006).

Por lo expuesto anteriormente, se decidió realizar un estudio en el servicio de pediatría de un hospital público, ubicado en la Provincia de Buenos Aires, en el cuál realicé las Prácticas Profesionales, con el propósito de investigar la existencia del Síndrome en los profesionales médicos de dicho servicio de manera de conocer la magnitud y características de este fenómeno con el fin de proponer estrategias de abordajes que posibiliten o promuevan una mejor atención.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

En el año 2006 se inició la investigación sobre el síndrome de burnout en pediatras de este hospital, ubicado en una la localidad bonaerense.

El estudio tenía tres objetivos:

- 1) Establecer la proporción de profesionales médicos que presentan SB entre los profesionales médicos del servicio de pediatría de dicho hospital.
- 2) Determinar la presencia de síntomas y subescalas que denotan tendencia a padecer Burnout.
- 3) Determinar la presencia de SB según variables sociodemográficas tales como, edad, sexo, estado civil y años de ejercicio de la profesión.

## BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

El término inglés “burnout” alude a estar fundido, quemado, agotado, gastado, fatigado, exhausto, consumido, apagado (Neira, 2004).

Este término, que tiene su origen en la industria aeroespacial, designa el agotamiento del carburador de los cohetes que tiene como resultado el recalentamiento y la rotura de las máquinas (Pérez Jáuregui, 2000).

En el ámbito de la salud, el término Burnout aparece por primera vez en la década del '70, en Estados Unidos. Esparza, Guerra y Martínez (2000) identifican dos fases en la evolución de éste constructo: una *fase inicial* que se enfoca en la descripción clínica del fenómeno, a partir del cuál surge el desarrollo conceptual del síndrome; y posteriormente una *fase empírica* cuyo énfasis radica en la realización de investigaciones con el fin de evaluar y medir el SB.

Fue el psicólogo clínico Freudenberguer quién, en 1974, lo empleó por primera vez en el ámbito de la salud, aludiendo a un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones de ayuda y servicio social en la que existía una relación constante y directa con otras personas, que son los beneficiarios directos de su acción profesional. Este autor, quién trabajaba en una clínica de desintoxicación en Nueva York, observó lo que sucedía con jóvenes voluntarios, que siendo en un comienzo entusiastas y vigorosos, al final del primer año de práctica institucional sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes (Pérez Jáuregui, op. cit. 2000).

En forma paralela Maslach, una investigadora de Psicología Social, estudiaba el modo a través del cuál las personas alcanzaban el máximo nivel de “arousal” emocional en el trabajo. Se interesó particularmente en las estrategias cognitivas de afrontamiento. Luego descubrió que ambos, el “arousal” y las

estrategias cognitivas, tenían implicancias importantes en la identidad de estos profesionales y en su conducta de trabajo. Al describir este fenómeno constató que correspondía al aún poco investigado fenómeno de Burnout. Entonces, Maslach y sus colaboradores adoptaron este término y reorganizaron sus intervenciones (Esparza, Guerra & Martínez, 2000).

En este primer momento, el concepto empezó a expandirse, con varios significados diferentes por lo que se hizo necesario analizar y precisar la conceptualización del Síndrome. Maslach y Jackson fueron las principales investigadoras que se preocuparon posteriormente en conceptualizar el SB (Gil Monte, 1997).

Fue a partir de la década del `80, casi 10 años después de la aparición del término, que el trabajo acerca del Burnout comenzó a ser más preciso, constructivo y empírico. Comenzaron a realizarse estandarizaciones de la medida del síndrome, contando con investigaciones, definiciones, datos más precisos y estudios más completos desde el punto de vista metodológico. En parte el desarrollo teórico del tema ha ido unido al desarrollo de los instrumentos de evaluación (Esparza, Guerra & Martínez, op. cit. 2000).

## DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

Una de las dificultades fundamentales en el estudio del SB ha sido su definición.

Aún en la actualidad, no existe una conceptualización unánime aceptada sobre este síndrome, pero existe consenso en considerar que aparece en un individuo como respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización (Gil Monte, 1997).

Pérez Jáuregui (2005) define al Burnout como un sentimiento de inadecuación personal y profesional que se manifiesta en un cansancio emocional muy fuerte, conduciendo a una pérdida de motivación por lo que se hace y que suele desembocar en un sentimiento angustioso de fracaso laboral. Esta autora argentina, sostiene que el Burnout no es más que un intento de adaptación a la pérdida progresiva de los ideales que caracterizaban la esencialidad de la profesión elegida, de los objetivos y energía necesarias para el ejercicio de las profesiones de ayuda humana, causada por las dificultades del trabajo, su presión y excesiva demanda, sin la suficiente ayuda o contención en las organizaciones donde se trabaja. Es padecida sobre todo, por profesionales con alto nivel de expectativas e ideales de ayudar, curar a toda costa, sin mediar suficientemente el juicio de realidad respecto de las posibilidades concretas del paciente y sus contexto. De ahí que esta posición de distinta intensidad de omnipotencia sufra choques con la realidad que van minando progresivamente la energía y los recursos cognitivos del profesional.

Según Gil Monte (1997) en la delimitación conceptual del síndrome de burnout pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

La *perspectiva clínica* entiende el SB como un *estado* al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La *perspectiva psicosocial* apunta hacia su consideración como un *proceso* que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. La diferencia estriba en que el síndrome de Burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral y, por el contrario, el síndrome de quemarse como proceso asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez diferenciada.

Dentro de la perspectiva clínica se encuentran Freudenberguer (1974, citado en Gil Monte 1997), Pines y Arosón (1988, c.p. Gil Monte 1997) y Fisher (1983, c.p. Gil Monte 1997). Desde este enfoque, Freudenberguer (1974, c.p. Gil Monte 1997) señala que el SB hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los

profesionales que trabajan en forma directa con personas en la prestación de servicios.

Pines y Arosón (1988, citado en Gil Monte 1997) lo definen como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima.

Fisher (1983, citado en Gil Monte 1997) considera que el SB debe ser entendido como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos.

Entre los autores que abordan el SB desde la perspectiva psicosocial están: Maslach y Jackson (1981), Golembiowski (1983), Leiter (1988), Shaufeli y Dierendonk (1993) y Gil Monte (1994). Desde esta perspectiva, el SB se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo-actitudinales (baja realización personal) variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización) (Gil Monte, 1997).

En la actualidad, la perspectiva psicosocial es la más aceptada y utilizada a la hora de definir el Burnout. La mayoría de los autores asumen la definición elaborada por Maslach y Jackson (1981 c.p Gil Monte, 1997) quienes señalan que el síndrome de burnout debe ser conceptualizado como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad. Podemos entender las tres dimensiones citadas de la siguiente manera:

- Cansancio Emocional (CE): haría referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes.

- Despersonalización (DP): supondría el desarrollo de actitudes y repuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

- Reducida realización personal (RP): conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un autoconcepto negativo como resultado, muchas veces inadvertido, de situaciones ingratas.

Los demás autores que se ubican dentro de esta perspectiva también conceptualizan este fenómeno como un síndrome de falta de realización personal en el trabajo, cansancio emocional y despersonalización, pero como veremos más adelante, se establecen diferencias entre ellos al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas (relación antecedentes-consecuentes) en el desarrollo del proceso del síndrome (Gil Monte, 1997).

Aunque algunos autores han señalado la falta de consenso a la hora de darle una definición, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory (MBI), planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach y Jackson haya sido utilizado de forma casi unánime por los distintos autores para realizar sus investigaciones, nos hace pensar que sí existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada de SB es la que ofrecen estas autoras (Gil Monte, op.cit. 1997).

## MODELOS DE ANÁLISIS.

Los modelos ofrecen ciertas claves para interpretar, comprender, explicar el problema laboral que nos convoca. A continuación expondremos varios de ellos sin pretender ser exhaustivos en su presentación.

## 1. Modelo transaccional.

Para Lazarus y Folkman (1986) el estrés es una relación entre la persona y el entorno que es percibida por la persona como impuesta o excediendo sus recursos y poniendo en peligro su bienestar. Este enfoque enfatiza las maneras en que los factores individuales son características predisponentes - por ejemplo, motivaciones, actitudes y experiencia- determinando la percepción y valoración de las demandas ambientales y situacionales, influyendo esta evaluación en los modos de afrontamiento, las respuestas emocionales y a largo plazo, teniendo efectos en la salud de los individuos.

Lazarus (1986) advirtió, respecto del estrés laboral, la naturaleza dinámica del proceso por la cuál el estrés varía a través del tiempo y cambia según sea el contexto específico en el que el trabajo se desempeñe.

La interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo conducen a trastornos psicológicos y a conductas insanas y finalmente – de persistir tal interacción- a la enfermedad (Pérez Jáuregui, 2000).

## 2. Teoría ecológica del desarrollo humano.

Podemos citar como su representante más importante a Bronfenbrenner (1987). Desde esta teoría, el burnout representa un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que la persona participa de modo directo e indirecto.

Cada uno de estos contextos (familiar, político, económico, administrativo, clínico, etc) posee su propio código de relaciones, normas y exigencias, que en ciertas condiciones, pueden interferirse mutuamente. (Bronfenbrenner, op.cit. 1987).

### 3. Teoría cognitiva.

Esta teoría afirma que las percepciones del sujeto actúan de filtro de la situación. Es decir, los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. El burnout va a depender entonces, del modo cómo el profesional percibe su trabajo y la relación con sus pacientes y colegas. El ideal de desempeño, para no sufrir burnout, tendría que ver con un interés distante, manteniendo un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional (Beck, 2000).

### 4. Teoría social y de las organizaciones.

Golembiewski, Hilles y Daly, (1979, citado en Pérez Jáuregui, 2000), son figuras centrales de este modelo explicativo, para el cual el burnout es el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores.

### 5. Modelo humanístico- existencial.

La personalidad se proyecta en las realizaciones y hechos que expresan la búsqueda de sentido que anima a todos los seres humanos. Búsqueda que los lleva a imaginar, desear y organizar una existencia de desarrollo de valores para él y la sociedad en la cuál existe (Pérez Jáuregui, 2005).

Ese proyecto de vida laboral puede sufrir algunas alteraciones que hacen peligrar la realización del sí mismo auténtico. Nos estamos refiriendo a un proyecto de vida laboral que se estructura en base a la sobreadaptación. En ese caso, el individuo se adaptaría excesivamente a los requerimientos del mundo externo, en una actividad sacrificada y sostenida a lo largo del tiempo, en desmedro de su persona. Busca responder con gran autoexigencia. Es lo opuesto a la modalidad inadaptada ya que la identidad de rol está sobredimensionada respecto de la identidad de sí. Se privilegian el rol y las expectativas sobre el rol laboral, desoyéndose lo privado, personal e íntimo,

pudiéndose observar cómo el rol “traga” a la persona del profesional. Desde este modelo, las cuestiones acerca del rol como conflicto o ambigüedad de rol son factores centrales, presentes en el origen del SB (Pérez Jáuregui, 2000).

## CONCEPTUALIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME.

### Desencadenantes del SB.

Considerando que el fenómeno Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se han hipotetizado diversas causas del síndrome, pero éstas, al igual que la definición del mismo, varían según los autores.

Una investigación llevada a cabo en un hospital general de Buenos Aires, por Zaldúa y Lodieu (2000), muestra evidencias de situaciones productoras de estrés en los médicos. Estas autoras sostienen que el creciente desempleo, la pérdida de protección social del estado y la progresiva desigualdad social crean vulnerabilidad en los profesionales de la salud. El personal asistencial recibe las pruebas del daño social y la tarea se vuelve más estresante, la desprotección social impacta al profesional y a la vez limita sus posibilidades terapéuticas. La caída del valor social de la profesión y el ambiente deteriorado en donde se realiza la práctica profesional son otros elementos que se aúnan para crear condiciones de vulnerabilidad.

Pérez Jáuregui (2000) establece que existen cuatro factores inherentes a experimentar sufrimiento y estrés laboral, estos son: la naturaleza de la tarea, la variable organizacional e institucional, la variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social) y la variable individual (características del profesional como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad).

A su vez, esta autora menciona seis causas principales de SB que concuerdan con algunas de las resultantes en la investigación de Zaldúa & Lodieu (2000). De esta forma, Pérez Jáuregui (2000) sostiene que el continuo y

sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte; la caída del valor social de la profesión en nuestro país; la sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes; la presencia de patologías cada vez menos reversibles; la carencia de recursos y la presión horaria; la merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo; la cada vez más inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis y el resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías, serían las causantes más importantes de este síndrome.

Según Gil Monte (2001), el SB puede ser entendido como una experiencia resultante de la combinación de estresores originados en el entorno social, en el entorno laboral y en el propio sujeto. Este autor tiene una perspectiva transaccional, entendiendo al SB como el resultado de un proceso de interacción mediante el cuál el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el cual los factores ambientales (en especial el estrés del rol) son elementos desencadenantes de importancia fundamental, mientras que las variables personales cumplen una función facilitadora o inhibidora. Por tanto, la percepción que el sujeto tenga de los estresores ambientales y de sus capacidades junto a las estrategias de afrontamiento que emplee para afrontar el estrés determinarán el grado subsecuente de sentirse quemado por el trabajo.

Las estrategias de afrontamiento que promueven evitación, aislamiento, negación y pasividad aumentan la posibilidad de burnout, también la falta de apoyo familiar y social en relación al desempeño y a las circunstancias laborales, las relaciones interpersonales negativas. (Neira, 2004).

En general, la mayoría de los autores concuerdan en que los estresores laborales objetivos y percibidos, y las variables personales juegan un papel relevante en el desarrollo del síndrome. Sin embargo, identificar todos los desencadenantes y facilitadores del SB, es una tarea de alta complejidad, ya que cualquier situación crónica molesta del entorno laboral puede ser un estresor, y por lo tanto, un desencadenante o facilitador del síndrome. No obstante, es posible identificar conjuntos estimuladores en el trabajo que con frecuencia llevan a la experiencia de Burnout, también se pueden identificar

determinadas características personales que hacen más vulnerables a la personas ante estos elementos.

Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991 en Esparza, Guerra & Martinez, 2000) presentan una clasificación de las dimensiones de vulnerabilidad al síndrome:

A. Componentes personales Premórbidos: variables personales y familiares y características de personalidad que aumentan la susceptibilidad personal:

- *Edad:* en relación con la cantidad de experiencia en la profesión: a medida que pasan los años se adquiere mayor seguridad en la tarea y disminuye la vulnerabilidad a la tensión laboral, por lo tanto, los sujetos más jóvenes serían más vulnerables al Burnout.

- *Sexo:* las mujeres sobrellevan mejor que los hombres las situaciones conflictivas en el trabajo, pero ellas engrosan cada vez más las filas de los trabajadores afectados por el SB por tener que hacer frente a una sobreabundancia de tareas laborales y domésticas.

- *Variables familiares:* la estabilidad afectiva y la paternidad o maternidad conservan el equilibrio necesario para hacer frente a las situaciones conflictivas.

- *Personalidad:* el Tipo A de personalidad, caracterizado por extrema competitividad, impaciencia y esfuerzo por el logro, ha sido identificado como un predictor significativo de SB. Esto ha surgido que la conducta Tipo A puede predisponer al Burnout, directamente a través del trabajo del individuo en el cual basa su capacidad e indirectamente con una conducta que minimiza las interacciones sociales, es decir, el acceso a un adecuado soporte social, los cuales son conocidos moderadores del SB. Además se argumenta que la personalidad Tipo A no solo experimenta un alto estrés, sino que también se orienta a trabajos estresantes, caracterizados por ser altamente competitivos y con una carga excesiva de trabajo.

B. Inadecuada formación profesional: que fomenta expectativas y la desconexión entre los conocimientos teóricos y su aplicación práctica, sin aportar habilidades para el enfrentamiento del estrés laboral. Para Wilder y Plutchik (1981 en Esparza, Guerra & Martínez, 2000) los efectos más comunes de la formación universitaria son: los excesivos conocimientos teóricos, el escaso entrenamiento en habilidades prácticas, la falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional y manejo de la propia ansiedad, la falta de información sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que se va a desarrollar el trabajo.

C. Precariedad de las condiciones del entorno laboral: producto del énfasis sobre los intereses productivos por encima de la satisfacción de los trabajadores, Herzberg, Mausner y Synderman (1959 en Esparza, Guerra & Martínez, 2000), las divide en:

1. *Variables intrínsecas o motivacionales:* relacionadas con el contenido del trabajo e indicadores del grado en que la empresa estimula las capacidades del profesional: autonomía para la toma de decisiones, variedad en las ocupaciones, volumen del trabajo, importancia de la labor, promoción del personal, desarrollo profesional, etc.

2. *Variables extrínsecas,* a su vez agrupadas en tres categorías:

- Físicas (condiciones de habitabilidad del entorno laboral): espacio, iluminación, higiene, temperatura.

- Sociales (personas en contacto directo con el sujeto en el escenario laboral): clientes, compañeros, jefes, supervisores, etc. junto con las intrínsecas, las variables sociales son las más relacionadas con el desgaste profesional.

- Organizacionales: trámites burocráticos, estructura jerárquica, normas y reglas, etc.

## Sintomatología.

La descripción más aceptada en la actualidad son las tres dimensiones planteadas por Maslach y Jackson (1981 citado en Esparza, Guerra & Martínez 2000). Las cuales se describen a continuación:

1. Cansancio Emocional: definido como desgaste, agotamiento, fatiga. Puede manifestarse tanto física como psíquicamente, representa el vaciamiento de los recursos emocionales y personales, experimentándose la sensación de no tener más nada que ofrecer profesionalmente.

2. Despersonalización: pone de manifiesto un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia las personas, especialmente las beneficiarias de su trabajo. Se incrementa la irritabilidad y pérdida de motivación, cinismo y hostilidad hacia los pacientes o alumnos y también hacia sus compañeros de trabajo.

3. Falta de realización personal: se traduce en respuestas negativas hacia uno mismo y su labor, típicas de los estados depresivos, evitación de las relaciones interpersonales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima.

Estos síntomas van acompañados de somatizaciones que van desde trastornos funcionales a lesiones según el grado de avance del problema: trastornos cardiovasculares y accidentes cerebrales, insomnio, hipertensión arterial, cefaleas, trastornos articulares y musculares, dolores generalizados, malestares indefinidos, entre los mas relevantes (Pérez Jáuregui, 2000).

En relación a los síntomas psiquiátricos: falta de entusiasmo o interés, dificultad para concentrarse, tensión constante, permanente estado de alerta, actitud defensiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, negativismo, conducta de

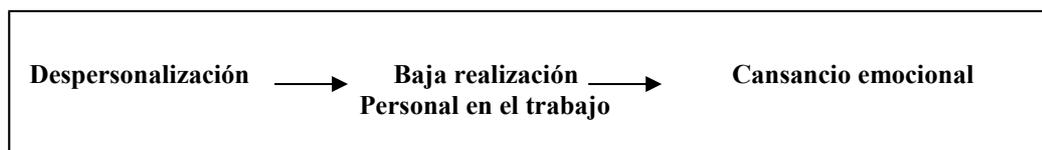
autosacrificio, sueños repetitivos de situaciones laborales y sentimientos penosos asociados a culpa, frustración, tristeza, desesperanza, desasosiego.

En relación a los síntomas laborales: sobreinvolucramiento (llevan trabajo a casa, aumentan horas a las prescritas, etc.), no comparten ni delegan trabajo, ausentismo (Zaldúa & Lodieu, 2000).

### Curso del síndrome.

Entre los estudios que abordan el SB desde una perspectiva psicosocial, como un proceso creciente que atraviesa distintas etapas, se establecen diferencias entre ellos al considerar el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan los síntomas que la integran (baja realización personal en el trabajo, cansancio emocional y despersonalización) (Gil Monte, 1997).

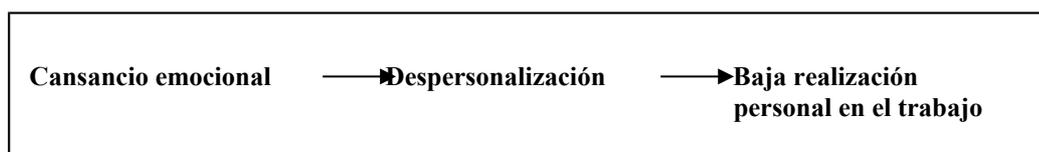
El primer modelo que aparece en la literatura resultado de estudios empíricos es el desarrollado por Golembiewski, Muzenrider y Carter (1983, citado por Gil Monte, 1997). Para estos autores el síntoma inicial del síndrome es el desarrollo de actitudes de despersonalización, un mecanismo disfuncional de afrontamiento de estrés. Posteriormente los sujetos experimentan baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo cansancio emocional.



Este modelo fue desarrollado desde el modelo de fases. Tomando como referencia las puntuaciones en las tres escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI) y tras dicotomizarlas en función de la media, los sujetos son asignados a un grupo en cada escala (alto vs. bajo) según la puntuación obtenida sea superior o inferior a la media. La combinación de la puntuación en las tres escalas determina la fase a la que es asignado el sujeto. Así un sujeto que en las tres escalas puntúa por debajo de la media se considera que esta en la

primera fase del proceso de Burnout, si puntúa superior a la media en despersonalización, pero inferior en falta de realización personal en el trabajo y cansancio emocional se considera en la segunda fase, y así sucesivamente hasta llegar a la fase 8 en la que el sujeto puntúa por encima de la media en las tres escalas del MBI.

Dadas las insuficiencias teóricas y metodológicas de este modelo, Leiter y Maslach (1988 citado en Gil Monte 1997) han propuesto un modelo alternativo sobre el proceso de desarrollo del síndrome de burnout. Según este modelo, como consecuencia de los estresores laborales, los sujetos desarrollan sentimientos de cansancio emocional que posteriormente dan lugar a una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender. A su vez, como consecuencia de ello, pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo, esta situación hace que continúen los sentimientos de cansancio emocional, que disminuya su realización personal y que el sujeto desarrolle el síndrome. Leiter considera que, por su importancia, los sentimientos de agotamiento emocional son el elemento central del síndrome. Estos sentimientos generan despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, además de otras consecuencias como falta de compromiso con el trabajo o aumento del absentismo.



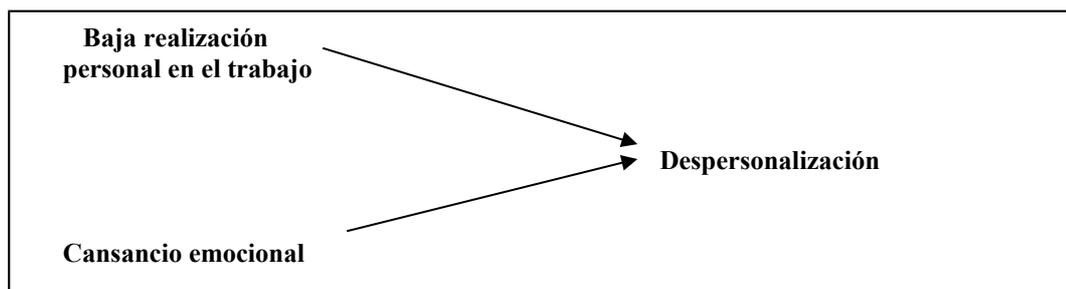
Sin embargo, el mismo Leiter en trabajos posteriores llega a la conclusión que la relación entre despersonalización y realización personal en el trabajo, inicialmente hipotetizada, no resulta significativa. Por ello Leiter (1993 citado en Gil Monte 1997) ha reformulado las relaciones hipotetizadas inicialmente entre las dimensiones del MBI y ha planteado un nuevo modelo.

Como en el modelo anterior Leiter sostiene que los sentimientos de cansancio emocional surgen como la respuesta inicial del sujeto a los

estresores del entorno laboral, y cuando aumentan y se hacen crónicos los profesionales desarrollan actitudes de despersonalización como una forma de tratar con ellos. Pero, a diferencia del modelo anterior, en el modelo nuevo, Leiter no considera los sentimientos de despersonalización como mediadores entre las otras dos variables, sino que por el contrario, los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son una causa directa de los estresores laborales. Además aún no se hipotetiza ningún tipo de relación entre los sentimientos de realización personal en el trabajo y los de despersonalización.



Debido a las insuficiencias de las perspectivas anteriores, Gil Monte, Peiró y Valcárcel (1998) han desarrollado una alternativa teórica a las presentadas. Para estos autores el proceso de desarrollo del SB se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de cansancio emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.



## Consecuencias del SB.

Las consecuencias que ocasiona el SB sobre las personas son diversas y revisten una extraordinaria importancia en la vida y en el rendimiento laboral de los mismos.

Gil Monte establece dos tipos de consecuencias que se derivan del SB: consecuencias para el propio profesional y consecuencias para la organización. Cuando el síndrome es estimado mediante el MBI, las consecuencias para el sujeto se asocian más intensamente con los sentimientos de agotamientos emocional, mientras que las que se derivan para la organización vienen asociadas más intensamente a los componentes actitudinales del síndrome: baja realización personal en el trabajo y despersonalización, y en menor medida los sentimientos de agotamiento emocional (Gil Monte, 1997).

### 1. Consecuencias para el individuo:

Múltiples estudios ofrecen relaciones significativas entre el SB y los problemas psicosomáticos. El análisis de todos los síntomas que aparecen en la bibliografía relacionados con SB permite afirmar que aparecen implicados todos los sistemas del organismo (Gil Monte, 1997).

*Índices emocionales:* sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia y de omnipotencia.

*Índices actitudinales:* no verbalizar, cinismo, apatía hostilidad y suspicacia.

*Índices conductuales:* agresividad, aislamiento, cambios bruscos del humor, enfado frecuente, irritabilidad.

*Índices psicosomáticos:* palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, dolores cervicales y de espalda, fatiga, alteraciones menstruales, diarrea, jaqueca, insomnio.

Dentro de las consecuencias que afectan al individuo, éstas repercuten tanto sobre la salud del individuo como en sus relaciones sociales. La sintomatología que se deriva a nivel psicosomático es la que tiene mayores repercusiones percibidas sobre la calidad de vida de los profesionales y su salud mientras que los síntomas de los niveles emocional, actitudinal y conductual repercuten mayormente en las relaciones interpersonales que los sujetos establecen (Gil Monte, 1997).

Las consecuencias del SB sobre las relaciones interpersonales se asocian a las actitudes y las conductas de carácter negativa desarrolladas por el sujeto, así como al agotamiento emocional. Este patrón conductual y actitudinal induce un deterioro de las relaciones y un aumento de los conflictos interpersonales.

Maslach (1981 c.p. Gil Monte, 1997) señala que las consecuencias del SB no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario, afectan a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos. El sujeto se muestra en casa irritable e impaciente, un problema que la familia debe aprender a manejar. Los conflictos constantes pueden derivar en enfrentamientos constantes pueden derivar en enfrentamientos matrimoniales y en la separación de la pareja.

## 2. Consecuencias para la Organización:

Aunque la mayor parte de las consecuencias que aparecen asociadas al estrés laboral en las organizaciones de servicio pueden ser asociadas al SB, entre las consecuencias más importantes que repercuten sobre los objetivos y resultados de las organizaciones se encuentran:

- *Satisfacción laboral baja*: la satisfacción laboral se ha considerado una consecuencia actitudinal del estrés laboral. Es uno de los indicadores clásicos y a los que con mayor frecuencia se recurre cuando se persigue conocer la actitud general de las personas hacia su vida laboral. Esto es así dado que el grado de satisfacción puede afectar a la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan los sujetos, como el absentismo laboral, los retrasos en la incorporación del puesto, etc.

- *Propensión de abandono de la organización*: la propensión al abandono de la organización o intención de los sujetos de dejar la organización en las que se encuentran ha tomado relevancia en los últimos años en el área de la investigación de la rotación organizacional. El abandono de la organización por parte de los sujetos va a tener importantes consecuencias negativas para aquella. Entre las consecuencias se puede incluir costos económicos, pérdida de eficacia de la organización para conseguir sus objetivos, alteración de las redes de comunicación, implantación inadecuada de políticas organizacionales, etc.

- *Absentismo*: la relación entre el SB y el absentismo aparece teóricamente justificada. La falta de realización personal en el trabajo supone una actitud negativa hacia el propio trabajo que se hace extensiva a la organización. Por tanto, altos sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal en el trabajo pueden derivar en tasas más altas de absentismo laboral.

-*Deterioro de la calidad de servicio de la organización*: esta consecuencia se deriva de componentes actitudinales y especialmente de las actitudes de despersonalización. Los profesionales llegan a tratar a la gente como si fueran objetos y no como seres humanos. No solamente se adoptan actitudes rutinarias en el desarrollo del servicio sino que se presta menos atención a las necesidades humanas del receptor.

## EL BURNOUT COMO PROBLEMA DE LA SALUD PÚBLICA.

El hecho de producirse cada vez de modo más notorio bajas laborales concedidas bajo diagnósticos como “depresión”, “estrés” y “ansiedad” entre los trabajadores de servicios humanos, especialmente en los profesionales de la salud, educación y servicios sociales, ha llamado la atención a los especialistas para que consideren esta problemática de manera especial (Pérez Jáuregui, 2005).

El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la O.M.S. en el año 2000 está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora. En él señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que este ofrezca una buena calidad de servicio. El informe recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente. Según la O.M.S., los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque esta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema (Gil Monte, 1997).

El síndrome ha sido incluido en algunos textos psiquiátricos y de psicopatología laboral. En el DSM- IV los trastornos más aproximados aparecen bajo la denominación de Trastornos por Ansiedad -DSM-IV, 308,3 Trastornos por estrés agudo-, los Trastornos Adaptativos -DSM-VI, 309.xx, 309.o con estado de ánimo depresivo, 309.24 con ansiedad, 309.28 mixto- (Pérez Jáuregui, 2005).

En los países de la comunidad europea y en los EE.UU se comienza a considerar el SB como una epidemia. En los Estados Unidos es en donde más se lo ha estudiado, señalándose una incidencia en este país mayor al 10% como afección en los profesionales médicos (Pérez Jáuregui, 2000).

Un aspecto a tenerse en cuenta, es que el SB puede no ser reconocido por quién lo padece, o bien, puede ser silenciado por vergüenza o temores de diversa índole. Aún así, hay indicadores que lo evidencian como la falta de disposición a asumir responsabilidades, quejas numerosas sin presentar soluciones, vínculos interpersonales conflictivos, dificultad para realizar tareas habituales, incumplimiento de horarios, enfermedades frecuentes, mayor propensión a accidentes, errores. (Neira, 2004).

Marginson (citado por Perez Jáuregui,2000) revela tasas de suicidio en los médicos, tres veces más altas que en la población en general, el número de cirrosis es tres veces más elevado, y en accidentes de tránsito, las tasas son dos veces superior. Este autor informa que la depresión, el alcoholismo y la adicción a las drogas están más asociados a los psiquiatras y a los anestesiistas. Cita un estudio realizado en 3575 médicos: un 27% presentaba alcoholismo o dependencia a drogas y un 50% ansiedad o depresión.

Dentro de los profesionales de la salud, ciertas actividades o especializaciones son notoriamente sensibles a estos riesgos. Las especialidades más vulnerables, según Pérez Jáuregui, son: pediatría, cirugía, anestesiología, oncología, enfermos terminales, terapia intensiva, HIV/SIDA (Pérez Jáuregui, 2005).

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

### Estrés Laboral y Burnout.

Resulta de gran utilidad el conocimiento desarrollado en torno del concepto de “Estrés Laboral” para comprender el caso particular del estrés laboral denominado Burnout.

El estudio del estrés laboral deriva de la teoría acerca del estrés en general. La Biología, la Medicina y la Psicología han incorporado el término de

estrés, entendiéndola como “el proceso o mecanismo con el cual el organismo mantiene su equilibrio interno, adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias a las que se expone en el medio en que se desarrolla” (Pérez Jáuregui, 2000).

Lazarus y Folkman (1986) proponen una definición de estrés basada en la interacción entre el individuo y el ambiente. Así, el estrés psicológico es una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Para Maslach y Shaufeli (1993 citado en Pérez Jáuregui, 2000), el SB puede ser considerado más específicamente como resultante de un estado de estrés laboral prolongado en el sentido de que las demandas en el lugar de trabajo exceden los recursos individuales.

De acuerdo a Esparza, Guerra y Martínez (2000) la gran diferencia entre el Estrés Laboral y Burnout reside en el hecho de que en este último existe un profesional o un técnico involucrado en una situación de cuidado y/o ayuda que conlleva costos por el proceso de cambio de los atendidos implícito en las características propias del trabajo. Es decir, existe otro en una situación de dolor o sufrimiento y con un potencial de cambio bloqueado, lo que constituiría un factor de estrés directo y específico, lo cual no es considerado en la mayoría de las definiciones clásicas de Estrés Laboral. Estas autoras sostienen que el SB, más que diferenciarse del estrés, es una fase final del Estrés Laboral en la cual el individuo prolongadamente expuesto a este queda en una situación de “agotamiento” de los propios recursos. Sin embargo, esta no es la única diferencia, ya que las características del Burnout como fase final del Estrés Laboral son específicas de los profesionales de los servicios humanos y no comparables a los efectos del prolongado estrés laboral en otras profesiones. En este sentido, el Cansancio Emocional, la Despersonalización y la baja Realización Personal en el trabajo serían exclusivos de las profesiones que buscan responsabilizarse por el cambio de otros a través de una relación personal. En el fondo, más que describir una “enfermedad nueva” el concepto

de SB apunta a resaltar los efectos particulares de una etapa final del Estrés Laboral prolongado y específico de las profesiones de ayuda.

## Depresión y Burnout.

Es en torno a la relación Depresión- Burnout donde se ha experimentado mayor polémica (Esparza, Guerra y Martínez, 2000).

Mientras algunos autores definen el Burnout como un fenómeno social frente a la concepción clínica e individualista de la depresión, otros autores como Freudenberger (1974, citado por Pérez Jáuregui, 2000) consideran la depresión como un síntoma del Burnout.

Según los criterios del DSM-IV se clasifica a un sujeto como depresivo si por lo menos presenta un estado de ánimo depresivo o una pérdida de placer o interés. Sin embargo, los sujetos agotados a menudo informan de una pérdida general de interés pero raramente un estado de ánimo depresivo, en el sentido de sentirse triste o deprimido (Pérez Jáuregui, 2000).

Freudenberger (1981, en Esparza, Guerra y Martínez, 2000) señalan que la depresión se acompaña frecuentemente de culpa, en cambio el Burnout a menudo ocurre en un contexto de rabia. Los síntomas del Burnout, al menos inicialmente tienden a relacionarse con el trabajo y con situaciones específicas más que con situaciones internas. Una depresión “real” se caracteriza por una generalización de síntomas personales a través de todas las situaciones.

Otra diferenciación importante se da en cuanto al curso que presentan ambos cuadros. Por una parte, tanto el SB como la Depresión Endógena se desarrollan lentamente, disminuyendo paulatinamente el estado de ánimo del sujeto. Sin embargo, esta última mantiene un curso periódico (con ciclos de alrededor de seis meses) mientras que el Burnout se mantiene continuo y estable, sin períodos fijos de recuperación. Por otra parte, aunque a Depresión

Psicógena o Reactiva también tiene un curso continuo agudizado por los eventos vitales del sujeto, esta se inicia de forma repentina, no así el Burnout que se inicia paulatinamente (Vallejo 1980 en Esparza, Guerra & Martínez, 2000).

## Insatisfacción Laboral y Burnout.

Si bien existe una fuerte correlación entre ambos términos, estos no son equivalentes. Maslach y Jackson (1997) sostienen que altos niveles de estrés y Burnout puede coexistir con una buena satisfacción laboral.

Algunas investigaciones han considerado al Burnout como antecedente de un bajo nivel de Satisfacción Laboral, otras han considerado el bajo nivel de Satisfacción Laboral como antecedente del Burnout, así como algunos estudios encuentran relaciones significativas entre ellos y otras no las encuentran (Esparza, Guerra & Martínez, 2000).

## CONCEPTO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La consideración del SB como un proceso cognitivo y su inclusión en el marco conceptual del estrés requiere tener en cuenta los procesos de evaluación que tienen lugar en el sujeto cuando éste se enfrenta a una experiencia de estrés o convive con el Síndrome de Burnout (Gil Monte, 2001).

El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1986) son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Estos autores señalan que el proceso de afrontamiento se desarrolla a través de una serie de fases de carácter secuencial y cíclico. En primer término, el sujeto determina si un evento le resulta o no estresante – evaluación cognitiva

primaria-, luego considera posibles respuestas para manejar esa situación – evaluación cognitiva secundaria-, finalmente, pone en marcha conductas para responder a ellas - respuesta conductual-.

El afrontamiento, mediatiza las relaciones estrés- adaptación y las estrategias actúan como factor de protección aumentando las habilidades del sujeto para reducir la probabilidad de desórdenes psicológicos y físicos. Lazarus y Folkman lo consideran recursos Adaptativos, que implican esfuerzos para manejar algo que ocurre fuera de la rutina y que deben ser diferenciados de las conductas adaptativas automáticas que se utilizan en situaciones habituales.

Esto no implica que las estrategias de afrontamiento, una vez aprendidas, puedan transformarse en conductas estables sin requerir para su implementación el esfuerzo inicial. Los autores señalan además, que el afrontamiento no equivale a éxito adaptativo, que debe ser considerado independientemente de sus resultados y que ninguna estrategia puede ser considerada a priori como buena o mala, sino eficaz e ineficaz en función de conseguir mejorar o no la relación del individuo con el entorno.

Las estrategias de afrontamiento podrían categorizarse según se enfoquen en el problema o en la emoción:

- a. Enfocadas en el Problema: son estrategias para modificar al estresor y cambiar la situación. Afectan tanto al entorno (ambiente, obstáculos, etc.) como al sujeto (modificación de sus aspiraciones, búsqueda de canales de gratificación alternativos, desarrollo de nuevas conductas, etc.)
  
- b. Enfocadas en la Emoción: son acciones indirectas o paliativas, donde el sujeto regula su respuesta emocional disminuyendo el trastorno que genera una situación estresante. Se utiliza al percibir que los estresores no pueden ser modificados: el sujeto cambia su reacción emocional para que la situación no le resulte estresante, logrando un nuevo equilibrio.

## MEDIDA Y DIAGNÓSTICO DEL SB.

Desde que el concepto de SB apareció en la literatura de corte psicológico, hace más de tres décadas (Freudenberger, 1974 c.p. Pérez Jáuregui, 2000), se han propuesto diferentes instrumentos para estimarla.

En un primer momento, el síndrome fue descrito a través de la observación clínica. Posteriormente fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación. Estas últimas posibilitaron la creación del “cuestionario”, que resultó el más empleado para estimar este síndrome (Gil Monte, 1997).

El principal problema para conseguir medidas fiables y válidas del síndrome a través de cuestionarios ha sido la vaguedad o amplitud con que este ha sido definido. No obstante después de dos décadas de estudio se pueden identificar diferentes escalas para su medida que ha sido empleadas con mayor o menor frecuencia y éxito (Neira, 2004).

Se han confeccionado varios instrumentos para la valoración del burnout, pero es el MBI (Maslach Burnout Inventory) el más utilizado pues cumple con criterios de confiabilidad y validez convergente y discriminante. Es también uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado. Casi se podría afirmar que a partir de su elaboración se normaliza el concepto de “Burnout”, pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización de MBI, que lo conceptualiza como un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (Gil Monte, 1997).

Se trata de un cuestionario de autoinforme, que fue desarrollado por Maslach y Jackson entre 1981 y 1986, con una versión para profesionales de la salud, otra para educadores y una tercera para trabajadores en general. La versión del MBI en castellano (ver anexo) consta de veintidós ítems que constituyen afirmaciones referidas a afirmaciones y actitudes en el trabajo y

hacia los destinatarios del servicio (pacientes, alumnos, clientes), ante las que el sujeto debe indicar la frecuencia con que experimenta cada una de estas situaciones de acuerdo a la siguiente escala:

El análisis factorial de los ítems realizado por las autoras dio lugar a tres escalas o dimensiones del Burnout, cuyo puntaje se obtiene sumando las frecuencias indicadas por el sujeto ante los ítems correspondientes a cada una de ellas:

- 0: Nunca
- 1: Algunas veces al año
- 2: Una vez al mes
- 3: Varias veces al mes
- 4: Una vez por semana
- 5: Varias veces por semana
- 6: Todos los días

*Cansancio emocional (CE)*. Integrada por 9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo; el elemento con mayor saturación contiene una expresión clara de dicho sentimiento: “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”

*Despersonalización (DP)*. Compuesta por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Los elementos de esta escala describen una respuesta interpersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional.

*Realización personal (RP)*. Esta compuesta por 8 ítems que expresan eficiencia y realización exitosa del trabajo: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. En contraste con las otras dos escalas, las puntuaciones bajas son indicativas del síndrome.

Maslach y Jackson recomiendan mantener separadas las puntuaciones de cada escala y no combinarlas en una puntuación única. Este instrumento no

arroja un puntaje total que determine presencia o ausencia de Burnout sino puntajes individuales para cada una de las tres dimensiones.

Altas puntuaciones en las escalas CE y DP, y bajas puntuaciones en la escala RP permitirían componer el síndrome. El puntaje de cada subescala se categoriza como bajo, medio o alto de acuerdo a puntos de corte predeterminados para cada cultura y para cada grupo profesional.

Neira (2004) en colaboración de sus colegas, elaboraron un baremo del MBI en base a una muestra de 1.152 profesionales sanitarios argentinos. La factorización de esta muestra se ordenó en tres dimensiones coincidentes con los hallazgos de Maslach y otros estudios españoles. Así se confirma la validez del MBI en nuestro medio para los profesionales de la salud.

## INVESTIGACIONES PREVIAS

En los últimos años se ha producido un aumento de publicaciones e investigaciones sobre el SB en la profesión médica y en enfermería, lo que evidencia la preocupación sobre este tema.

La presencia del SB ha sido estudiada en los diversos niveles asistenciales sanitarios. Investigaciones previas han puesto en evidencia que el SB afecta a todo el personal de los servicios de salud: médicos, enfermeras, personal auxiliar, y de todas las especialidades, adultos, niños y neonatales.

### El Burnout en profesionales de Pediatría.

Farías (2006) realizó un estudio entre Diciembre de 2003 y Agosto del 2004 en el Hospital de Niños de Buenos Aires. Se le administró el Maslach Burnout Inventory al personal asistencial que se desempeña en dicho hospital. Los resultados indican que el 10,6% del personal en general sufre Burnout,

teniendo en los médicos pediatras una incidencia del 8,8%. No se registraron valores compatibles con SB en ningún residente, ni médico Psiquiatra, ni psicólogo. En relación al sexo, se comprobó que sólo 3 de 47 (6,4%) mujeres padecen Burnout, mientras que 4 de 19 (21%) hombres lo presentan. En relación a las tres subescalas del M.B.I se concluyó que la referida al cansancio emocional es la que concentró el mayor porcentaje de personal afectado (47%), seguida por la de despersonalización (39,4%); siendo la de falta de realización personal la que presentó el menor porcentaje (22,7%).

En otro estudio realizado en nuestro país (Marucco, 2006) se investigó la prevalencia de SB en 123 pediatras de los Hospitales Generales del sur del conurbano bonaerense. Para ello se utilizó el “Cuestionario para evaluar la calidad de vida laboral de pediatras del conurbano bonaerense”, obteniendo como resultado una prevalencia del 37.39% de SB.

Por otra parte, una investigación realizada en el Hospital General Universitario, en España, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (Bustinza Arriortua et al., 2000) en el cuál se administró el M.B.I a 68 pediatras, arrojó como resultado niveles medio de Burnout, siendo destacable la mayor relevancia de la falta de realización personal. El 55,9% adjudicó a los conflictos institucionales su malestar laboral y el 58,8% se planteaba dejar su puesto de trabajo en el futuro.

Otra investigación (Lopez et al., 2005) realizada en el mismo Hospital español pero en el departamento de pediatría, arrojó como resultado que el 20,8% de los trabajadores presentaba altos niveles de Burnout y el 19,8 presentaba un nivel moderado. La muestra utilizada fue de 93 personas que trabajaban en el departamento de pediatría, a las que se les administró el M.B.I. Como en el estudio anterior, el componente “falta de realización personal” fue el más notable. Esto puso en evidencia la presencia de actitudes negativas hacia sí mismos y su actividad profesional, así como también la pérdida de interés en los cuidados pediátricos, baja productividad y una disminución de la autoestima.

En un estudio también realizado en España (Jiménez Alvarez, Morales Torres & Martínez Martínez, 2002), se le administró el MBI y el cuestionario “Front Roja”, que mide satisfacción laboral, a un total de 85 cirujanos pediatras miembros de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Sus conclusiones revelan que existe un grado moderado de SB con un grado medio de satisfacción laboral. Aunque contradictoria esta situación es posible, pues se trata de profesionales satisfechos con su profesión (probable elección vocacional) que a la vez viven condiciones de trabajo difíciles que les genera una situación de desgaste profesional importante.

Un estudio realizado en la Universidad Tel Aviv, en Israel, investigó la relación existente entre la estructura laboral y el SB en médicos pediatras. Un total de 126 pediatras israelíes pertenecientes a la “Child Healthcare Community Clinics” respondió un cuestionario autoadministrable sobre presión laboral, satisfacción y Burnout. Los resultados pusieron en evidencia que el SB se encuentra significativamente relacionado con la presión laboral y la insatisfacción. Como conclusión establecieron que el SB puede ser reducido modificando la estructura laboral posibilitando mayores interacciones entre los distintos profesionales y ampliando la variedad de tareas, incluyendo la docencia, la investigación y tareas comunitarias de promoción de la salud (Kushnir & Cohen, 2006).

Por último, una investigación realizada en EE.UU (Fields et al., 1995) en que se le administró la escala “Burnout Scale of Pines and Aronson” (Escala de Burnout de Pines y Aronson) a 389 pediatras miembros del departamento de pediatría de la Sociedad de Cuidados Intensivos de Washington, obtuvo como resultado que un 14% de SB y un 36% en riesgo de padecerlo. No encontraron relación entre el nivel de Burnout y las siguientes condiciones de trabajo: tener tiempo para realizar investigaciones y publicaciones, la frecuencia con la que son llamados a su casa y la frecuencia con la que tienen que volver al hospital cuando son llamados a su casa. Sin embargo, encontraron que la percepción del propio trabajo y los sentimientos de éxito y satisfacción están muy asociados a los niveles de Burnout.

El Burnout en relación al sexo, edad, estado civil y años de ejercicio de la profesión.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

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

Según el Sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El Estado Civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables (Atance Martínez, 1997)

En relación a los años de ejercicio de la profesión, según Deckard y col (c.p. Moreno Jiménez, 1995) el personal sanitario especialmente vulnerable al estrés son los médicos en formación. Ellos consideran que el desarrollo de los problemas generales del estrés sanitario tiene un período crítico que se gesta entre el segundo año y el quinto año de experiencia sanitaria. Durante este periodo se gestarán los procesos claves de adaptación y de ajuste a las nuevas

tareas o el fracaso en el afrontamiento de las tareas básicas que han de desarrollarse. La transición entre la preparación teórica y la práctica médica, la inexperiencia, la incertidumbre ante los síntomas y los recursos, el enfrentamiento a situaciones desconocidas coloca a este personal en una situación de estrés constante, especialmente cuando tienen que enfrentarse a situaciones de urgencia.

El comienzo del período de residencia supone un periodo de crisis de identidad en el que el joven médico efectúa la transición de estudiante a profesional con responsabilidades. Pugno (citado por Farías A, 2006) ha encontrado datos que indican que en general los médicos residentes se caracterizan por niveles más altos de ansiedad, depresión, hostilidad e inestabilidad emocional, en relación a los médicos con mayor cantidad de años en el ejercicio de la profesión.

Sin embargo, según la Lic. Mendez Diz, investigadora del CONICET (citado en Farías, B 2006), este síndrome sería más frecuente entre los profesionales más antiguos, y una de las principales causas sería el alejamiento de las tareas propias de la profesión. Esto se acentúa en los jefes que, si bien consideran que la jefatura implica un reconocimiento y ascenso en la carrera hospitalaria dándoles la posibilidad de ser creativos e introducir cambios, perciben el aspecto administrativo de la labor como algo que se aparta de la verdadera función, que sería la atención del paciente. Y esto es lo que añoran de su función anterior, cuando no eran jefes.

## MUESTRA.

La muestra está compuesta por Médicos pediatras pertenecientes al Servicio de Pediatría de un hospital público, ubicado en la Provincia de Buenos Aires.

Del análisis de los datos sociodemográficos se deduce que el grupo es bastante homogéneo en cuanto a su situación laboral. Se trata de 21

profesionales de una media de edad de 32 años, 16 de los cuales son residentes y 5 son médicos de planta. Hay un predominio de mujeres (81%) y de solteros (76%).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico del personal de salud encuestado.

Características		n°	%
Total		21	100
Edad	Entre 25 y 40 años	16	76
	Entre 41 y 55 años	5	24
Sexo	Masculino	4	19
	Femenino	17	81
Estado civil	Casados	3	14
	Divorciados	2	10
	Solteros	16	76
Años de ejercicio de la profesión	Menos de 10 años	16	76
	10 años y más	5	24

Como se puede observar en la Tabla 1, del total de los médicos evaluados, 17 son mujeres (81%) y 4 son hombres (19%), residentes en la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano bonaerense.

Si tenemos en cuenta la edad, 16 profesionales tienen entre 25 y 40 años, mientras que solo 5 de ellos supera los 40 años.

El estado civil de los participantes se categorizó como soltero (76%), casado (14%) y divorciado (10%).

En relación a los años de ejercicio de la profesión, el 76% de los profesionales tiene una antigüedad menor a 10 años y el 24 % supera los 10 años.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

### Maslach Burnout Inventory (MBI)

Los datos fueron obtenidos a través del MBI. Se utilizó la versión traducida y validada de la original que ya ha sido utilizada en numerosos estudios realizados (Bustinza Arriortua, 2000; Farías, 2006; Jimenez Alvarez, Morales Torres & Martinez Martinez, 2002; Neira, 2004; Lopez, 2005; Sandoval, 2003;).

Como hemos desarrollado más ampliamente en el apartado *Medida y diagnostico del SB*, se trata de un cuestionario de 22 ítems, cada ítem esta redactado de una forma directa para expresar sentimientos y actitudes, los cuales se evalúan según la dimensión frecuencia a través de una escala tipo likert con 7 opciones de respuesta, desde nunca a diariamente. A cada opción, se le asigna un valor de 0 a 7 y la puntuación total se obtiene sumando los valores de cada una.

El cuestionario posee una estructura tridimensional que constituye las escalas o variables del sujeto quemado, estas son: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. La escala CE evalúa sensaciones de fatiga que se manifiestan como consecuencia de la actividad laboral (ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20). La DP valora respuestas de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los pacientes (ítems: 5, 10, 11, 15 y 22). La RP mide sensaciones de satisfacción, éxito y competencia en la práctica del trabajo cotidiano (ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21).

El puntaje de cada subescala se categoriza como bajo, medio o alto de acuerdo a puntos de corte predeterminados para cada cultura y para cada grupo profesional. Se considera "Burnout" cuando se puntúa alto en CE y DP y bajo en RP.

En el presente trabajo se ha utilizado el *Baremo MBI para profesionales sanitarios argentinos* (Neira, 2004). Como se observa en la Tabla 2, en la escala CE se consideran puntuaciones altas aquellas que son superiores a 24; en DP resultan altas las puntuaciones mayores a 7; y para la escala RP son significativos los valores inferiores a 36.

De acuerdo con este baremo los puntos de corte son los siguientes:

Tabla 2. Media, Desvío y puntos de corte de las escalas del MBI para profesionales médicos.

	CE	DP	RP
Media	20,8	6,8	37,5
Desvío	11,4	5,6	7,4
Punto de corte	> 24	> 7	< 36

CE: Cansancio Emocional. El punto de corte indica Alto CE

DP: Despersonalización. El punto de corte indica Alta DP

RP: Baja realización personal en el trabajo. El punto de corte indica baja RP

Se incluyeron además en el cuestionario, las siguientes variables sociodemográficas (ver anexo):

- Sexo: con dos alternativas de respuesta: Hombre vs. Mujer.
- Edad: se expresó en años cumplidos.
- Estado civil: se consignó como Casado, Soltero o Divorciado.
- Años de ejercicio profesional: cantidad de tiempo (en años) que lleva trabajando en esa profesión.

## PROCEDIMIENTO.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Para ello se decidió administrar la escala MBI a todos los médicos pediatras pertenecientes a la institución hospitalaria.

La escala se aplicó en forma anónima y voluntaria, durante la segunda mitad del año 2006.

Luego se examinaron los protocolos y se desecharon dos de ellos por haberse omitido datos sociodemográficos relevantes a los fines del estudio.

En un primer momento, se definió el perfil sociodemográfico de la muestra estudiada en base a la edad, sexo, estado civil y años de ejercicio de la profesión.

Posteriormente, se procedió al análisis de las respuestas propiamente dichas, estableciendo en primer término el porcentaje de sujetos con SB. En segundo término se identificaron los síntomas y las subescalas más importantes, es decir, los que tuvieron mayor prevalencia dentro de la muestra.

En tercer y último lugar, se realizó el análisis sociodemográfico de la población afectada, quedando incluidas las cuatro variables enunciadas anteriormente –edad, sexo, estado civil y años de ejercicio de la población– pudiendo evaluar el SB en función de las variables sociodemográficas.

## RESULTADOS.

En la Tabla 3 se describen los valores medios de cada ítem del MBI. En función de estos resultados se calculan los valores medios correspondientes a las 3 escalas que conforman el cuestionario (Tabla 4).

Tabla 3. Media y Desvío de cada ítem del MBI

Items	Media	Desvio	Subescala
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	4,05	1,50	CE
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo	4,95	1,02	CE
3. Me siento cansado cuando me levanto y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	3,90	1,26	CE
4. Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	5,14	0,96	RP
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales	1,00	1,30	DP
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	3,48	2,16	CE
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas	4,67	0,91	RP
8. Me siento "quemado" por mi trabajo	2,76	2,00	CE
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás	4,05	1,47	RP
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	2,24	1,67	DP
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente	1,76	1,81	DP
12. Me siento muy activo	4,33	1,43	RP
13. Me siento frustrado en mi trabajo	2,14	1,46	CE
14. Creo que estoy trabajando demasiado	4,33	1,53	CE
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que le doy servicio	1,76	2,05	DP
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés	3,33	1,43	CE
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que les doy servicio	4,71	0,96	RP
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	4,29	1,52	RP
19. He conseguido muchas cosas en mi profesión	4,05	1,60	RP
20. Me siento acabado	0,71	1,27	CE
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	4,29	1,15	RP
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas	2,29	1,74	DP

Las medias y desvíos de cada uno de los indicadores de Burnout evaluados con el MBI fueron los siguientes:

Tabla 4. Media y Desvío de escalas de MBI en Pediatras.

	CE	DP	RP
Media	29,81	9,05	35,29
Desvío	6,65	5,62	6,54

CE: Cansancio Emocional  
 DP: Despersonalización  
 RP: Realización personal en el trabajo

Si comparamos las medias de la población objetivo de este estudio con las del Baremo para profesionales sanitarios argentinos (Neira, 2004),

observamos que los pediatras obtuvieron en las escalas de cansancio emocional y despersonalización del MBI, una media aritmética más alta que el grupo sanitario de aquel estudio (Tabla 5). En la escala de realización personal en el trabajo, la media obtenida fue inferior. A fin de establecer si esta diferencia fue estadísticamente significativa se efectuó un test de significación, la t de Student. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 5. Medias y Desvíos estándar en población objetivo y normativa.

	Media y desvío de población objetivo	Media y desvío de población normativa (Neira, 2004)	t
CE	29,81(6,65)	20,8 (11,4)	NS
DP	9,05 (5,62)	6,8 (5,6)	NS
RP	35,29 (6,54)	37,5 (7,4)	NS

CE: Cansancio Emocional  
 DP: Despersonalización  
 RP: Realización personal en el trabajo  
 NS: no significativa.

Respecto la proporción de profesionales médicos que presentan SB entre los profesionales médicos del servicio de pediatría del hospital, los resultados se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Indicadores de Burnout

	CE	DP	RP	***
Total	76%	57%	33%	14%
(n =21)	(n = 16)	(n =12)	(n = 7)	(n = 3)

CE: Cansancio emocional (Alto)  
 DP: Despersonalización (Alta)  
 RP: Realización personal en el trabajo (Baja)  
 \*\*\*: Sujetos que cumplieron con los tres indicadores simultáneamente

Si se analizan los resultados por categorías se concluye que, en Cansancio Emocional, el porcentaje que presenta valores superiores al punto de corte es de 76%. Respecto a Despersonalización el 57% de esta población

presentó valores considerados altos. Por último en Realización Personal solo un 33% obtuvo valores considerados bajos.

|

**Grafico 1.** Distribución de la muestra según presencia o ausencia de SB

Tomando los puntos de corte para las tres categorías, los resultados indican que el 14% de los profesionales cumplen con los tres indicadores simultáneamente. Por lo tanto, 3 de los 21 profesionales encuestados padecen Síndrome de Burnout.

Con relación a la presencia de síntomas que denotan tendencia a padecer Burnout, los resultados se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Presencia de síntomas más frecuentes que denotan tendencia a padecer burnout.

	Diariamente	Una o varias veces por semana	Ausencia	Total
Cansancio al final de la jornada	33%	52%	15%	100%
Emocionalmente agotado	19%	48%	33%	100%
Trabajo demasiado	33%	29%	38%	100%

Se observó 85% de *cansancio al final de la jornada de trabajo*- ítem N° 2-; 67% de los profesionales se siente *emocionalmente cansado en el trabajo* - ítem

N° 1- y el 62% cree que esta *trabajando demasiado* - ítem N° 14-. Los porcentajes obtenidos incluyen los profesionales que experimentan estos sentimientos desde diariamente a varias veces por semana. Es importante resaltar que los tres ítems pertenecen a la escala de CE.

Tabla 7. Indicadores de Burnout según variables sociodemográficas.

	CE	DP	RP	***
Masculino	19% (n = 3)	25% (n = 3)	14%(n = 1)	33% (n = 1)
Femenino	81% (n = 13)	75% (n = 9)	86% (n = 6)	67% (n = 2)
Soltero	69% (n = 11)	92% (n = 11)	86% (n = 6)	33% (n = 1)
Casado	19% (n = 3)	8% (n = 1)	14% (n = 1)	33% (n = 1)
Divorciado	12% (n = 2)			33% (n = 1)
25 a 40 años de edad	69% (n = 11)	83% (n = 10)	86% (n = 6)	33% (n = 1)
41 a 55 años de edad	31% (n = 5)	17% (n = 2)	14% (n = 1)	67% (n = 2)
Residentes	69% (n = 11)	83% (n = 10)	86% (n = 6)	33% (n = 1)
Médicos de Planta	31% (n = 5)	17% (n = 2)	14% (n = 1)	67% (n = 2)
Totales	100% (n = 16)	100% (n = 12)	100% (n = 7)	100% (n = 3)

CE: Cansancio emocional (Alto)

DP: Despersonalización (Alta)

RP: Realización personal en el trabajo (Baja)

\*\*\*: Sujetos que cumplieron con los tres indicadores simultáneamente

De los 3 profesionales que padecen el síndrome, uno era de sexo masculino (33%) y dos de sexo femenino (67%). Pero si lo relacionamos con el número absoluto por sexo comprobamos que 1 de 4 hombres (25%) padecen SB, mientras que 2 de 17 mujeres (12.5%) lo presentan. El estrés laboral en este servicio en particular recae primordialmente sobre los hombres.

Cabe destacar que ninguna de las mujeres se encuentra con pareja estable en la actualidad. El hombre, en cambio, está casado y con hijos a su cargo.

En relación a la edad, uno de los afectados se ubica en el grupo de entre 25-40 años (33%) mientras que los otros dos pertenecen al grupo 2 – entre 41 y 55- (67%). Si tenemos en cuenta que el grupo 2 esta compuesto por 5 profesionales, esto quiere decir que el 40% de dicho grupo padece SB. Mientras que el primer grupo tiene una población de 16 médicos lo que pone de manifiesto una incidencia de solo 6%. Es decir, que los médicos de más edad resultaron ser más vulnerables al síndrome.

Igual resultado se obtuvo en relación a los años de ejercicio de la profesión, ya que 1 de los 16 residentes y concurrentes se encuentra afectado (6%) mientras que 2 de los 5 médicos de planta padecen el síndrome (40%).

## DISCUSIÓN.

Este estudio tuvo como objetivo principal: evidenciar la presencia de SB entre los pediatras del ámbito laboral en el cuál realicé mis Prácticas Profesionales.

Los resultados de la investigación revelan la presencia de Síndrome de Burnout en un 14% de la muestra. También se observa una tendencia a desarrollarlo, ya que tres cuartos de la muestra presenta Cansancio Emocional, más de la mitad de la misma manifiesta Despersonalización y un cuarto tiene baja Realización personal en el trabajo.

Se considera necesario recordar que se trata de una muestra muy pequeña que no es representativa de la población general de médicos, motivo por el cuál no se pueden hacer generalizaciones ni realizar afirmaciones. Por lo tanto, en este apartado se limita a analizar los resultados y establecer ciertas

inferencias en base a ellos, que necesariamente deberán ser corroboradas por otros trabajos en el tema.

Al considerar la comparación entre las medias de esta población y el baremo aplicado, los valores fueron más altos en la población de pediatras, sin embargo las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Si se comparan los resultados de presencia del síndrome del grupo objetivo con los resultados de otras investigaciones en nuestro país, se observan valores similares. Neira (2004) declara un 15% de prevalencia de SB entre médicos, mientras que Farias (2006) revela un resultado levemente inferior entre los pediatras del Hospital Gutierrez de Bs. As.:8.8%. No así, Marucco (2006) quién obtiene un resultado considerablemente superior: 37.39% de los pediatras pertenecientes a hospitales generales del sur del conurbano bonaerense padece SB.

La categoría Cansancio Emocional concentra un mayor porcentaje de personal afectado (76%). Esta categoría se refiere a la situación de haberse sobrepasado emocionalmente y haber agotado los recursos emocionales, y pone de manifiesto las condiciones poco adecuadas desde la organización del trabajo (carga horaria, relación con los pares y superiores, etc.).

A su vez, la categoría Despersonalización concentra un porcentaje considerable de individuos afectados (57%), lo que pone de manifiesto una respuesta negativa, insensible o excesivamente despegada de las personas que son los receptores de la asistencia, atribuible a la sobrecarga que siente el profesional y la defensa que instala como medida protectora que perturba el vínculo con el paciente, repercutiendo en la calidad de la atención.

En cambio, la categoría Reducción de la Realización Personal tiene el menor porcentaje de afectados (33%). Este ítem se refiere a la sensación de competencia y logros en el trabajo y podría hallarse menos comprometida, ya que un número importante de los profesionales son jóvenes, en pleno proceso de formación y crecimiento.

En el presente estudio, el Burnout recae mayormente en aquellos médicos que llevan más tiempo ejerciendo esta práctica. Esto no coincide con resultados de otros estudios en los cuales se señala a los profesionales en formación como el grupo con mayor riesgo a presentar SB. Esto puede deberse a que, como sostiene Cano Vindel, Presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) (citado en Farías, 2006), se debe tener en cuenta que cada 5 años aproximadamente el empleado pierde todo tipo de motivación en su cargo. A igual conclusión se arribó en un estudio realizado en Israel (Kushnir & Cohen, 2006), quienes sostienen que lo adecuado sería realizar rotaciones y buscarles nuevas tareas que alienten un progreso en las funciones que desempeñan.

En relación al sexo, en la muestra objetiva 1 de los 4 hombres padecen SB (25%), mientras que 2 de 17 mujeres (12.5%) lo padecen. Se encontraron diferencias en relación a la bibliografía internacional que sitúa a la mujer como la más vulnerable. Sin embargo, en dos reconocidas investigaciones de nuestro país (Farías, 2006; Zaldúa & Lodieu, 2000) también se encontró un predominio de hombres con SB. A raíz de esta diferencia encontrada surgen varios interrogantes que quedarán abiertos a futuras investigaciones en el tema: ¿puede esta variable verse afectada por características culturales, sociales y políticas?, ¿existe en la Argentina creencias o patrones de comportamientos aceptados y transmitidos socialmente que faciliten o promuevan mayormente en los hombres el riesgo de enfermarse en el trabajo?

## CONCLUSIONES.

Como conclusión de este trabajo creemos que, algunos profesionales del área de la salud que fueron encuestados, se encuentran posiblemente atrapados en una situación singular debido a la constante presión por satisfacer las exigencias de variadas fuentes, entre las cuales se encuentran los pacientes, el sistema de salud estatal, la estructura administrativa y las exigencias internalizadas del rol profesional.

En el contexto histórico, económico y socio-cultural actual, se observa un creciente deterioro de los servicios públicos, que limitan la cobertura y la calidad de las prestaciones. Se sustituye la salud como un Derecho de todos los ciudadanos y una Obligación del estado, por la salud como mercancía que se oferta en el mercado y a la cuál pueden acceder una minoría. Con este crecimiento de los grupos económicos internacionales proveedores de salud (clínicas, seguros, servicios prepagos, etc.) se produce la tendencia a atender desde los público a los carenciados, desempleados y sin cobertura (Zaldúa & Lodieu, 2000).

La población fragilizada y dañada -por el creciente desempleo, la pérdida de protección social del estado, la progresiva desigualdad social- dirige sus demandas al Hospital. El personal asistencial recibe las pruebas del daño social y la tarea se vuelve más estresante. La desprotección social impacta al profesional y a la vez limita sus posibilidades terapéuticas. Muchas veces el médico se siente sobrepasado por las demandas y frente a ello podrá implementar sus recursos salutíferos, o su vulnerabilidad le acarreará daños a sí mismos o a su entorno (Zaldúa & Lodieu, 2000).

Tres cuartos del total de los médicos que participaron en nuestro estudio presentan rasgos de Cansancio Emocional. Siendo esta categoría la más relacionada a las condiciones poco adecuadas desde la organización (carga horaria, salarios bajos, tecnología e infraestructura desactualizada). Por lo tanto, la verdadera prevención del SB no pasa por el cuidado subjetivo por parte de las autoridades respecto de una persona, sino por asumir la responsabilidad que significa no modificar condiciones de trabajo que son deteriorantes. El SB no es un hecho imprevisible, sino el producto de prácticas sociales que tienden a inhibir la empatía y la simpatía del profesional que está sufriendo, perjudicándose y, eventualmente, enfermándose durante la puesta en acto de su actividad laboral.

A pesar de todo lo dicho, son excepcionales las instituciones que implementan programas sistemáticos de prevención del estrés laboral; las

organizaciones en general no dan a estas sólidas razones un lugar privilegiado, sino que postergan el adoptar medidas de fondo para evitar el problema.

Este tema merece un tratamiento integral ya que no se trata solo de mitigar el sufrimiento laboral, sino que las organizaciones y las personas que la integran puedan llegar a considerar y privilegiar que el trabajo sea significado como fuente de realización y desarrollo personal y social, y no un enemigo de la salud tanto de las personas como de las empresas (Pérez Jáuregui, 2005).

La presencia del síndrome de desgaste profesional entre los miembros de un servicio asistencial pediátrico puede suponer un deterioro de los cuidados dispensados a los niños y se ha sugerido que los pacientes atendidos por personal afectado del síndrome tienen una evolución clínica menos favorable y se muestran insatisfechos con la calidad asistencial recibida (Neira, 2004).

Se hace imprescindible proponer planes de tipo preventivo, de desarrollo y preservación de la salud en el ámbito laboral, o en los casos en que el síndrome ya está presente, tratar de aminorar sus efectos.

El análisis para el cambio debería plantearse desde la prevención primaria y secundaria, a partir de una evaluación integral, considerando los factores personales, interpersonales y organizacionales que intervienen en su generación.

Es muy importante que la necesidad de aplicar un programa de prevención, sea formulada con claridad por los directivos de una organización y que, a la hora de su implementación, los trabajadores estén informados sobre sus objetivos, su dinámica y sobre la confidencialidad de sus manifestaciones. Esto facilitará que los distintos niveles adopten una actitud de compromiso y de apertura, ante los cambios que se sugieran.

La evaluación primaria se refiere a la identificación de factores de riesgos, tanto exógenos como endógenos. Como sostiene Dever (1991) para

que sea prevención primaria se debe realizar en el período de prepatogénesis, es decir, inhibir el desarrollo de la enfermedad antes de que ocurra.

El programa de prevención primaria deberá comenzar con una etapa de evaluación individual de los sujetos (tanto física como psicológica) para detectar a los más vulnerables, cuantificar niveles de satisfacción con el trabajo y evaluar la capacidad de afrontamiento del estrés de cada miembro.

La intervención, es necesario que se lleve a cabo teniendo en cuenta el diagnóstico obtenido previamente, puntualizando destinatarios, actividades, duración y objetivos del programa. Pero en términos generales, deberá incluir los siguientes aspectos:

- Brindar información a los trabajadores, sobre las manifestaciones, causas y consecuencias del Burnout, en un espacio que permita la reflexión, la comunicación y el intercambio de experiencias. Debe crearse un clima de apoyo que considere el estrés como una característica propia de la vida laboral médica y no como un signo de debilidad e incompetencia.
- Favorecer que los trabajadores reconozcan los agentes laborales causantes del estrés, así como los recursos personales y grupales para su efectivo afrontamiento.
- Estimular a los grupos de trabajo que se replantee la forma de trabajar, incluyendo: planificación de tareas, administración del tiempo, el análisis de los problemas, la resolución de conflictos, la relación con los pares y los superiores.
- Propiciar la disminución de la sobrecarga y de las presiones que afectan la calidad de la tarea.

- Delimitar bien las responsabilidades de cada integrante del equipo de salud, dejando el menor margen posible a las ambigüedades, disminuye tensiones en el trabajo cotidiano. La sensación de efectividad profesional disminuye el riesgo de SB.
- Favorecer el apoyo interpersonal y la comunicación entre los distintos niveles de la organización para trabajar mejor y alcanzar los objetivos propuestos.
- Fomentar las recompensas como el reconocimiento profesional por parte de los colegas o superiores, una retribución económica justa, la sensación de bienestar por ser eficaz en el trabajo, ya que tienden a neutralizar o amortiguar los efectos de una pesada carga laboral.
- Propiciar en el trabajador el conocimiento de sí mismo, estimulando un estilo de vida compatible con pautas de salud física, psíquica y social. En general, el sustento social se correlaciona con bajo niveles de SB por lo cuál cultivar lazos afectivos sólidos, dedicándole el tiempo necesario a la familia, los amigos y otras relaciones sociales, es otro factor que contribuye a prevenir el desgaste profesional.
- Brindar al personal, oportunidades de capacitación, promoción y desarrollo.
- Otorgar un ambiente saludable, en cumplimiento de las leyes de seguridad e higiene en el trabajo.

La prevención secundaria, que consiste en una detección precoz de los problemas de salud y un tratamiento oportuno, también debe considerarse: se deberán encarar programas de capacitación y educación para la salud con el objetivo de desarrollar recursos de afrontamiento a las situaciones de riesgo de contraer SB.

Resulta casi impensable, en la práctica, que todos los integrantes de un equipo de salud realicen o hayan realizado algún tipo de psicoterapia individual, que les facilite la elaboración de las dificultades de la práctica cotidiana pero, habitualmente resulta posible organizar instancias grupales de reflexión y análisis dinámico del trabajo asistencial, proporcionándole formación psicológica a los miembros del equipo de salud. Aceptar que la ansiedad y la depresión que en algunos momentos sufren los pacientes o sus familiares son normales y esperables, puede frenar una carrera desgastante y sin sentido hacia un ideal inexistente de sufrimiento nulo (Neira, 2004).

Un componente importante de la promoción de la salud en el lugar de trabajo es la prevención terciaria de los problemas de salud mental, que tiene como objetivo la rehabilitación y la remisión inmediata de los afectados en donde reciban tratamiento especializado (prevención terciaria) casi todas las personas que desarrollan el SB se recuperan por completo y pueden reincorporarse al trabajo. La organización debe entonces considerar tanto el asesoramiento profesional confidencial (asesores internos o externos), y el tratamiento terapéutico a cada persona, como la reincorporación facilitada de un trabajador que ha estado de baja por un motivo relacionado con el estrés, para los cuales la vuelta al trabajo suele ser una experiencia altamente estresora.

En el recorrido de la literatura e investigaciones acerca del tema del SB, aparecieron ciertas limitaciones que dificultaron el trabajo.

Como debilidades del presente estudio podemos distinguir:

- En primer lugar, la poca bibliografía y trabajos de campo que hay sobre el tema, en nuestro país, y entre médicos pediatras,

así como la poca claridad conceptual en la definición del término Burnout. Aún en la actualidad, después de tres décadas de estudio sobre el tema, los diversos autores no se han puesto de acuerdo sobre una definición unánime, como así tampoco de los desencadenantes, el curso y las consecuencias del SB.

- Por otro lado, en relación al Baremo para Profesionales Sanitarios Argentinos (Neira, 2004), éste no distingue las diversas especializaciones médicas sino que quedan unificadas bajo el nombre de “Profesionales médicos” para distinguirlas de “Enfermería”, “Personal administrativo” y “Otros profesionales” (Psicólogos, Nutricionistas, Técnicos de laboratorio, Bioquímicos y Odontólogos). Como se pudo ver a lo largo de este trabajo, los pediatras tienen características propias que los hacen diferentes a otras especialidades y como sostiene Pérez Jáuregui (2005) son notoriamente mas sensibles al SB.
- Y en tercer lugar, el tamaño de la muestra ya que al ser tan pequeña no se pueden sacar conclusiones certeras ni realizar generalizaciones.

Luego de realizar una descripción de las características del fenómeno en los pediatras del ya nombrado hospital, donde se aplicó el inventario, podemos señalar que los datos arrojados en nuestro estudio deben necesariamente ser corroborados por otros trabajos en el tema.

Es fundamental que los profesionales, las organizaciones y los responsables del sistema sanitario puedan identificar los factores de estrés laboral y trabajar sobre ellos.

Se están enfermando quienes deberían curar y mientras las autoridades no perciban y, por lo tanto, no reconozcan esta situación de vulnerabilidad de quienes trabajan con víctimas, se estará en un camino sin salida.

En la medida en que se realicen trabajos sobre SB y se estudien sus causas y consecuencias, solo a través de su divulgación, podremos comenzar a generar conciencia.

Por ello, se cree conveniente proporcionar las siguientes recomendaciones:

- Extender la investigación de campo, de modo de contar con datos cuantitativos acerca de la incidencia y prevalencia del síndrome en nuestro país.
- Profundizar los estudios acerca de la etiología del Burnout, con el fin de conocer la influencia de aspectos individuales, interpersonales y organizacionales en la aparición y desarrollo del Síndrome.
- Elaborar un baremo diferente para las distintas especializaciones médicas ya que tienen características diferentes.
- Indagar si las variables: edad, sexo, estado civil y años de ejercicio de la profesión estarían sesgadas por la cultura y las creencias políticas, económicas, sociales y religiosas de cada país.
- Desarrollar y evaluar formas y estrategias de afrontamiento del Síndrome que se adapten a las características del trabajo asistencial.
- Realizar diseños de investigación longitudinal con un grupo específico de profesionales, de modo de medir el desarrollo del Síndrome en el tiempo y la efectividad de las intervenciones.
- Elaborar o adaptar otros instrumentos de medición del Síndrome.
- Ampliar la investigación del Burnout no sólo a profesionales de la Salud, sino también a otras labores como auxiliares de enfermería, personal de servicio, personal administrativo, etc.

Son líneas de investigación que se abren a partir del presente trabajo y que será necesario profundizar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Atance Martínez, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. [Versión Electrónica] *Revista Española de Salud Pública*, 3 (71): 293-303.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Ediciones Gedisa.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Bustanza Arriortua, A; López Herce Cid, A; Carrillo Alvarez, A; Vigil Escribano, M; Garcia, N; & Panadero Carnavilla, E. (2000) Situación de Burnout de los pediatras intensivista españoles. [Versión Electrónica] *Revista del Hospital Clínico Universitario*, 52 (5)

Dever, A (1991) *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. OPS-OMS

Esparza, C., Guerra P. & Martínez M. (2000). Determinación de los niveles de Síndrome Burnout en profesionales de la salud de la V región. *Revista de Psicología de la Universidad de Valparaíso*, (1): 73-95

Farías, A. (2006). El síndrome de desgaste profesional (burnout) como problema de Salud Pública. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 216 (4): 1-2

Farías, S (2006). Síndrome de Burnout en el Equipo de Salud Pediátrico. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 216 (4): 3-9

- Fields, A; Cuerdon, T; Brasseur, C; Getson, P; Thompson, A; Orlowski, J & Youngner, S (1995). Physician burnout in pediatric critical care medicine. [Versión Electrónica] *Washington University School of Medicine*.
- Gil Monte, P. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo*. Madrid: Ediciones Síntesis.
- Gil Monte, P. (2001). El Síndrome de Quemarse por el trabajo: Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. [Versión Electrónica] *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2)
- Gil Monte, P.; Peiró, JM. & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. [Versión Electrónica] *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 4 (1)
- Jiménez Álvarez, J; Morales Torres, C & Martínez Martínez, P (2002). Estudio del Síndrome de Burnout en cirujanos pediatras españoles. [Versión Electrónica] Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada; 15 (2)
- Kushnir, T & Cohen, AH. (2006). Job structure and burnout among primary care pediatricians. Disponible en [www.medline.com](http://www.medline.com).
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lopez, F.M; Rodríguez Nuñez, A; Fernandez; Sanmartin, M; Alonso, M.S; Martínón Torres, F & Martínón Sanchez, JM (2005) Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. [Versión Electrónica] *Revista del Hospital Clínico Universitario*, 62 (3)

- Marucco, M (2006) Síndrome de Quemarse por el trabajo en pediatras. [Versión Electrónica] *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora*, 4 (4)
- Maslach C. & Jackson, S. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: Ediciones TEA.
- Moreno-Jimenez, B & Peñacoba Puente, C (1995). *Estrés Asistencial en los Servicios de Salud*. Departamento de Psicología Social y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
- Neira, M del C. (2004). *Cuando se enferman los que curan* Cordoba: Gambacop.
- Pérez Jáuregui, M.I. (2000). *Cuando el estrés laboral se llama Burnout. Causas y estrategias de afrontamiento*. Buenos Aires: Universidad Libros.
- Pérez Jáuregui, M.I. (2005). *Burnout y Estrés Laboral*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Sandoval, C (2003). Síndrome de Burnout en el Personal Profesional del Hospital de Yumbel. [Versión Electrónica] *Revista del Colegio Médico de Chile*.Chile
- Zaldúa, G., Lodieu, M.T. (2000). El Burnout. La salud de los trabajadores de la salud. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA*, 5 (1): 151-169

# **ANEXO**