



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

FACULTAD DE HUMANIDADES “TERESA DE ÁVILA”

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Trabajo final para acceder a la Licenciatura en Psicología

“Síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el
puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes
especialidades de la ciudad de Paraná”

ALUMNA: Galliussi Giuliana

DIRECTORA: Lic. Lereña Andrea

AÑO 2020

Agradecimientos

Agradezco a mis padres, cuyo trabajo y dedicación permitieron que pueda estudiar.

A mis familiares y amigos, especialmente a mis hermanas, por acompañarme durante este trayecto.

A mi directora de tesis, Andrea Lerena, por guiarme en este proceso, otorgándome el beneficio de su conocimiento y experiencia.

A mis profesores a lo largo de la carrera, por la transmisión de sus saberes, y quienes han sabido guiarme en el consecutivo logro de mis objetivos.

Al Magister Cesar Sione, por su asesoría y caridad para responder a todas mis preguntas.

Índice

CAPÍTULO I	8
1 Introducción.....	9
1.1 Planteamiento y formulación del problema	9
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo general	12
1.2.2 Objetivos específicos	12
1.3 Hipótesis.....	13
1.4 Justificación.....	13
CAPÍTULO II.....	15
2 Marco teórico.....	16
2.1 Estado del arte	16
2.2 Encuadre teórico	23
2.2.1 Definición.....	23
2.2.2 Síntomas asociados.....	24
2.2.3 Variables asociadas.....	24
2.2.4 Modelos teóricos.....	27
2.2.5 Síndrome de burnout y estrés	29
2.2.6 Medicina y estrés	30
2.2.6.1 Factores de estrés	32
2.2.7 Burnout en medicina.....	33
2.2.8 Prevención del burnout	34
CAPÍTULO III	36
3 Marco metodológico	37
3.1 Tipo de investigación.....	37
3.2 Descripción de la muestra	37
3.3 Técnicas de recolección de datos.....	47
3.4 Procedimientos de recolección de datos	48
3.5 Procedimientos de análisis de datos.....	49
CAPÍTULO IV	50
4 Resultados	51

4.1	Medición del burnout y sus sub-escalas.....	51
4.2	Relación entre burnout y antigüedad en el puesto de trabajo.....	54
4.3	Relación entre burnout y sexo	55
4.4	Burnout y su relación con otras variables	56
CAPÍTULO V.....		59
5.1	Discusión.....	60
5.2	Conclusiones.....	65
5.3	Recomendaciones	66
5.4	Limitaciones	67
Referencias bibliográficas		68
ANEXOS.....		72

Índice de Tablas

Tabla N° 1. Descripción de muestra: sexo.	38
Tabla N° 2. Descripción de casos: edad.	38
Tabla N° 3. Descripción de muestra: estado civil.	39
Tabla N° 4. Descripción de muestra: hijos.	40
Tabla N° 5. Descripción de la muestra: sector de actividad.	42
Tabla N° 6. Descripción de la muestra: realiza actividades físicas.....	45
Tabla N° 7. Descripción de la muestra: realiza actividades recreativas.....	46
Tabla N° 8. Medición del burnout.....	51
Tabla N° 9. Medición del burnout: sub-escala Agotamiento Emocional (EE).....	52
Tabla N° 10. Medición del burnout: sub-escala Despersonalización (D).	53
Tabla N° 11. Medición del burnout: sub-escala Realización Personal (PA).....	53
Tabla N° 12. Correlación entre burnout y sus subescalas	54
Tabla N° 13. Relación entre burnout y antigüedad.....	55
Tabla N° 14. Relación entre burnout y sexo.....	55
Tabla N° 15. Relación entre burnout y sexo.....	56
Tabla N° 16. Relación entre burnout y sector de actividad.	56
Tabla N° 17. Relación entre burnout y cantidad de pacientes que atiende por día y horas promedio de trabajo por día.....	57
Tabla N° 18. Relación entre burnout y realización de actividades físicas.	57
Tabla N° 19. Relación entre burnout y realización de actividad recreativa.	58

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1. Descripción de muestra: sexo.	38
Gráfico N° 2. Descripción de muestra: edad.	39
Gráfico N° 3. Descripción de muestra: estado civil.	40
Gráfico N° 4. Descripción de muestra: hijos.	41
Gráfico N° 6. Descripción de la muestra: sector de actividad.	43
Gráfico N° 7. Descripción de la muestra: cantidad de pacientes que atiende por día.	44
Gráfico N° 8. Descripción de la muestra: cantidad de horas de trabajo por día.	45
Gráfico N° 9. Descripción de la muestra: realiza actividades físicas.	46
Gráfico N° 10. Descripción de la muestra: realiza actividades recreativas.	47
Gráfico N° 11. Medición del burnout.	51
Gráfico N° 12. Medición del burnout: sub-escala Agotamiento Emocional (EE).	52
Gráfico N° 13. Medición del burnout: sub-escala Despersonalización (D).	53
Gráfico N° 14. Medición del burnout: sub-escala Realización Personal (PA).	54

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre síndrome de burnout, antigüedad en el puesto de trabajo y sexo en médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná.

Se trató de una investigación descriptiva y correlacional, transversal o transeccional y con datos de campo; el procedimiento de selección de la muestra utilizado fue no probabilístico, intencional.

Se administró un cuestionario sociodemográfico y el Maslach Burnout Inventory (MBI) a una muestra compuesta por 60 participantes, entre ellos, 32 mujeres y 30 varones, con una media de antigüedad laboral de 14,65 años. El procesamiento y análisis estadístico de datos se realizó usando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 y, para analizar la relación entre síndrome de burnout, antigüedad en el puesto de trabajo y sexo el análisis estadístico inferencial que se llevó a cabo fue el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba de Anova de una vía.

El síndrome tuvo una prevalencia de 6,5%, el 33,9% presentó una tendencia a burnout y el 59,7% se encontraba sin riesgo de burnout. En relación a las sub-escalas del burnout, se obtuvieron los siguientes resultados: para agotamiento emocional, 40,3% bajo, 22,6% medio y 37,1% alto; para despersonalización, 59,7% baja, 22,6% media y 17,7% alta; y, por último, para realización personal 58,1% baja, 19,4% media y 22,6% alta.

Entre los médicos con menos de 10 años de antigüedad el síndrome tuvo una prevalencia de 8,3% y una prevalencia de 7,1% en aquellos que tenían entre 10 a 25 años de antigüedad. No se hallaron casos de burnout en médicos con más de 25 años de antigüedad. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las variables síndrome de burnout y antigüedad laboral; esta correlación es de signo negativo, lo que significa que cuanto menor es la antigüedad, mayor es el burnout, decreciendo el síndrome a medida que transcurren los años.

En cuanto al sexo, 10,0% de los casos de burnout se encontraron en varones, mientras que el 3,1% se dio en mujeres. No se halló una diferencia estadísticamente significativa entre las variables síndrome de burnout y sexo.

Otras variables que se analizaron en relación a burnout fueron sector de actividad (público, privado o ambos), cantidad de pacientes que atiende por día, horas promedio que

trabaja por día, realiza actividad física y realiza actividad recreativa. En cuanto a estas variables, se obtuvo una correlación significativa entre el síndrome y la cantidad de horas de trabajo por día, cuya media fue de 8.9 horas.

En conclusión, se halló que, en los médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná, el síndrome de burnout se relaciona con las variables antigüedad en el puesto de trabajo y la cantidad de horas que trabajan por día, pero no con el sexo de los mismos.

Se debe tener en cuenta el tamaño reducido de la muestra y, debido a cómo se confeccionó el cuestionario sociodemográfico, las respuestas en relación a la cantidad de horas de trabajo por día, y otras categorías exploradas, fueron dadas con vacilación. Al mismo tiempo, los participantes se mostraron dudosos al responder algunos ítems del MBI, señalando la escala de frecuencia como complicada.

Estos resultados pueden favorecer la creación de medidas que prevengan el desarrollo del síndrome como así también la detección temprana del mismo, evitando que afecte no solo el desempeño laboral del profesional sino también su salud y la salud de terceros.

A su vez, los resultados de esta investigación pueden ser de ayuda a futuras investigaciones que busquen una comprensión más profunda del síndrome de burnout en el sector de salud de la ciudad de Paraná.

CAPÍTULO I

1 Introducción

1.1 Planteamiento y Formulación del Problema

El síndrome de burnout (Gil-Monte y Marucco, 2006) es entendido como el resultado frente al estrés permanente que tiene lugar en el ámbito del trabajo. El síndrome se presenta en mayor medida en aquellas profesiones dedicadas a la asistencia o que destinan su labor a la sociedad, como lo hace el profesional médico, por lo tanto, el detrimento de la condiciones del trabajo del mismo tiene consecuencias en toda la población.

El entorno laboral en sanidad (Gil-Monte y Marucco, 2006), el estado crítico de los pacientes atendidos, la limitación de técnicas sanitarias y el deterioro de la valoración del profesional médico favorecen a la instauración de inseguridad y de distintos tipos de estrés. En relación al contexto actual de la sanidad (Salomón y Valdéz, 2019), se agrega la privatización de la cobertura social, la insuficiencia de fondos que no permite la estabilidad en el trabajo, los salarios inadecuados que deterioran el valor del labor, el número de personas a las que se asiste y las demandas que se tienen que responder son algunas de las variables que colaboran con el aumento del estrés, posibilitando el desarrollo del burnout.

La exploración bibliográfica da cuenta de numerosas variables asociadas al síndrome de burnout, esta investigación se centra en dos de ellas: antigüedad en el puesto de trabajo y sexo de médicos de diferentes especialidades.

En relación al sexo (Pérez Jáuregui, 2000, en Salomón y Valdez, 2019), se sostiene que las mujeres pueden afrontar los problemas del trabajo de manera más adecuada que los hombres, sin embargo, no sólo tratan con el establecimiento donde se desempeña sino también con la casa, donde la mujer muchas veces tiene más deberes.

En cuanto a la antigüedad laboral, los estudios señalan (Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes, San Luis-Costas y otros, 2017, en Salomón y Valdez, 2019) que con el transcurso del tiempo el sujeto adquiere conocimiento y confianza frente a sus deberes, permitiendo menos inseguridad ante la presión del trabajo. A la vez, se plantea que la antigüedad laboral se asocia directamente con el síndrome de burnout, existiendo una etapa donde el sujeto es más susceptible al mismo, aproximadamente a partir de los diez años.

Existen muchas investigaciones recientes que han abordado la asociación de estas variables con el síndrome en distintos profesionales sanitarios, todas con resultados muy variables, no obstante, no se cuenta con estudios que consideren dicha temática en los médicos especialistas de la ciudad de Paraná.

En relación a los múltiples resultados arribados por las numerosas investigaciones que asocian el síndrome de burnout con el sexo y la antigüedad laboral, se puede observar por ejemplo que, en un estudio con médicos especialistas, de posgrado y residentes de un hospital (Chérrez Martínez, 2015) la mayoría de los casos de burnout se daban en mujeres y, entre los sujetos con 0 a 5 años de trabajo, el síndrome se presentó un 48,3%.

Por otro lado, un estudio elaborado con médicos y enfermeros (Ramírez, 2017) encontraba que los sujetos con más de 12 años de experiencia, que trabajan más de ocho horas y atendían a más de 18 personas por día presentaban mayor riesgo de padecer el síndrome. Al mismo tiempo, el trabajo señala que el sexo masculino se asoció a un mayor riesgo de despersonalización.

Igualmente, una investigación realizada con médicos y residentes (Ortega Gutiérrez, Quinche Suquilanda, Sinchire Jiménez y Álvarez Román, 2017), obtenía que el burnout afectaba mayormente a los hombres, no obstante, el síndrome afectaba también a los sujetos con menos de diez años de antigüedad.

Otras investigaciones exploran la relación del síndrome, el sexo y la edad de los profesionales, como es el caso de un trabajo realizado con médicos de cada servicio de un hospital (Montes Nájera, 2015), donde se hallaba que las mujeres presentaban más el síndrome, sin embargo, el burnout tenía mayor prevalencia en los sujetos con una edad mayor a los 45 años.

Así también, un trabajo llevado a cabo en la ciudad de Paraná, Entre Ríos (Sapetti y Toso Aguilar, 2018), con anestesiólogos encontró que los hombres obtuvieron mayores porcentajes de agotamiento emocional, mientras que las mujeres obtuvieron puntuaciones elevadas para las dimensiones de despersonalización y realización personal. Sin embargo, el estudio señala que las diferencias en cuanto al sexo eran de escasa significancia. Por otro lado, la edad encontró una relación negativa en las sub-escalas de agotamiento emocional y despersonalización, de modo que a menor edad, mayor es la tendencia hacia las anteriores; al contrario ocurre con la realización personal, que se relacionó positivamente con la

variable edad, es decir que a mayor edad, mayor es la realización personal. Al mismo tiempo, el estudio identifica la atención a pacientes y la situación laboral como estresores asociados al trabajo.

Mientras tanto, algunos estudios sólo señalan que existe una relación entre el síndrome y la antigüedad laboral, como es el caso de un trabajo elaborado con auxiliares en enfermería, enfermeros y, en menor medida, médicos que se desempeñaban en cuidados paliativos (Fernández Sánchez, Pérez-Mármol y Peralta Ramírez, 2017), que halló que los sujetos con mayor antigüedad mostraban niveles más bajos del síndrome, tenían más horas para dormir y realizaban alguna actividad física de manera habitual.

En otros casos, las investigaciones no encuentran relación entre las variables, como por ejemplo, un estudio realizado con médicos (Martínez Mezo, 2017) obtuvo que un total de 11,55% de los profesionales padecían el síndrome, pero este no se relacionaba con el sexo ni con la edad, sin embargo, se encontró una relación entre el síndrome y el sitio donde el médico trabaja. El autor señala que quienes trabajan en el sector privado experimentan una menor cantidad de vivencias de violencia que aquellos profesionales que se desempeñan en el ámbito público y que los profesionales que sufren violencia presentan menos realización personal y más despersonalización y agotamiento emocional.

Asimismo, un trabajo elaborado con médicos docentes (Centeno Calderon, 2018), observó que el síndrome se presentaba en un 25% de la población, donde 71% poseía una práctica por encima de los 10 años, sin encontrar una relación entre las variables, por lo tanto ésta última no representa un peligro relacionado al burnout. A su vez, el trabajo indica que el sexo femenino, la edad de 45 años o más, la cantidad de personas que atiende diariamente y ejercer una especialidad quirúrgica no se relacionan al síndrome en la población estudiada.

A su vez, una investigación realizada en la provincia de Mendoza (Belver, Fábrega, Fougere, González, Posadas y Rodríguez, 2017), cuyos participantes fueron médicos y residentes de todas las ramas de la medicina, no encontró una asociación entre burnout y la antigüedad, sexo y edad, entre otros. Aún así, el estudio observó que los médicos residentes tienden al desgaste más aún que los médicos que trabajan en planta.

Por último, un estudio realizado con médicos anestesiólogos y residentes de dicha especialidad de Rosario y sitios cercanos a la ciudad (Montenegro, Elena, Tarrés y

Moscoloni, 2017), analizó las variables protectoras y de riesgo de burnout en anestesiólogos, entre ellas, edad, sexo, antigüedad en la profesión, sector de trabajo (público, privado o ambos) y horas semanales de trabajo. El estudio halló que el síndrome se presentaba en el 32,5% de la muestra y, aunque las variables mencionadas no aportaron datos relevantes, se vislumbró que, entre aquellos sujetos que no presentaban el síndrome, el 53% destinaban un período mayor a 30 horas por semana a la realización de actividades recreativas.

A partir de la anterior revisión bibliográfica se plantearon las siguientes preguntas para el desarrollo de esta investigación:

¿Existe relación entre síndrome de burnout, antigüedad en el puesto de trabajo y sexo en médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná?

¿Existe relación entre el síndrome de burnout y sector de actividad (público, privado o ambos), cantidad de pacientes que atiende por día, horas promedio que trabaja por día, realizar actividad física y realizar actividades recreativas en médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar la relación entre síndrome de burnout, sexo y antigüedad en el puesto, en médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná.

1.2.2 Objetivos Específicos

Identificar la presencia del síndrome de burnout y sus dimensiones en médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná.

Establecer la prevalencia del síndrome de burnout en relación a la antigüedad en el puesto de trabajo de los médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná.

Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en relación al sexo de los médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná.

Examinar si el síndrome de burnout se asocia a otras variables individuales en médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná, a saber: sector de actividad (público, privado o ambos), cantidad de pacientes que atiende por día, horas promedio que trabaja por día, realiza actividad física y realiza actividades recreativas.

1.3 Hipótesis

El síndrome de burnout se relaciona con el sexo, afectando mayormente al sexo femenino. El síndrome se asocia a la antigüedad en el puesto de trabajo de modo que, a mayor antigüedad, menor es la prevalencia del síndrome.

El síndrome de burnout afecta a los médicos que trabajan tanto en el ámbito público como en el privado.

El síndrome se relaciona con la cantidad de pacientes y horas promedio diarias que trabaja el médico. Por lo tanto, mayor cantidad de pacientes atendidos diariamente y horas diarias que dedica trabajando, mayor es el síndrome.

El síndrome afecta a aquellos médicos que no realizan actividades físicas o recreativas.

1.4 Justificación

Se consideró importante abordar ésta investigación para poder identificar la existencia del síndrome de burnout en médicos especialistas de la ciudad de Paraná y su relación con variables sociodemográficas, específicamente la antigüedad en la especialidad y el sexo ya que no se hallaron investigaciones de este tipo realizadas en dicha ciudad, es decir, que traten con médicos de distintas especialidades.

A su vez, se busca complementar los resultados obtenidos de las variables “antigüedad en el puesto de trabajo” y “sexo” con aquellos que se obtengan de las demás variables estudiadas (sector de actividad – público, privado o ambos –, cantidad de pacientes que atiende por día, horas promedio que trabaja por día, realiza actividad física y realiza actividades recreativas) para así poder comprender el contexto personal y laboral de los profesionales de la ciudad y poder pensar en recomendaciones teniendo en cuenta las características de los sujetos estudiados.

Por medio del análisis de la literatura se observa al síndrome de burnout ligado a múltiples variables, por lo tanto, indagar sobre la relación entre otras variables y el síndrome, específicamente en los médicos especialistas de la ciudad de Paraná, donde los estudios en esta población y en relación a este tipo de variables son escasos, puede favorecer un mayor entendimiento de dicho síndrome en éste contexto.

Al mismo tiempo, los resultados pueden colaborar a la realización de futuras investigaciones que busquen profundizar la comprensión de la problemática del burnout en el ámbito sanitario.

CAPÍTULO II

2 Marco Teórico

2.1 Estado del Arte

Una investigación cualitativa – cuantitativa, no experimental, transversal y descriptiva llevada a cabo con médicos especialistas, postgradistas y residentes en Hospital Provincial General Latacunga (Chérrez Martínez, 2015), cuyos objetivos fueron por un lado, establecer la prevalencia y diagnóstico del síndrome en dicho hospital, por otro, establecer las bases teóricas del síndrome, averiguar qué factores lo desencadenan y establecer las consecuencias psíquicas y somáticas del síndrome en el mencionado hospital. Se utilizó la versión Human Services Survey, su adaptación española, del Maslach Burnout Inventory y una entrevista que contenía preguntas cerradas. De los 70 sujetos que respondieron el inventario, 29 padecieron el síndrome. La investigación concluye que el síndrome tiene una prevalencia de 41,4%, los índices elevados de cansancio emocional son de 52,9%, 47,1% de despersonalización y 27,1% de baja realización personal. El 51,4% eran mujeres, mientras que el 48,6% eran varones, un 58,6% de los casos de burnout se dieron en mujeres. El 35,7% de la muestra tenía entre 0 a 5 años de trabajo, la prevalencia del burnout en este grupo fue de 48,3%.

Un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y analítico elaborado en el Hospital Enrique Garcés (Montes Nájera, 2015), con 80 médicos tratantes de cada uno de los servicios de este hospital, utilizando el Maslach Burnout Inventory y los “equipos de detección sérica rápida de glucemia y de colesterol” (p. 43), evaluando la tensión arterial según los valores estandarizados de la American Heart Association (AHA) y tomando el peso y la talla para conseguir el índice de masa corporal con niveles concretados por la OMS, concluyó que la prevalencia el síndrome fue de 22,5% donde el 55% de los casos positivos correspondieron al sexo femenino. Los casos positivos también se presentaron mayoritariamente en los sujetos mayores a 45 años. Los objetivos del estudio fueron establecer la prevalencia del síndrome y su relación con los factores fisiológicos, químicos, y antropométricos de los médicos que trabajan en cada uno de los sectores de dicho hospital, definir rasgos que se relacionan al síndrome (estos fueron: género, edad, carga horaria, y estado civil), establecer el elemento más relevante del Maslach Burnout Inventory en los médicos evaluados y si la “escala positiva” (p. 5) de dicho inventario

influye “en los factores biológicos en relación a cambios fisiológicos, bioquímicos e índice de masa corporal” (p. 5).

Una investigación observacional, analítica y transversal realizada con 92 profesionales del servicio de cuidados paliativos del Hospital Universitario San Rafael, Granada (Fernández Sánchez y otros, 2017), entre ellos, 85,9% mujeres y 14,1% varones, 51,1% auxiliares de enfermería, 40,2% enfermeros y 8,7% médicos, utilizando el Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), tuvo por objetivo examinar los valores del síndrome y la asociación de éstos a las variables sociodemográficas, del trabajo y del estilo de vida. La investigación encontró que un 48,9% de los profesionales presentaban altos índices de burnout, entre estos, 33,7% presentaba índices alto en sólo una sub-escala, mientras que el 15,2% presentó índices altos en dos o tres sub-escalas del inventario. Al mismo tiempo, se halló que los profesionales de menor antigüedad expresaban mayores índices del síndrome y, conforme con esto, quienes poseían mayor antigüedad exhibían menos burnout que los sujetos con menor experiencia. El grupo de profesionales sin burnout no sólo gozaba de más horas de sueño, sino que también destinaban parte de su tiempo a la realización habitual de ejercicio físico, mientras que el total de los sujetos que mostraban una alteración en dos o tres sub-escalas no practicaba un ejercicio físico.

Un trabajo descriptivo – transversal elaborado en una provincia de Ecuador en el año 2016 (Ramírez, 2017), con el objetivo de establecer la prevalencia del síndrome y las dimensiones del mismo en una muestra compuesta por 116 profesionales, entre ellos, médicos y enfermeras, utilizando el Inventario de burnout de Maslach, concluyó que el 69,9% de los participantes fueron mujeres, la edad media de la muestra era de 38 años, el 54,4% eran médicos, mientras que el 44,6% eran enfermeras. En cuanto a la experiencia laboral, el 64,5% tenía una práctica de 12 años o menor, mientras que el 35,5% poseía más de 12 años de experiencia. La prevalencia del síndrome fue de 4,2%, el 26,5% de la muestra indicó altos grados de cansancio emocional, el 25,9% mostró altos grados de despersonalización y el 42,2% expresó bajos niveles de realización personal. Los mayores riesgos de presentar el síndrome los tienen aquellos sujetos con más de 12 años de experiencia, como así también, una carga horaria que superaba las 8 horas por día y la atención a más de 18 usuarios en el día. Los mayores riesgos de padecer cansancio

emocional los tenían aquellos sujetos que trabajaban más de 8 horas por día, atendiendo más de 18 pacientes por día y que realizaba turnos laborales. En cuanto al riesgo de despersonalización, las variables se asociaron con el sexo masculino, atender a más de 17 sujetos por día y la realización de turnos. Por último, el mayor riesgo de presentar una realización personal baja se asoció con no tener pareja, ejercer enfermería y realizar turnos.

Una investigación descriptiva – transversal llevado a cabo con 119 profesionales (Ortega Gutiérrez y otros, 2017), entre ellos 69 residentes y 50 médicos, del Hospital General Teófilo Dávila de Machala, estableció como objetivos conocer la prevalencia del síndrome en dicho hospital, determinar la asociación del mismo con las variables de sexo, edad y antigüedad laboral, establecer y comparar la presencia del síndrome entre los médicos y los residentes. La investigación obtuvo que el 30,26% de la población presentaba el síndrome, afectando al 66,66% de la población masculina, como así también al 36,17% de los sujetos entre las edades de 20 a 30 años, siendo los menos perjudicados los sujetos entre 51 a 60 años, con puntajes de 8,33%. Los sujetos con menos de 10 años de antigüedad laboral se encontraban perjudicados por el síndrome, obteniendo valores de 58.34%, en oposición a aquellos que tenían entre 21 a 30 años de antigüedad, que obtuvieron puntajes de 8,33%. En cuanto a las subescalas del síndrome, la realización personal se encontraba perjudicada con valores de 35,78%, un 41.19% presentó bajos niveles de cansancio emocional mientras que 47.05% obtuvieron valores altos de despersonalización. Por último, los médicos residentes fueron quienes presentaron mayormente el síndrome, obteniendo valores de 66,66%, mientras que el resto obtuvo un puntaje de 33,34%. Se obtuvo la información utilizando el Maslach Burnout Inventory y un cuestionario para recoger información sobre las variables.

Un trabajo transversal de base poblacional elaborado con el 13% los médicos colegiado de Málaga (Martínez Mezo, 2017), tuvo como finalidad crear una plataforma destinada a analizar la salubridad de los médicos de dicha localidad, enfatizando la presencia del síndrome de burnout y su relación con otros factores, examinar la salud de los médicos, analizar la influencia de la violencia que el médico sufre en la práctica profesional, valorar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales y determinar la relación entre agresión, síndrome de burnout y estado general de salud. Para lograr estos objetivos utilizó un cuestionario para extraer información sociodemográfica y

profesional, el Cuestionario General de Salud (GHQ12), el Cuestionario de Agresiones del Observatorio Andaluz de Agresiones y el Cuestionario de Burnout (MBI) para profesionales de la salud. En relación al estado general de salud, el 43,58% se encontró en peligro de sufrir un trastorno mental; las médicas alcanzaron peores puntajes medios, advirtiendo una asociación entre el grupo en peligro de sufrir un trastorno mental y los factores de género, sitio donde trabaja, tipo de actividad y contrato, los puntajes más bajos se observó en los sujetos que gozaban de más equilibrio en el trabajo. Por otra parte, en cuanto al síndrome de burnout, 11,55% presentaron el síndrome, no se halló una asociación entre éste y el sexo o la edad, pero se advirtió que el sitio donde ejerce el sujeto se asocia a un incremento del agotamiento emocional y la despersonalización. Un porcentaje mayor al 30% de la muestra indicó padecer de agresiones en el lugar donde trabaja y encontrándose una asociación entre la mayor representación de violencia y peores puntajes en el HGQ-12. Al mismo tiempo, los profesionales que ejercen en el sector privado padecen menos violencia que aquellos que se desempeñan en lo público. Los profesionales que sufren agresiones mostraban menores niveles de realización personal y niveles más alto de despersonalización y agotamiento emocional; a su vez, el agotamiento emocional, despersonalización y burnout son mayores en aquellos profesionales que vivían situaciones de violencia pero que no realizaban denuncias.

Un estudio observacional – analítico realizado entre noviembre del 2016 y enero del 2018 con 68 médicos docentes que trabajaban en el Hospital Regional Docente de Trujillo (Centeno Calderon, 2018) cuyos objetivos fueron comprobar si la experiencia laboral se asocia al desarrollo del síndrome y establecer la prevalencia del síndrome, la frecuencia según la práctica y de las variables asociadas al síndrome en la muestra mencionada obtuvo, utilizando el MBI y una encuesta sociodemográfica, 17 casos y 51 controles. Así, la asiduidad del síndrome fue de un 25%, entre los cuales el 71% poseía una práctica que superaba los 10 años, el 23,5% manifestó niveles altos de agotamiento emocional, 35,3% de despersonalización y el 17,6% de baja realización personal. En cuanto al sexo de la muestra, el 76,5% eran hombres, mientras que el 23,5% eran mujeres. El estudio no encuentra relación entre el sexo femenino, tener 45 años o más, la cantidad de personas que atiende a diario, desempeñarse en el ámbito quirúrgico y el síndrome en los médicos docentes estudiados.

Un trabajo de tipo transversal elaborado entre febrero y diciembre del 2015 en la provincia de Mendoza, Argentina (Belver y otros, 2017), cuyo objetivo fue averiguar la presencia del síndrome de burnout y las particularidades de médicos y residentes de todas las especialidades, del área privada y/o pública de dicha provincia, utilizando el Maslach Burnout Inventory y una encuesta para recolectar información relacionada a los profesionales, concluyó que, de las 244 encuestas, el 47,8% eran sujeto de sexo masculino, el 52,2% eran de sexo femenino. En cuanto al burnout, el 51,2% presentó en la escala de agotamiento emocional gran peligro de burnout, el 34,8% lo presentó en la escala de despersonalización y el 7,8 en la de realización personal. No se vislumbró una asociación entre burnout y antigüedad, sexo entre otras variables estudiadas.

Una investigación estadística descriptiva epidemiológica, realizada con 209 médicos y residentes anestesiólogos de la localidad de Rosario y sus alrededores (Montenegro y otros, 2017), cuyos objetivos fueron determinar las variables protectoras y de riesgo del síndrome y analizar sus dimensiones asociadas a aspectos sociodemográficos y personales, observó, utilizando el MBI, que el síndrome se presentó en el 32,5% de la muestra, los porcentajes de cada sub-escalas fueron los siguientes: para agotamiento emocional 35,4% bajo, 33,0% medio y 31,6% alto; para despersonalización 29,2% bajo, 23,9% medio y 46,9% alto; para realización personal 14,4% bajo, 34,0% medio y 51,7% alto. En cuanto a las variables sociodemográficas y personales estudiadas, estas fueron: edad, sexo, estado civil, número de hijo y si convive con los mismo, cantidad de horas por semana que dedica a realizar actividades recreativas, antigüedad profesional, lugar de trabajo (público, privado o ambos), si se encuentra cursado una residencia y el año en el que se encuentra cursando la misma, horario semanal de trabajo y de guardia y la clase de guardia que realiza (activa, pasiva, ambas o no realiza guardias). El estudio solamente obtuvo aportes estadísticamente significantes de la variable “horas semanales de actividad recreativa”. Los profesionales que no estaban afectado por el síndrome, el 14% de la muestra, mostraban baja realización personal, sin embargo, el 53% de los sujetos que no presentaban el síndrome dedicaban un período mayor de 30 horas por semana a la realización de actividades recreativas.

Por último, una investigación realizada en la ciudad de Paraná, Entre Ríos (Sapetti y Toso Aguilar, 2018) cuantitativa, descriptiva, ex post facto y transversal, realizada con médicos anestesiólogos, tuvo como objetivos: identificar la asociación entre las

dimensiones del burnout y las estrategias de afrontamiento, identificar cuáles eran los estresores referidos por estos médicos, describir las estrategias de afrontamiento usadas habitualmente ante los estresores, detallar las dimensiones del burnout en dichos profesionales y establecer si el sexo y la edad determinan una distinción y comprobar si en los médicos anestesiólogos de Paraná se relacionan las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de burnout. A partir de la aplicación a 33 anestesiólogos de un cuestionario sociodemográfico, la escala de Maslach burnout inventory (MBI) adaptada al español y la escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman para adultos obtuvo que:

- los estresores asociados al contexto de trabajo eran atención a pacientes, con un porcentaje de 57,60%, y la situación laboral, cuyos valores obtenidos fueron de 39,40%;
- en relación a síndrome de burnout, se encontró un 48,5% de agotamiento emocional bajo y un 51,5% medio, un 60,6% de despersonalización baja y un 39,4% media, 66,8% de realización personal alta, 30,2% media y 3% baja; en relación con el sexo, los hombres mostraron un mayor nivel de agotamiento emocional, que alcanzó un porcentaje de 1,72%, mientras que en las mujeres se encontró un porcentaje de 1,60%, en la dimensión despersonalización las mujeres alcanzaron puntuaciones de 1,35% y los hombres 1,18% y en realización personal las mujeres obtuvieron un porcentaje de 5,19% y los hombres 4,81%, las autoras señalan que las diferencias en relación al sexo tenían poca significancia;
- en relación a la edad, se encontró una relación negativa con la misma asociada a las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización, lo que significa que cuanto menos es la edad mayor es la disposición a dichas dimensiones, mientras que para la dimensión realización personal se halló una relación positiva, es decir, cuanto más la edad del sujeto mayor es la realización personal;
- por último, la investigación encontró que las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de burnout se asociaban de forma tal que los profesionales que manifestaron mayores índices de agotamiento emocional emplean mayoritariamente estrategias de análisis lógico, al mismo tiempo, los

profesionales que indicaron mayores niveles de agotamiento y despersonalización utilizan frecuentemente la estrategia de evitación cognitiva, los profesionales que manifestaron mayores índices de realización personal usan menos la estrategia de evitación cognitiva y quienes manifestaron índices menores de agotamiento emocional utilizan menos la estrategia desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas.

2.2 Encuadre Teórico

2.2.1 Definición

El término *burnout* o *quemarse por el trabajo* (Gil-Monte y Marucco, 2006) aparece en Estados Unidos en la década del 70. Freudenberguer (1974, en Gil-Monte y Marucco, 2006) empleó el término para hablar de los sujetos que realizaban tareas voluntarias que, entre el primer y tercer año, se caracterizaban por un estado de desmotivación y desinterés por su labor. Estos voluntarios tenían horas de trabajo fluctuantes y elevadas, una remuneración insuficiente, un entorno demandante y reemplazaban la ausencia de conocimiento por una actitud entusiasta. Freudenberguer planteaba que en los voluntarios se daba un progresivo deterioro psíquico y pérdida de la motivación, esto podía durar alrededor de un año, y acompañarse de manifestaciones corporales y mentales.

Luego, Christine Maslach (Maslach y Jackson, 1981, Maslach y Jackson, 1984 y Maslach y Jackson, 1986, en Gil-Monte y Marucco, 2006) examina cómo los sujetos hacen frente a la alteración de las emociones en el empleo, arribando a resultados similares a los de Freudenberguer. Maslach se interesó por unas estrategias que recibieron el nombre de despersonalización, estas describen la manera en que los profesionales sanitarios entremezclan la actitud compasiva con la distancia emocional, evaden implicarse con el padecimiento del usuario y usan la despersonalización para defenderse de los contextos estresantes, dando lugar a un trato despersonalizado para con el usuario.

Si bien Maslach utiliza públicamente el término *burnout* en el año 1976 (Gil-Monte, 2005, en Quiceno y Vinaccia Alpi, 2007), es en 1981 cuando, junto con Susan Jackson, lo conceptualizan como “un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia” (p. 119) y, en el año 1982, se elabora el Inventario de Burnout de Maslach. En ese año (Moriani y Herruzo, 2004 en Quiceno y Vinaccia Alpi, 2007) Maslach define el *burnout* “como una respuesta de estrés crónico a partir de tres factores: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo” (p. 119).

Gil-Monte (2003, en Quiceno y Vinaccia Alpi, 2007) describe estas tres dimensiones, caracterizando la baja realización personal como las “respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo” (p. 119); el cansancio emocional es entendido como la gradual

disminución de voluntad, el profesional se siente agotado y que es incapaz de entregarse afectivamente; por último, la despersonalización se expresa en el profesional en irritación, conducta negativa y una atención indiferente y poco personal con los usuarios.

2.2.2 Síntomas Asociados

Mc Cornnell (1982, en Gil-Monte y Marucco, 2006) plantea los siguientes signos y síntomas:

Signos y síntomas físicos. Estos son similares a los que se presentan en personas que sufren de estrés laboral, algunos de ellos son: cansancio, apatía, percepción de que el propio desempeño laboral es pobre, jaqueca recurrente, problemas estomacales, problemas respiratorios y problemas para dormir, entre otros.

Síntomas conductuales. Estos repercuten en las relaciones laborales, ya sea en la relación con colegas o con usuarios, y en las relaciones con los propios parientes.

Síntomas psicológicos. Como trabajo excesivo, ausencias recurrentes, percepción de incompetencia en relación al propio trabajo, sensación de compromiso desmedido con relación al padecimiento del usuario y sensación de imprecisión, incapacidad o agresividad, entre otros.

2.2.3 Variables Asociadas

Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) distinguen entre dos tipos de variables, las variables personales y las del trabajo y la organización. En las variables personales se encuentran:

Edad y su asociación con la experiencia laboral. Cherniss (1982, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) y Maslach (1982, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) proponen que, con el transcurso de los años se gana más confianza en el trabajo y se pierde la inseguridad ante las tensiones laborales. Por otro lado, Moreno-Jiménez y Peñacoba (1999) plantean que, aunque no pareciera existir una asociación entre edad y burnout, podría hallarse una instancia de sensibilidad o generación del síndrome. Conforme con esto, distintos autores (Applebaum, 1981; Cherniss, 1980, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) proponen que en el período inicial de la carrera ocurre un pasaje desde los ideales desarrollados en la formación a la realidad de la praxis, aprendiendo el profesional que el beneficio individual, profesional y económico que obtiene no es el propuesto o el deseado.

Para Hadziolava (1988, en Párraga Sánchez Cáceres, 2005) existe en los empleados con más edad condiciones que pueden generar estrés; tales como el empleo de tecnología moderna, trabajos que requieren mucha inspección, presión en el tiempo, realizar turnos y trabajar por la noche, entre otros. A pesar de todo esto, los sujetos con más edad también cuentan con un mayor entendimiento de sus recursos, mientras que la experiencia les aporta mayores posibilidades de responder para enfrentar una situación compleja, compensando así cualquier empobrecimiento en su trabajo. Pérez Jáuregui (2000, en Salomón y Valdez, 2019), afirma que la edad influye en la despersonalización, de forma que los trabajadores de menor edad y que recientemente comienzan a desempeñarse en el ámbito laboral representan a los más afectados por el estrés y el burnout, esto se debe a que no poseen recursos defensivos aptos para hacer frente a las demandas.

Sexo. En la investigación elaborada por Maslach y Jackson (1985, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991), las autoras plantean que las mujeres pueden soportar los conflictos laborales de mejor manera que los hombres. Sin embargo, para Freudenberg y North (1985, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991), son las mujeres las que más padecen este síndrome debido a la gran cantidad de trabajos que enfrentan. Maslach y Jackson (1985, en Párraga Sánchez Cáceres, 2005) señalan que las mujeres son más proclives al agotamiento emocional y baja realización personal que los hombres, quienes tienden más a la despersonalización. Distintos autores (Pines y Kafry, 1981; Etzion y Pines, 1986; Greenglass y Burke, 1988, en Párraga Sánchez Cáceres, 2005) indican que esta variable se relaciona a aspectos particulares ligados al empleo que disponen principalmente a la mujer al desarrollo del síndrome por manifestar mayormente conflicto de rol, síntomas depresivos, problemas entre el hogar y el empleo, etc., mientras que Parkes (1998, en Párraga Sánchez Cáceres, 2005) plantea que el estrés en los trabajadores se relacionaría más con los roles sexuales que a diferencias biológicas. Gil-Monte (2017) explica que el sexo modula la forma en la que el síndrome de burnout se desarrolla, es decir, “el patrón de relaciones significativas que se establece entre los antecedentes del SQT y sus síntomas varía en función del sexo, al igual que las relaciones entre los síntomas y sus consecuencias” (p. 99).

Familia. Cobb (1976, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991), House (1981, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) y McCaulley (1981, en Álvarez Gallego y

Fernández Ríos, 1991) proponen que ser estable emocionalmente y el hecho de ser padre o madre incrementa la seguridad que se necesita para resolver conflictos. En relación al estado civil, según investigaciones recientes (Bria, Băban, Dumitrașcu, 2012; Amofo, Hanbali, Patel y otros, 2015, en Salomón y Valdez, 2019), no se ha encontrado una correlación con el síndrome, al mismo tiempo, no se encontraron distinciones entre las personas casadas y aquellas que estaban solteras en las distintas subescalas. Por otro lado, se señala que las personas con hijos alcanzan mayores niveles de realización personal (Amofo, Hanbali, Patel y otros, 2015, en Salomón y Valdez, 2019), debido a que estos los contendrían y favorecerían de esta forma el ejercicio de su profesión. La familia del trabajador, según distintos autores (Aranda Beltrán, Pando Moreno y Pérez Reyes, 2004; Aranda y Pando, 2003, en Salomón y Valdez, 2019), lo protegería frente a los estresores; esta variable estaría en estrecha relación con los recursos de afrontamiento del sujeto.

Personalidad. McCaulley (1981, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) planteaba que los profesionales que se dedican a la asistencia de personas poseen un tipo de personalidad distinta a la de otros profesionales. Keen (1982, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) y Myers y McCaulley (1985, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) explicaban que los profesionales de los servicios sanitarios y educativos predominan un tipo de personalidad emocional, opuesta a una racional, con un porcentaje de aproximadamente de 80 – 20%. Garden (1989, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) afirmaba que la gran cantidad de reclamos afectivos podrían causar el agotamiento en los profesionales con personalidades de tipo emocional, es decir, aquellas que prevalecen en los servicios humanos. Por otro lado, distintos autores (García Carmona y Robles Ortega, 2011; De la Fuente, Gómez Urquiza, Cañadas y otros, 2017; Espinoza-Díaz, Tous Pallarès y Vigil-Colet, 2015, en Salomón y Valdez, 2019), afirman que la personalidad influye en el agotamiento y denominan *personalidad resistente* a la suma de rasgos que permiten al sujeto afrontar los distintos estresores y lo defienden de vivencias nocivas; este tipo de personalidad se relaciona, entre otras variables, a una mayor defensa frente a los estresores laborales; al mismo tiempo, se habla de que un mayor *sentido de coherencia* se perciben menos los estresores laborales, el agotamiento emocional y el burnout, asociándose a una mayor salud psíquica y física; la *sobreadaptación* a los requisitos del exterior, en un trabajo

donde la remuneración no ocurre inmediatamente y no es perdurable, perjudicando al sujeto, influye el desarrollo del síndrome.

Entrenamiento profesional. Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) afirman que los distintos autores concuerdan en que la práctica insuficiente en escuelas o universidades es una desventaja para quienes comienzan a ejercer la profesión. Wilder y Plutchik (1981, en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) enumeraron algunas de las fallas más frecuentes:

- Exceso de conocimiento teórico.
- Insuficiente preparación en aptitudes prácticas.
- Falta de conocimiento en habilidades de control sobre las propias emociones y de la ansiedad.
- Insuficiente aprendizaje sobre cómo funciona la institución en la que trabaja.

En cuanto a las variables asociadas al trabajo y la organización, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) utilizan la explicación de Herzberg, Mausner y Symderman (1959), estas son:

Intrínsecas o motivacionales, asociadas al contenido del trabajo. Variables que indican cómo la institución alienta las habilidades del profesional:

- Independencia del profesional para que puede tomar una decisión por sí mismo.
- Diversidad de las tareas.
- Cantidad de trabajo.
- Valor de la tarea.
- Fomentar y desarrollar al profesional.

Extrínsecas. Se distinguen tres dimensiones: la física, que incluye lo relacionado con el estado para habitar donde se efectúa la tarea; la social, donde se encuentran todas las personas con las que el profesional se relaciona, acompañada de las variables intrínsecas, esta dimensión es la que más se asocia con el desgaste laboral; por último, la organizacional, incluye los papeleos administrativos, jerarquías, normas y reglas.

2.2.4 Modelos Teóricos

Gil-Monte y Peiró (1999), proponen tres modelos psicosociales para comprender el síndrome de burnout:

Teoría sociocognitiva del yo. A partir de los aportes de Albert Bandura, este modelo propone como causa a la cognición, ésta ejerce influencia sobre lo percibido, produciendo un cambio en la misma. Al mismo tiempo, es importante la confianza en las cualidades personales, ya que ésta establecerá el esfuerzo para lograr metas y la manera en la que el sujeto reaccionará emocionalmente. Dentro de estas teorías se encuentran el modelo de competencia social de Harrison (1983, en Gil-Monte y Peiró, 1999), el modelo de Cherniss (1993, en Gil-Monte y Peiró, 1999) y el modelo de Pines (1993, en Gil-Monte y Peiró, 1999), estos modelos proponen que la percepción de la propia eficacia es el elemento fundamental para desarrollar burnout. También, dentro de estas teorías, se encuentra el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993, en Gil-Monte y Peiró, 1999) quienes plantean que la variable responsable del desarrollo del síndrome es la confianza personal como profesional y la manera en que esta incide en la realización personal en el trabajo.

Teorías del intercambio social. Para estas teorías, la causa del síndrome radica en la percepción de desigualdad o ausencia de logro que derivan de comparaciones que el sujeto realiza en las relaciones con los otros. Por lo tanto, el síndrome sería producto de una percepción constante de que se cede más de lo que se recibe, sin poder solucionar esta problemática. Dentro de estas teorías se encuentran el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993, en Gil-Monte y Peiró, 1999) y el modelo de Hobfoll y Fredy, (1993, en Gil-Monte y Peiró, 1999).

Teoría organizacional. Estas teorías acentúan el valor de las tensiones laborales y de los mecanismos para afrontar la vivencia de burnout que se utilizan. Dentro de estas teorías se encuentra el modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983, en Gil-Monte y Peiró, 1999), que resalta la importancia de las alteraciones, excesos y carencias del rol para desarrollar burnout; el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993, en Gil-Monte y Peiró, 1999) distingue el valor de la salubridad organizacional y el modelo de Winnubst (1993, en Gil-Monte y Peiró, 1999), quien indica la relevancia estructural, cultural y climática de la organización.

Gil-Monte y Marucco (2006) llaman a los tres modelos recién expuestos modelos comprensivos, y modelos de proceso a los siguientes cuatro:

Modelo tridimensional del MBI-HSS. Este inventario cuenta con tres dimensiones donde se ordenan veintidós ítems, valorando la realización personal en el trabajo, el agotamiento emocional y la despersonalización.

Modelo de Edelwich y Brodsky (1980, en Gil-Monte y Marucco, 2006). Este modelo entiende el síndrome de burnout como una pérdida de ilusión en relación al propio trabajo. Este proceso tiene cuatro etapas, la primera de contento, la segunda de inmovilización, la tercera de desilusión y por último la de indiferencia.

Modelo de Price y Murphy (1984, en Gil-Monte y Marucco, 2006). Se explica el síndrome de burnout como un procedimiento de ajuste a contextos laborales estresantes. Las etapas en este proceso son seis: confusión, desequilibrio emocional, sensación de culpabilidad a causa de un error o falla laboral, aislamiento y desanimo, al sobreponerse puede pedir ayuda y, por último, se recupera la armonía con la que se comenzó el empleo.

Modelo de Gil-Monte (2005, en Gil-Monte y Marucco, 2006). Entiende el síndrome de burnout como “una respuesta al estrés laboral crónico” (par. 40) propio de aquellos profesionales cuya actividad está destinada a otras personas, y se observa un alteración cognitiva, llamada *pérdida de la ilusión por el trabajo*, y una alteración afectiva, conocida como *desgaste psíquico*. Luego de la aparición de estos síntomas, el sujeto manifiesta comportamientos negativos en relación a los usuarios de los servicios que presta, como así también puede aparecer la sensación de culpabilidad. Por lo tanto, el proceso puede tener dos perfiles: el primero es considerado un modo moderado ya que el sujeto no es incapaz de desempeñar su labor; el segundo representa los casos más graves de alteraciones más profundas y, a los síntomas mencionados anteriormente, se le suma la sensación de culpabilidad.

2.2.5 Síndrome de Burnout y Estrés

Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis (1986, en Naranjo Pereira, 2009) afirman que el estrés se produce al percibir una amenaza en un contexto, siendo esta amenaza de tal intensidad que sobrepasa los recursos de afrontamiento del sujeto, poniendo en peligro su seguridad. Por lo tanto, se distinguen dos procesos: por un lado, la valoración cognitiva, es decir, el sujeto evalúa si un contexto puede perjudicarlo o no y la influencia de éste en la autoestima del individuo; por otro lado, el proceso de afrontamiento, donde el sujeto evalúa

qué acciones puede realizar o no para hacer frente al medio, evitando un mal o ampliando sus puntos de vista.

Moreno y Peñacoba (1999, en Quiceno y Vinaccia Alpi, 2007) establecen una distinción entre síndrome de burnout y estrés, afirmando que el primero no se vincula al cansancio sino a la ausencia de motivaciones emocionales y cognitivas consecuente de una renuncia de intereses anteriormente relevantes para la persona.

Quiceno y Vinaccia Alpi (2007) afirman que el estrés se asocia a infinitos contextos cotidianos, mientras que el burnout es uno de los modos en los que el estrés laboral puede evolucionar.

2.2.6 Medicina y Estrés

Eisendrath y Dunkel (1979, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) denominan “cultura médica” (p.17) a aquello que funciona como escenario donde se desarrolla el conflicto del estrés. Dicha cultura tendría por característica un perfil conformado por elevadas expectativas que el sujeto se impondría a sí mismo, intolerancia a la frustración, exigencia de perfeccionismo, precisa controlar, necesita certeza y tiene la sensación de que es omnipotente ante el padecimiento del paciente. Para los autores, este perfil se encuentra implícito en todo tipo de médico.

En relación a esta idea de omnipotencia, Okinoura (1988, en De Carmen García-Moran y Gil-Lacruz, 2016) hablaba de un “síndrome médico”, con este término definía el supuesto de que, debido a su trabajo, los médicos se percibirían como inmunes ante el estrés.

No obstante, Gabbard (1985, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) describía un “patrón típico del médico” (p. 17) compuesto por una sensación de incertidumbre, culpabilidad y deber excesivo. Al mismo tiempo, otra característica del médico es negarse a ser ayudado, ya que esto puede ser visto como una señal de que es débil, lo que perjudicaría la idea de integridad y serenidad que es atribuida a los médicos.

Por otra parte, Jaffe (1986, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) presenta tres nociones que se tienen de la práctica médica que pueden favorecer al desarrollo del estrés cuando se internalizan: la noción de que el profesional de salud no tiene necesidades propias, la noción de que el profesional debe otorgar inmediatamente las atenciones de manera tal que se encuentre desocupado constantemente para el usuario y, por último, la

noción de que el profesional debe tener en todo momento las respuestas y contestar a las exigencias del enfermo.

Waring (1974, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) definió una “obsesión profesional” (p. 17) característica de algunas personalidades; se trata de sujetos que no buscan satisfacción y que se sienten imprescindibles, en otras palabras, se limitan al campo de su profesión, identificándose completamente con el mismo.

Por otra parte, Modlin y Montes (1964, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) hallaron que el cansancio laboral se asociaba a un empobrecimiento y falta de satisfacción en las relaciones familiares, ausencia de oportunidades para recrearse y probablemente poseían ideas poco realistas en relación al ejercicio de la profesión médica. En relación con esto, Vincent (1969, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) encontró en los médicos con elevados índices de estrés crónico la presencia de pensamientos omnipotentes, ambiciones poco reales y un exceso de tiempo que pasa trabajando. Kales, Martin y Soldaors (1978, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) agregan que los profesionales recién mencionados encuentran difícil poder relajarse.

Respecto al sexo, Cooper, Rout y Faragher (1989, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) hallaban en las médicas un componente de estrés añadido, generado de las jornadas laborales dobles; sin embargo, sus índices de satisfacción eran mayores al de los hombres. Para Lorber (1984, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) el estrés en las médicas podía deberse a que la práctica laboral estaba predominada por hombres y estos tendrían aún un papel principal en la misma. Richardsen y Burke (1991, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) suponían que las formas de trabajo y el origen del estrés son diversos en los médicos y médicas. Moreno-Jiménez y Peñacoba (1999) planteaban en relación a las especialidades que, según los distintos autores, las médicas elegirían “especialidades que prolongan los roles femeninos tradicionales: pediatría, psiquiatría infantil, obstetricia y ginecología” (p. 5).

En relación con esto, Martínez (2006, en De Carmen García-Moran y Gil-Lacruz, 2016) señala, por un lado, que las médicas acceden en menor medida a las actividades investigativas, pudiendo esto deberse a que las mismas tuvieron que coordinar la profesión y el hogar; por otro lado, el autor indica también que la edad es una desventaja para poder

sumarse al puesto laboral en mayor medida en el caso de las médicas que en los médicos; a su vez, estos últimos ocuparían mayormente los empleos administrativos sanitarios.

2.2.6.1 Factores de Estrés

French y Kahn (1962, en Moreno y Peñacoba, 1999) definen tres formas de “estrés de rol” (p. 6):

Conflicto de rol. Moreno-Jiménez y Peñacoba (1999) lo definen como las obligaciones contrarias entre sí y difíciles de acordar, que pueden ser solicitadas en el empleo. En relación con la medicina, la población suele exigir del médico que el trabajo logre alcanzar siempre el más alto nivel de capacidad, pero sostener estos niveles elevados de capacidad, satisfacer las urgencias de los usuarios, cumplir con las exigencias civiles y sociales y encontrarse disponible para los familiares del paciente suele producir conflictos. A su vez, estos autores destacan que las limitaciones monetarias son también una variable de conflicto de rol, ya que pueden influir en las decisiones de los profesionales sanitarios.

Ambigüedad de rol. Kahn, Wolofe, Quinn, Snoek y Resenthal (1964, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) la definen como a la ausencia de certeza de las obligaciones del trabajo, de las técnicas que se deben llevar a cabo e incluso a la confusión sobre lo producido, por lo que se desconoce si la tarea se realiza siguiendo las obligaciones e intereses puestos en el sujeto. Tokarz, Bremer y Peters (1973, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) señalaron que habitualmente el estrés en médicos se genera, entre otros aspectos, de la ambigüedad de rol. En los profesionales sanitarios, esta variable se observa en la inseguridad para el diagnóstico y las acciones consecuentes a este. La ambigüedad de rol suele presentarse con mayor frecuencia en el joven profesional, cuya falta de experiencia produce que se encuentre confundido en relación a las acciones correctas que debe llevar a cabo, principalmente en las urgencias.

Sobrecarga de rol. Moreno-Jiménez y Peñacoba (1999) definen este factor como “el exceso de trabajo o la lucha imperiosa contra los plazos del mismo” (p. 8). Los autores afirman que la carencia de momentos personales es puntualmente referida como uno de los aspectos más relevantes del estrés, tanto en médicos como en enfermeros. Otros autores (Mawardi, 1979; Mechanic, 1975 en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) señalan que la variable “tiempo” es una responsable importante de falta de satisfacción en el ejercicio de la profesión.

2.2.7 Burnout en Medicina

Uno de los factores que favorece el desarrollo del síndrome (Deckard, Meterko y Field, 1994, en Gil-Monte, 2017) en trabajadores de la salud es la pérdida de estatus, la ausencia de reconocimiento y los reclamos irrazonables de parte de los pacientes, que han sido señalados en algunas investigaciones como predictores de despersonalización.

Al mismo tiempo, la escasa educación sanitaria (Gil-Monte, 2017) colabora en la creación de un contexto estresante en la consulta, beneficiando la consulta excesiva y enrareciendo el vínculo con el usuario. Los sujetos sobredimensionan la medicina, creen que el médico tiene poder, que todo lo sabe y que todo lo puede solucionar, todo esto a cambio de elevar el estatus del profesional y pagar una buena remuneración.

La relación entre médico y paciente (Noval, 2002, en Gil-Monte, 2017) pasó del trato íntimo, confiable y hasta un poco paternal, a percibir al médico como empleado de una institución, resultando en distintas dificultades en la práctica clínica.

Moreno-Jimenez y Peñacoba (1999) señalan que un aspecto importante para desarrollar el síndrome de burnout es la asiduidad de los pacientes y el tiempo total dedicado a los mismos, es decir, que el riesgo de padecer el síndrome aumenta en relación a la cantidad de tiempo que se pasa con el paciente y la atención directa que se le otorga al mismo. Estos autores afirman que el contacto con el enfermo posee diversas maneras de producir burnout; una de ellas es la problemática del paciente, algunos padecimientos resultan más complejos de tratar, exigiendo acciones difíciles y desagradables por distintas causas. Al mismo tiempo, trabajar con enfermos en fases terminales produce angustia frente al padecimiento o por las escasas intervenciones que se pueden realizar.

Otra causa de burnout, según Lasagna (1970, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) se relaciona con comunicarse con el paciente. Así, tanto la dificultad del enfermo por comunicar sus miedos y preguntas como la del servicio de salud para comunicar de la manera más profesional y humanamente posible la información concuerda, dificultando el intercambio entre el enfermo y el servicio médico. La información de sucesos dolorosos puede provocar que el sujeto se sienta tensionado y angustiado, de manera tal que incluso puede buscar evitar realizar la tarea.

Por último, el trato con los allegados al enfermo es considerado por Hay y Oken (1972, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) como una problemática relacionada al

desarrollo del síndrome de burnout. Los autores afirman que es habitual que el familiar se encuentre más angustiado que el enfermo, exigiendo aclaraciones y demostraciones.

Conforme con esto, Rath, Huffman, Phillips y otros (2015, en Navarro Martín, 2018) afirman que el burnout es frecuente en médicos, sin embargo, se pueden encontrar discrepancias en relación a la especialidad; así, una investigación llevada a cabo con profesionales médicos en Estados Unidos señala que los valores más elevados se hallan en los médicos que se encuentran primeros en atender al paciente, es decir, quienes realizan consultas externas y/o emergencias. Blanchard, Truchot, Albiges-Sauvin y otros (2010, en Navarro Martín, 2018) indican que, si bien otra investigación realizada en Estados Unidos no encontró diferencias significativas entre las especialidades de los médicos residentes, investigaciones realizadas en Finlandia hallaron más casos del síndrome de burnout en médicos que habitualmente trabajan con padecimientos crónicos, irremediables o en sus fases finales.

2.2.8 Prevención del Burnout

Moreno-Jiménez y Peñacoba (1999) afirman que prevenir el burnout, como así también el estrés, evita un daño que, de suceder, a veces no puede ser reparado. Algunas técnicas de prevención mencionadas por los autores son:

Cherniss (1980, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) señalan la importancia de variar y flexibilizar la tarea y cambiar de actividades o el tipo de usuarios que se atiende.

Koocher (1979, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) mantiene que se debe modificar la cantidad de horas de trabajo con los usuarios, ya que esta es una de las variables fundamentales para el desarrollo del burnout. Esto puede lograrse, no sólo disminuyendo las horas de trabajo, sino también con técnicas de afrontamiento mediante el distanciamiento psicológico, por ejemplo, no pensar en el trabajo y aumentar distintos ejes de atención.

Kahill (1988, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) enfatiza en el apoyo social y como este es esencial para que el individuo responda a los estresores las consecuencias de estos. Este factor se acompaña de la importancia de la actividad por fuera del trabajo, los vínculos personales, familiares o sociales y los pasatiempos tienen un rol significativo para resistir el estrés laboral.

Moreno-Jiménez y Peñacoba (1999) afirman que, según múltiples autores, es fundamental comenzar a prevenir durante el proceso educativo del profesional en salud, debido a que el comienzo del trabajo médico se caracteriza por altruismo en relación a la práctica médica. Distintos autores (Benton y Schroeder, 1984; Reig y Caruana, 1990, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) subrayan el valor de la percepción irreal para el desarrollo de la insatisfacción en la medicina.

De acuerdo con todo esto, Salomón y Valdez (2019) recomiendan, por ejemplo, el trabajo en grupo, que favorecería a que los profesionales se conozcan y colaboren en sus actividades; la actualización de los conocimientos y la especialización, que permitirían un descanso de las actividades laborales diarias; contar con un tiempo destinado a reflexionar juntos con los colegas sobre distintas problemáticas y las formas de solucionarlas; la posibilidad de rotar por distintos sectores con demandas más escasas, lo que permitiría al profesional relajarse; el ejercicio y las actividades recreativas favorecerían a reducir la presión; volver a encontrarse con el paciente o sus allegados para poder enfrentar los estados emocionales y pensar en las propias limitaciones; entre otras.

CAPÍTULO

III

3 Marco Metodológico

3.1 Tipo de Investigación

Se trató de una investigación descriptiva y correlacional (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010), en primer lugar, porque se centró en detallar aspectos esenciales de la variable analizada y, en segundo lugar, buscó relacionar las variables en un contexto particular.

En relación a su dimensión temporal (Hernandez Sampieri y otros, 2010), esta es una investigación transversal o transeccional, ya que la información fue recogida en un sólo período de tiempo.

En cuanto a los datos recogidos, esta es una investigación de campo (Sabino, 1996), debido a que la información fue recabada directamente del contexto.

3.2 Descripción de la Muestra

Las muestras fueron recolectadas en distintos hospitales públicos, centros de salud e instituciones privadas de la ciudad de Paraná; al mismo tiempo, se contó con la posibilidad de contactarse con médicos por medio de correo electrónico, para que los mismos puedan completar los cuestionarios.

Los criterios de selección de la muestra son:

- Ser médico/a especialista.
- Encontrarse ejerciendo actualmente la profesión.
- De sexo masculino o femenino.
- Que se desempeñe en la ciudad de Paraná.
- Mínimo un año de antigüedad laboral.

En cuanto a los criterios de exclusión, estos son:

- Estar cursando la residencia o concurrencia.

El procedimiento de selección de la muestra fue no probabilístico, intencional (Sabino, 1992), esto quiere decir que los participantes fueron seleccionados arbitrariamente.

La muestra estuvo comprendida por un total de 62 médicos especialistas, 30 masculinos, correspondientes al 48,39% de la muestra, y 32 femeninos, correspondientes al 51,61% de la misma.

Tabla N° 1

Descripción de muestra: sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	30	48,4
Femenino	32	51,6
Total	62	100,0

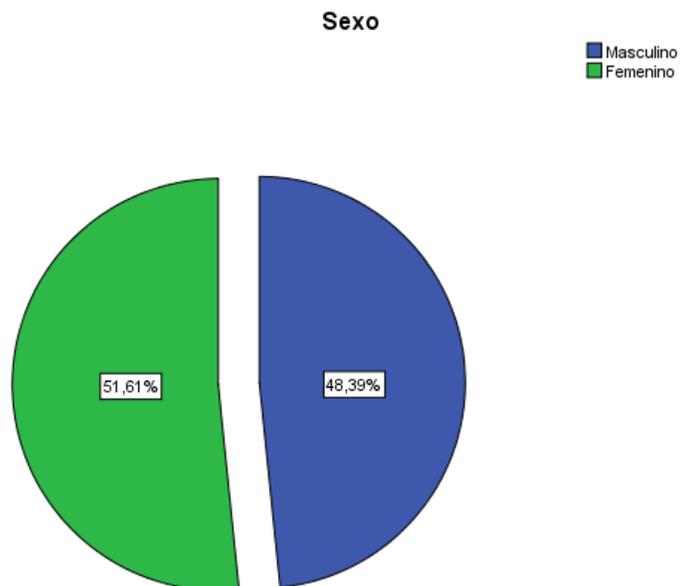


Gráfico N° 1. Descripción de muestra: sexo.

La media de edad fue de 44,84, con un desvío estándar de 11.02 (D.S=11.02), donde el mínimo de edad hallado fue de 28 años, mientras que la edad máxima encontrada corresponde a los 77 años.

Tabla N° 2

Descripción de casos: edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Estándar
Edad	62	28	77	44,84	11,016

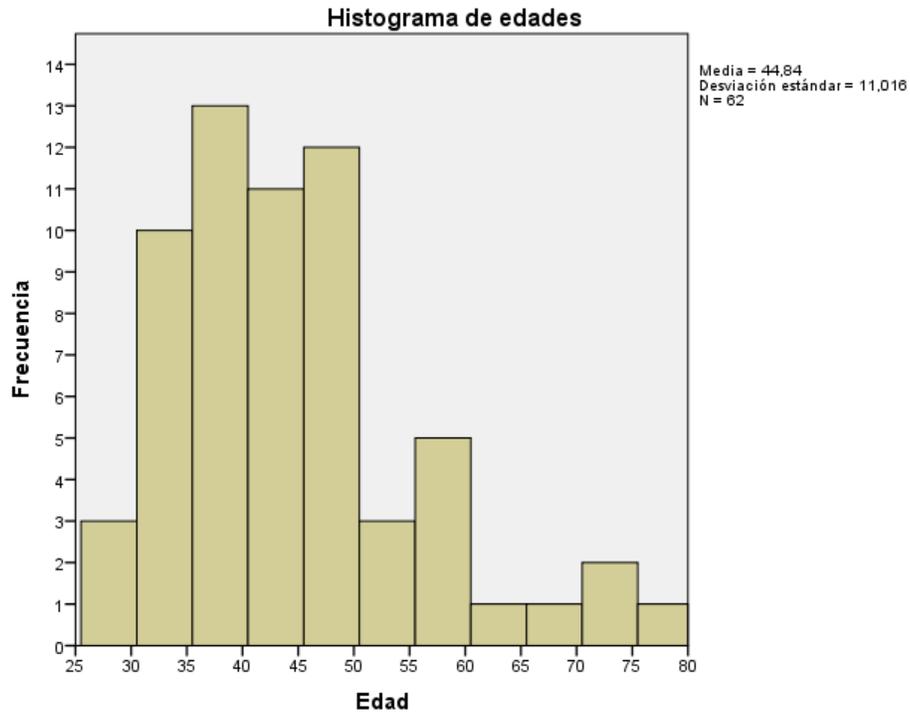


Gráfico N° 2. Descripción de muestra: edad.

El 51,61% de los médicos estaban casados, mientras que 24,19% se hallaba conviviendo con una pareja.

Tabla N° 3

Descripción de muestra: estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Casado	32	51,6
Soltero/a	7	11,3
En pareja, no conviviente	4	6,5
En pareja, conviviente	15	24,2
Divorciado/a	3	4,8
Viudo	1	1,6
Total	62	100

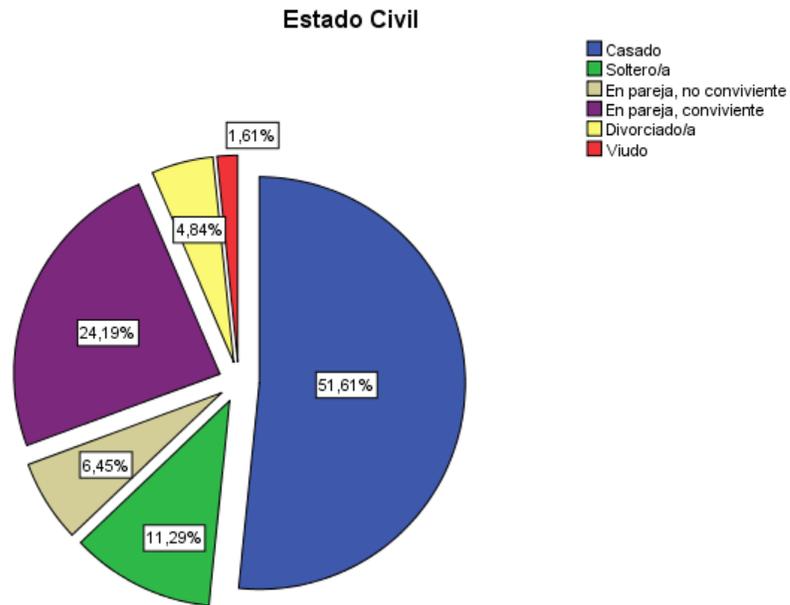


Gráfico N° 3. Descripción de muestra: estado civil.

Los casos sin hijos fueron los menos frecuentes, sólo el 22,58% no los tenía, el 77,42% de los médicos tenían hijos.

Tabla N° 4

Descripción de muestra: hijos

	Frecuencia	Porcentaje
No	14	22,6
Si	48	77,4
Total	62	100,0

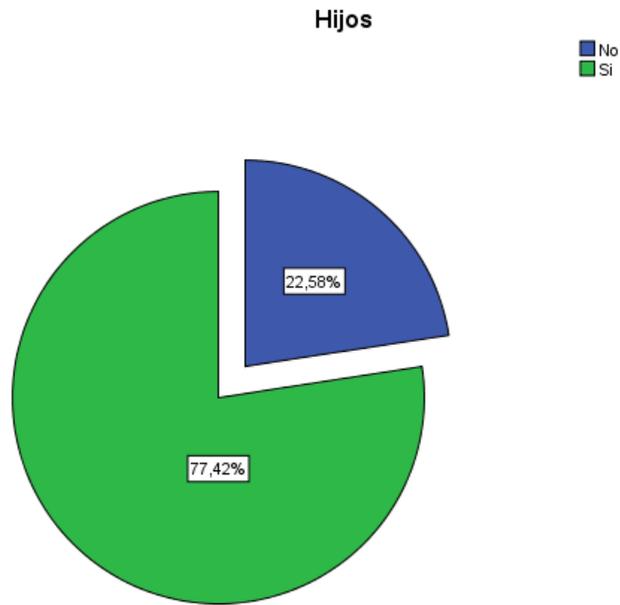


Gráfico N° 4. Descripción de muestra: hijos.

En cuanto a las especialidades, las más frecuentes fueron: pediatrias, clínica médica, ginecología o tocoginecología, medicina general y familiar, cardiología y traumatología. Otras especialidades de menor frecuencia fueron: cirugía, dermatología, endocrinología, gastroenterología y endoscopia, medicina respiratoria, neurología, oncología radiante, psiquiatría, terapia intensiva y reumatología.

La media de la antigüedad fue de 14.65 (M=14.65), con un desvío estándar de 11.312 (DS=11.312).

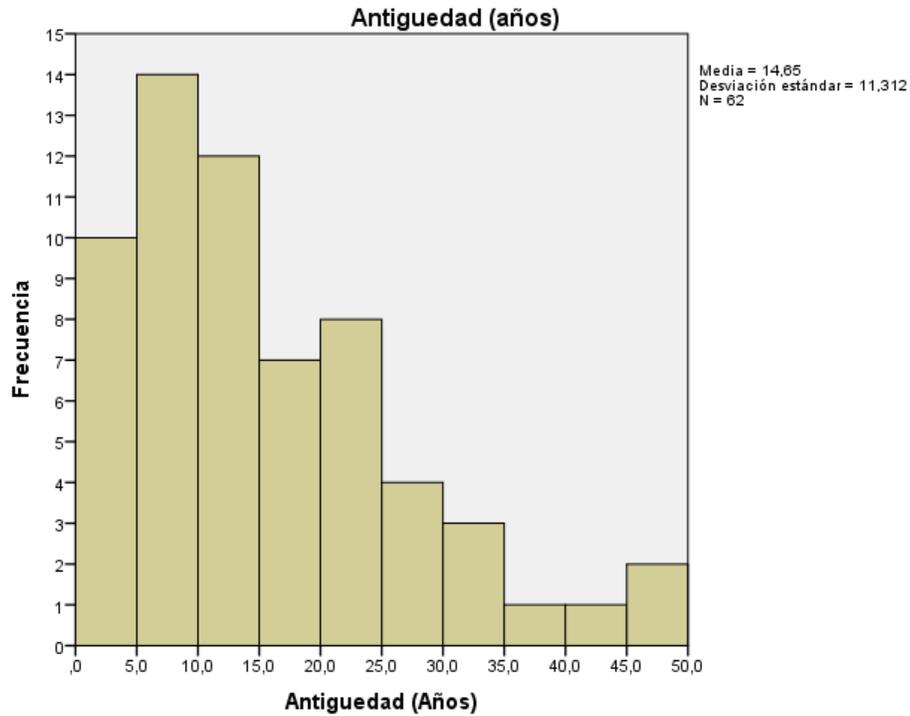


Gráfico N° 5. Descripción de muestra: antigüedad (años).

La mayoría de los médicos, el 80,65%, se encontraban desempeñándose en los sectores públicos y privados, siguiéndole en frecuencia los casos que solamente trabajaban en el ámbito privado, el 14,52%, y, por último, sólo 4,84% de los sujetos ejercían en el sector público.

Tabla N° 5

Descripción de la muestra: sector de actividad

	Frecuencia	Porcentaje
Público	3	4,8
Privado	9	14,5
Ambos	50	80,6
Total	62	100,0

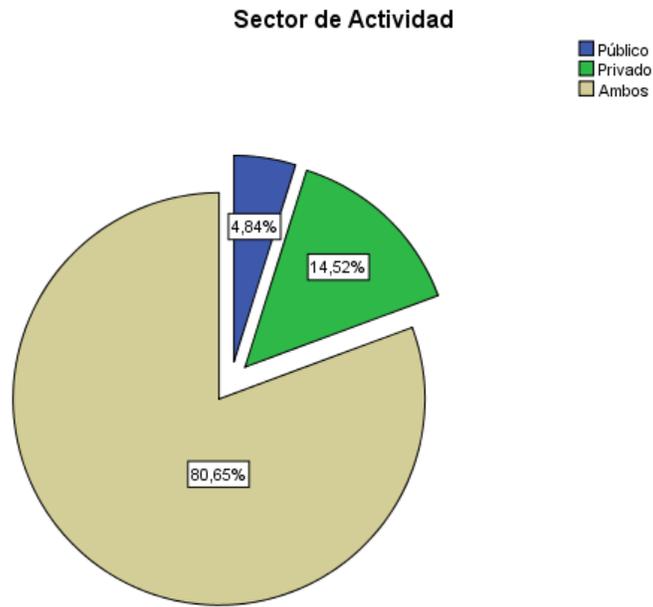


Gráfico N° 6. Descripción de la muestra: sector de actividad.

La media de pacientes atendidos en el día fue de 20.56 ($M=20.56$), con un desvío estándar de ($DS=10.282$).

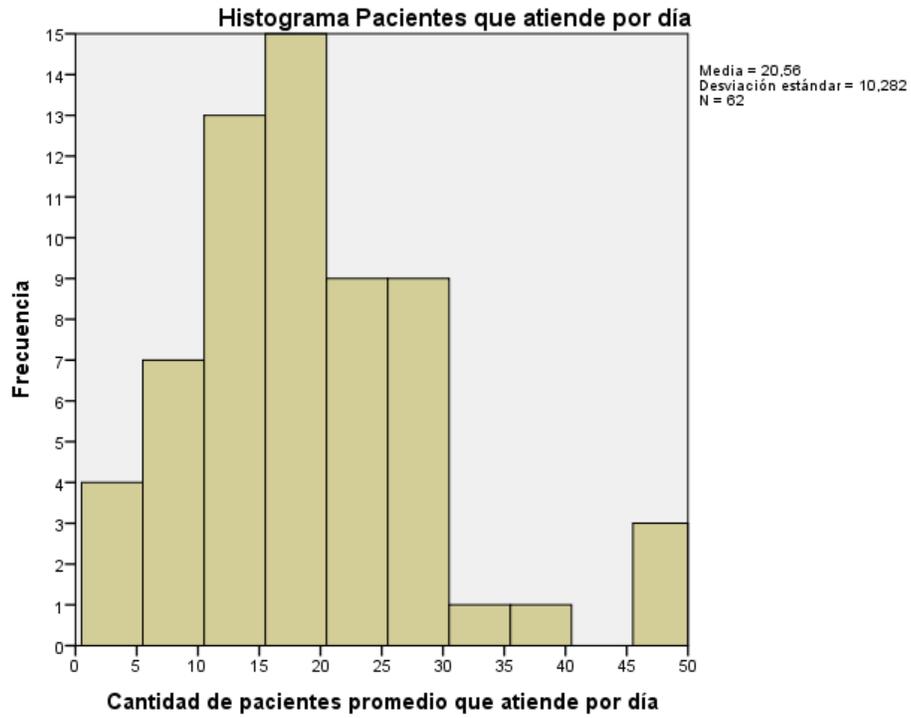


Gráfico N° 7. Descripción de la muestra: cantidad de pacientes que atiende por día.

La media de horas de trabajo diario fue de 8.97 (M=8.97), con un desvío estándar de 2.661 (DS=2.661).

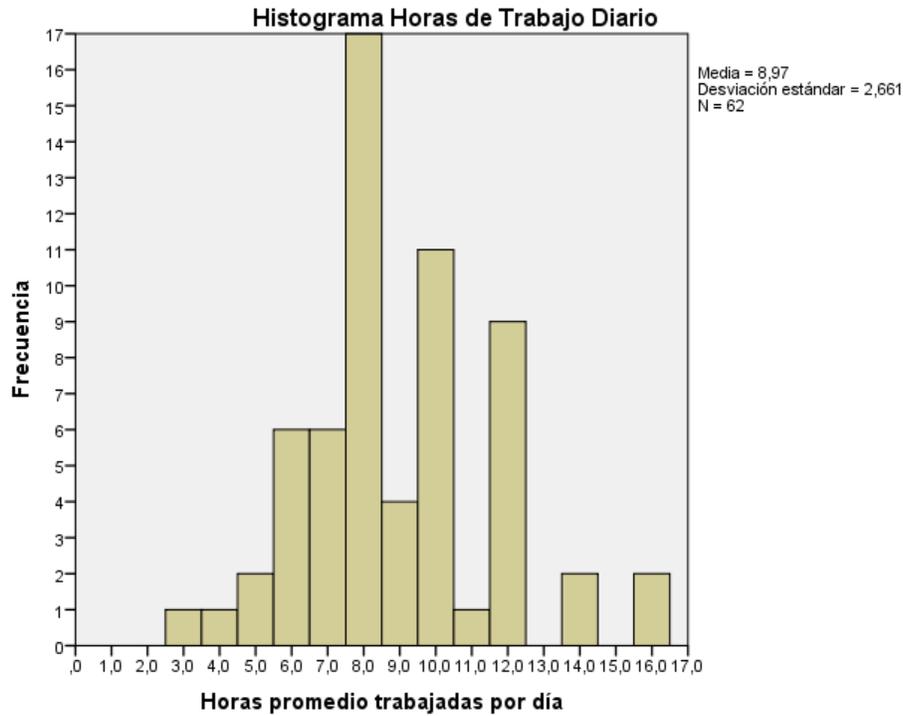


Gráfico N° 8. Descripción de la muestra: cantidad de horas de trabajo por día.

El 79,03% de los sujetos manifestó practicar alguna actividad física, mientras que sólo el 20,97% no realizaba ese tipo de actividades.

Tabla N° 6

Descripción de la muestra: realiza actividades físicas

	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	79,0
No	13	21,0
Total	62	100,0

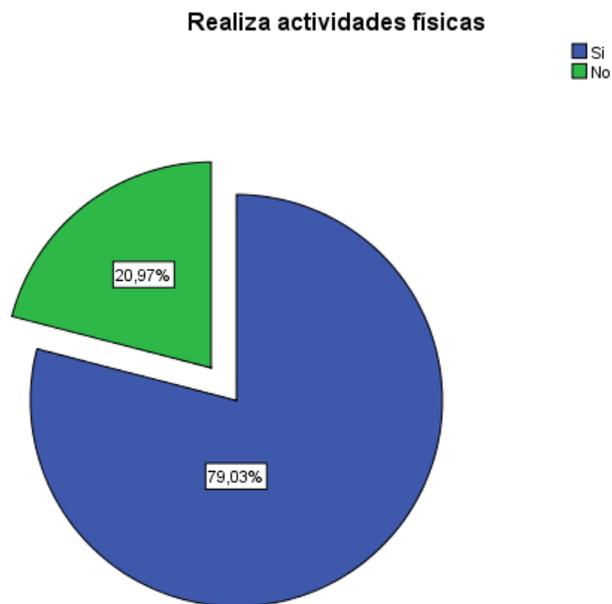


Gráfico N° 9. Descripción de la muestra: realiza actividades físicas.

El 66,13% de los sujetos dijo realizar una actividad recreativa, por lo que el 33,87% restante manifestó no realizar actividades de ese tipo.

Tabla N° 7

Descripción de la muestra: realiza actividades recreativas

	Frecuencia	Porcentaje
Si	41	61,1
No	21	33,9
Total	62	100,0



Gráfico N° 10. Descripción de la muestra: realiza actividades recreativas.

3.3 Técnicas de Recolección de Datos

Para recabar información se empleó un inventario y un cuestionario sociodemográfico.

El cuestionario sociodemográfico incluyó las siguientes preguntas: sexo, edad, estado civil, hijos, especialidad, antigüedad en el puesto de trabajo, sector (público, privado o ambos), cantidad de pacientes que atiende por día, cantidad de horas que trabaja, realización de actividad física, realización de actividad recreativa.

Para evaluar la variable síndrome de burnout, se utilizó el Maslach Burnout Inventory (1986), su versión adaptada al español por Gil-Monte y Peiró (1997).

El inventario cuenta con 22 ítems y una escala de Likert que evalúa frecuencia de la siguiente manera (Mirás Carballal, 2014):

- 0: nunca
- 1: pocas veces al año o menos
- 2: una vez al mes o menos

- 3: unas pocas veces al mes o menos
- 4: una vez a la semana
- 5: pocas veces a la semana
- 6: todos los días

Miras Carballal (2014) explica que el Cansancio emocional se evalúa por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20; Despersonalización se mide por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22; y, por último, Realización Personal que se valora por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Si bien no existe un consenso en relación al punto de corte (Mirás Carballal, 2014), usualmente se usa el punto de corte realizando una división del puntaje total en tres tercios, donde el tercio más elevado diagnostica “burnout” (mayor a 88 puntos), el tercio medio diagnostica “tendencia a burnout” (entre 44 y 87 puntos), y el último tercio indica “sin riesgo de padecer burnout”. El puntaje máximo es de 132 y el mínimo de 0.

Para evaluar las sub-escalas (Mirás Carballal, 2014), se debe tener en cuenta:

- Para cansancio emocional, los puntajes mayores de 27 puntos indican un alto nivel de cansancio emocional, el nivel intermedio se sitúa en valores entre 19 y 26 puntos y el nivel más bajo está dado por puntajes menores a los 19 puntos.
- Para despersonalización, los puntajes mayores a 10 puntos representan niveles altos, puntajes situados entre 6 y 9 indican un nivel intermedio y menos de 6 puntos expresa un nivel bajo de despersonalización.
- Para realización personal, “funciona en sentido contrario a las anteriores, de 0 - 33 puntos indicarán baja realización, de 34-39 intermedia y más o igual a 40 alta sensación de logro” (p. 69).

3.4 Procedimientos de Recolección de Datos

Para recolectar los datos, se administró a los participantes un cuestionario sociodemográfico y la adaptación española de Gil Monte y Peiró del MBI, con 22 ítems.

Para esto, se visitaron distintos hospitales públicos, centros de salud e institutos privados de la ciudad de Paraná; así también, se administraron los cuestionarios de manera presencial a 95,16% de la muestra y por medio de correo electrónico al 4,84% de aquellos con los que no se pudo concretar un encuentro. Se dialogó con las autoridades pertinentes

que permitieron establecer el contacto con los médicos y, a su vez, se brindó una hoja de información a los mismos que es anexada junto con el consentimiento informado.

La administración presencial de los instrumentos tuvo una duración media aproximada entre los 15 y 20 minutos. En relación al cuestionario sociodemográfico, se observó que los participantes se detuvieron a pensar más los apartados “Cantidad de pacientes que atiende aproximadamente por día” y “Cantidad de horas aproximadas que trabaja por día”, manifestando que los datos que aportaban podían fluctuar de acuerdo al día. En cuanto al MBI, la escala de frecuencia resultó una dificultad, ya que los participantes no siempre podían identificar la asiduidad con la que percibían los sentimientos expuestos en el inventario.

3.5 Procedimientos de Análisis de Datos

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23, estableciendo un nivel de significación estadística inferior a .05

Primero, se realizó un análisis descriptivo de la muestra, para obtener frecuencias, medias y desvíos típicos.

Luego, se efectuó un análisis de estadística básica sobre las múltiples medidas de la variable síndrome de burnout, con el fin de conocer los niveles con que se presenta en médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná.

Para estudiar la asociación entre síndrome de burnout, sexo y antigüedad en el puesto de trabajo el análisis estadístico inferencial que se llevó a cabo fue el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba de Anova de una vía.

Por último, los procesos estadísticos utilizados para estudiar las demás variables fueron, por un lado, tablas de frecuencia y de tabulación cruzada para estudiar la asociación entre burnout y “sector de actividad (público, privado o ambos)”, “realiza actividades física” y “realiza actividades recreativas”; por otra parte, se empleó la correlación de Pearson para analizar la relación entre el síndrome de burnout y “cantidad de pacientes que atiende por día”, como así también “horas promedio que trabaja por día”.

CAPÍTULO

IV

4 Resultados

4.1 Medición del Burnout y sus Sub-escalas

De acuerdo a los puntajes y puntos de corte que posee el test, los niveles de burnout encontrados se encuadran en los puntajes que se expresan en la tabla número 8 y gráfico número 11.

El 59,68% de los médicos encuestados no presentaban riesgo de burnout, esto es más de la mitad de la muestra, 33,87% mostró una tendencia a burnout. El síndrome de burnout se registró en el 6,45% de los casos restantes.

Tabla N° 8

Medición del burnout

	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo de burnout	37	59,7
Tendencia a burnout	21	33,9
Burnout	4	6,5
Total	62	100,0

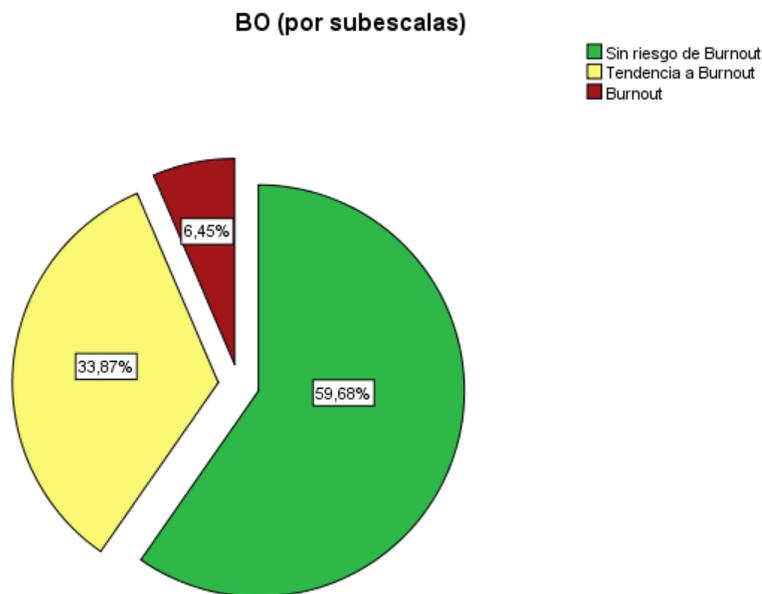


Gráfico N° 11. Medición del burnout.

Se halló en el 40,32% de los sujetos un agotamiento emocional bajo, 37,10% de agotamiento alto y 22,58% medio.

Tabla N° 9

Medición del burnout: sub-escala Agotamiento Emocional (EE)

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	25	40,3
Medio	14	22,6
Alto	23	37,1
Total	62	100,0

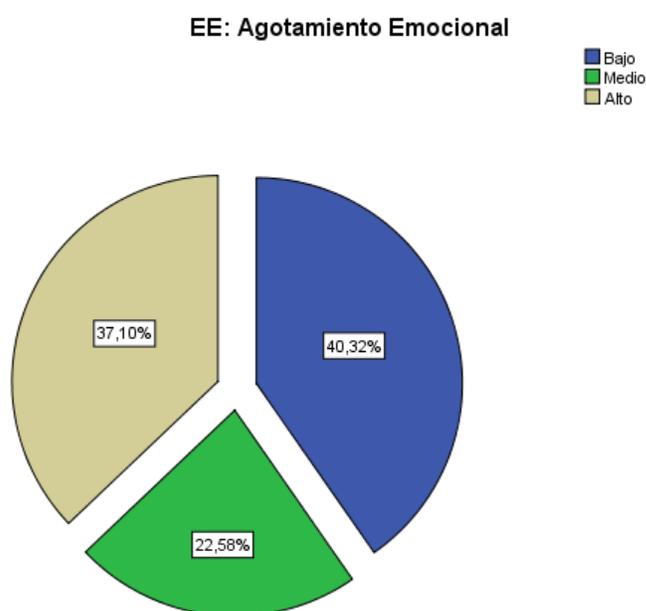


Gráfico N° 12. Medición del burnout: sub-escala Agotamiento Emocional (EE).

59,68% de la muestra registró un nivel bajo de despersonalización, 22,58% registró un nivel medio y 17,74 registró un nivel alto en la sub-escala.

Tabla N° 10

Medición del burnout: sub-escala Despersonalización (D)

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	37	59,7
Medio	14	22,6
Alto	12	17,7
Total	62	100,0

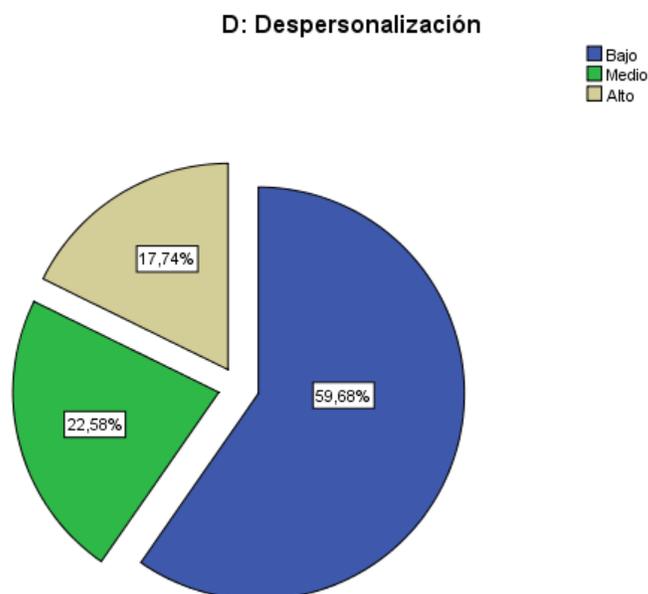


Gráfico N° 13. Medición del burnout: sub-escala Despersonalización (D).

58,06% de la muestra manifestó niveles de realización personal bajo, esto es, más de la mitad de los casos analizados; 22,58% manifestó niveles altos, mientras que el 19,35% indicó un nivel medio.

Tabla N° 11

Medición del burnout: sub-escala Realización Personal (PA)

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	14	22,6
Medio	12	19,4
Bajo	36	58,1
Total	62	100,0

PA: Realización Personal

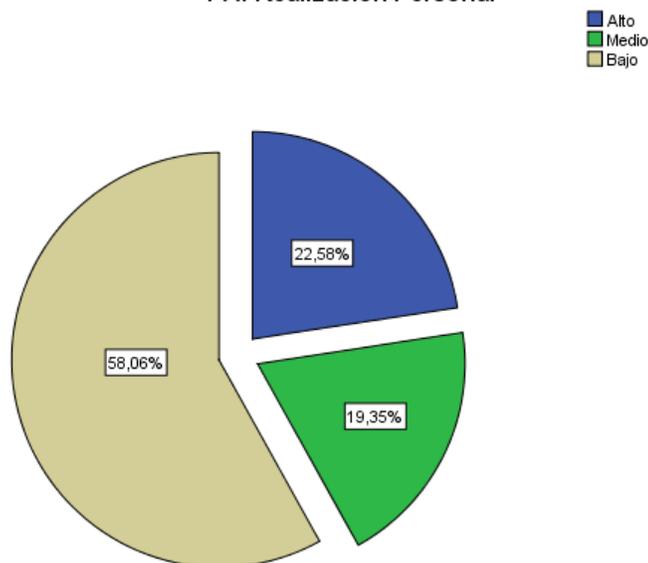


Gráfico N° 14. Medición del burnout: sub-escala Realización Personal (PA).

4.2 Relación entre Burnout y Antigüedad en el Puesto de Trabajo

La relación entre burnout y antigüedad: $r(62) = -.461$, $p < 0.1$, lo que indica una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables.

La correlación es de signo negativo, lo que significa que cuanto menor es la antigüedad, más es el burnout y conforme avanzan los años este va decreciendo.

Tabla N° 12

Correlación entre burnout y sus subescalas

Burnout y sub-escalas	Antigüedad		
	Coef. r	Sig. bilateral	
EE: agotamiento emocional	-.438	.000	**
D: despersonalización	-.365	.004	**
PA: realización personal	.106	.413	
Burnout	-.461	.000	**

** : La correlación es significativa en el nivel .01 (2 colas).

La tabla número 13 a continuación expresa los resultados en valores absolutos y relativos, agrupando la antigüedad en años.

En los médicos con menos de 10 años de antigüedad y en aquellos que tienen entre 10 a 25 años de antigüedad se presentan los casos de burnout, al contrario de los profesionales con más de 25 años de antigüedad, donde no se encontraron dichos casos.

Tabla N° 13

Relación entre burnout y antigüedad

Antigüedad		Burnout (por sub-escalas)			Total
		<i>Sin riesgo de burnout</i>	<i>Tendencia a burnout</i>	<i>Burnout</i>	
Menos de 10 años	Frecuencia	12	10	2	24
	%	50,0%	41,7%	8,3%	100,0%
10 a 25 años	Frecuencia	15	11	2	28
	%	53,6%	39,3%	7,1%	100,0%
Más de 25 años	Frecuencia	10	-	-	10
	%	100,0%	-%	-%	100,0%
Total		Frecuencia 37	21	4	62
		% 59,7%	33,9%	6,5%	100,0%

4.3 Relación entre Burnout y Sexo

Un total de 4 casos presentaron el síndrome, donde 3 de ellos correspondió a hombres y sólo 1 de ellos a una mujer. Al mismo tiempo, existe una mayor tendencia al burnout en el sexo masculino que en el femenino.

Tabla N° 14

Relación entre burnout y sexo

Sexo		Burnout (por sub-escalas)			Total
		<i>Sin riesgo de burnout</i>	<i>Tendencia a burnout</i>	<i>Burnout</i>	
Masculino	Frecuencia	15	12	3	30
	%	50,0%	40,0%	10,0%	100,0%
Femenino	Frecuencia	22	9	1	32
	%	68,8%	28,1%	3,1%	100,0%
Total		Frecuencia 37	21	4	62
		% 59,7%	33,9%	6,5%	100,0%

Para verificar si había diferencias significativas entre burnout y sexo, se aplicó la prueba de Anova de una vía, dando como resultado $F(33,28) = .915$, $p = .600$, lo que indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables.

La relación no es significativa debido a que P resultó en todos los casos mayor al nivel de significación 0.05

Tabla N° 15

Relación entre burnout y sexo

Burnout y sub-escalas	F	Sig. bilateral
EE: agotamiento emocional	.757	.781
D: despersonalización	1.261	.265
PA: realización personal	.963	.530
Burnout	.915	.600

4.4 Burnout y su relación con otras variables

En la tabla se puede observar que existe un caso de burnout en un sujeto que trabaja en exclusivamente en el sector privado y el resto de los casos se encuentran en los médicos que se desempeñan tanto en lo público como en lo privado.

Tabla N° 16

Relación entre burnout y sector de actividad

Sector de actividad		Burnout (por sub-escalas)			Total
		<i>Sin riesgo de burnout</i>	<i>Tendencia a burnout</i>	<i>Burnout</i>	
Público	Frecuencia	1	2	-	3
	%	33,1%	66,7%	-%	100,0%
Privado	Frecuencia	6	2	1	9
	%	66,7%	22,2%	11,1%	100,0%
Ambos	Frecuencia	30	17	3	50
	%	60,0%	34,0%	6,0%	100,0%
Total		Frecuencia	37	21	4
		%	59,7%	33,9%	6,5%
				6,5%	100,0%

Tabla N° 17

Relación entre burnout y cantidad de pacientes que atiende por día y horas promedio de trabajo por día

	Cantidad de pacientes que atiende por día.		Horas promedio trabajadas por día.		
	<i>Coef.r</i>	<i>Sig. bilateral</i>	<i>Coef.r</i>	<i>Sig. bilateral</i>	
Burnout	.084	.525	.323	.011	***

***: La correlación es significativa en el nivel .05 (2 colas).

La correlación es significativa para horas promedio de trabajo por día. Burnout no correlaciona significativamente con cantidad de pacientes que atiende por día.

Entre los casos de burnout, 3 de ellos llevaban a cabo algún tipo de actividad física y solamente un caso no realizaba actividad física.

Tabla N° 18

Relación entre burnout y realización de actividades físicas

Realiza actividades físicas		Burnout (por sub- escalas)		Total	
		<i>Sin riesgo de burnout</i>	<i>Tendencia a burnout</i>	<i>Burnout</i>	
Si	Frecuencia	33	13	3	49
	%	67,3%	26,5%	6,1%	100,0%
No	Frecuencia	4	8	1	13
	%	30,8%	61,5%	7,7%	100,0%
Total	Frecuencia	37	21	4	62
	%	59,7%	33,9%	6,5%	100,0%

De los 4 casos de burnout, 3 de ellos se observaron en médicos que realizaban alguna actividad recreativa, al contrario del caso restante.

Tabla N° 19

Relación entre burnout y realización de actividad recreativa

Realiza actividad recreativa		Burnout (por sub- escala)			Total
		<i>Sin riesgo de burnout</i>	<i>Tendencia a burnout</i>	<i>Burnout</i>	
Si	Frecuencia	28	10	3	41
	%	68,3%	24,5%	7,3%	100,0%
No	Frecuencia	9	11	1	21
	%	42,9%	52,4%	4,8%	100,0%
Total	Frecuencia	37	21	4	62
	%	59,7%	33,9%	6,5%	100,0%

CAPÍTULO

V

5.1 Discusión

El objetivo de esta investigación consistió en determinar la relación entre síndrome de burnout, antigüedad en el puesto de trabajo y sexo de médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná.

De los resultados obtenidos se encontró a 59,7% de los participantes sin riesgo de burnout, el 33,9% con tendencia al burnout y que el 6,5% padecían el síndrome.

La prevalencia del síndrome en los distintos estudios realizados en la región es muy variada; así, se puede observar porcentajes que van desde 4,2% (Ramírez, 2017) hasta 48,9% (Fernández Sánchez y otros, 2017).

En relación a las sub-escalas, el 40,3% presentó un nivel de agotamiento emocional bajo, el 22,6% presentó un nivel medio y se halló en el 37,1% de los sujetos un nivel alto. Por otra parte, el 59,7% reflejó un nivel bajo de despersonalización, 22,6% un nivel medio y 17,7% un nivel alto. Por último, 22,6% de los participantes indicaron un nivel alto de realización personal, 19,4% un nivel medio y 58,1% un nivel bajo.

Se observó que los niveles elevados obtenidos en las sub-escalas de agotamiento emocional y despersonalización son menores a los hallados en la ciudad de Mendoza (Belver y otros, 2017) y Paraná (Sapetti y Toso Aguilar, 2018); y, al mismo tiempo, comparando dichas investigaciones, en el presente estudio fueron llamativos los puntajes que revelaron bajos índices en la escala de realización personal. No obstante, los altos puntajes de la escala de agotamiento personal, como la baja realización personal, son mayores a los encontrados en Rosario y sitios cercanos a la ciudad (Montenegro y otros, 2017), donde se obtuvieron elevados niveles de despersonalización en comparación con la presente investigación.

En relación a los resultados generales obtenidos en el presente estudio, se ha podido inferir que los puntajes hallados podrían estar relacionados a la capacidad de afrontamiento a situaciones propias de la práctica profesional.

Así, por ejemplo, Sapetti y Toso Aguilar (2018) encontraron, en los médicos anestesiólogos de la ciudad de Paraná, que quienes más empleaban estrategias de análisis lógico mostraban mayores índices de agotamiento emocional, mientras que aquellos que indicaron un menor agotamiento usaban menos la estrategia de desarrollo de gratificaciones o recompensas; a su vez, los casos de mayor agotamiento y despersonalización utilizaban

más la estrategia de evitación cognitiva, en cambio, los profesionales con más realización personal empleaban menos la estrategia de evitación.

En lo que concierne a la relación entre las variables burnout y antigüedad en el puesto de trabajo, se halló una correlación negativa estadísticamente significativa, por lo que, cuanto menor es la antigüedad en el puesto de trabajo, mayor es el burnout, produciéndose una disminución del mismo con el paso de los años. Así, los médicos con menos de 10 años de antigüedad en el puesto de trabajo representaron el 8,3% de los casos de burnout y el 7,1% se dio en los profesionales entre 10 a 25 años. Mientras tanto, los sujetos con más de 25 años de antigüedad no presentaron casos de burnout.

Esto es opuesto a los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo en Mendoza (Belver y otros, 2017) y Rosario y sus alrededores (Montenegro y otros, 2017) donde no se observó una relación entre el síndrome y la antigüedad en el puesto de trabajo; así también, el estudio realizado con médicos docentes (Centeno Calderón, 2018), que, aunque encuentra que el 71% de quienes padecían el síndrome tenían una práctica mayor a los 10 años, expresa no hallar una correlación entre ambas variables. No obstante, distintos autores han asociado el síndrome con la antigüedad laboral: Chérrez Martínez (2015) encontró que el síndrome tenía una prevalencia de 48,3% entre los participantes que poseían de 0 a 5 años de antigüedad laboral; Fernández Sánchez y otros (2017) encontraban en los profesionales de mayor antigüedad menores niveles del síndrome; Ramírez (2017) concluye que un factor de riesgo para el desarrollo del burnout es la experiencia mayor a los 12 años; Ortega Gutiérrez y otros (2017) indicó que los sujetos con menos de 10 años de antigüedad obtuvieron valores de 58,34% para el síndrome, mientras que los que tenían entre 21 a 30 años de antigüedad obtuvieron una puntuación de 8,33%.

Applebaum (1981, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) y Cherniss (1980, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) suponen que al inicio de la carrera se da una transición de los ideales que se desarrollan en la formación a la realidad de la praxis; como consecuencia de esto, el profesional aprende que el beneficio individual, profesional y económico que obtiene no es el que fue propuesto o deseado.

Conforme con esto, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) exponen que, para los distintos autores, la práctica insuficiente dificulta a aquellos que se inician en el ejercicio de la profesión.

Por otra parte, el 10,0% de los casos de burnout se observaron en médicos de sexo masculino y el 3,1% en el femenino. Si bien, la mayoría de los casos de burnout se dieron en hombres, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las variables sexo y síndrome de burnout, por lo que no se puede establecer una relación entre ambas.

Esto concuerda con los estudios realizados en Mendoza (Belver y otros, 2017), Rosario y sus alrededores (Montenegro y otros, 2017), España (Martínez Mezo, 2017), Paraná (Sapetti y Toso Aguilar, 2018) y Perú (Centeno Calderon, 2018) donde no se encontró relación entre síndrome de burnout y sexo.

La ausencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de burnout alcanzados por mujeres y varones en esta investigación, podría deberse al número reducido de participantes, la cantidad dispareja de hombres y mujeres que conformaron la muestras y las especialidades que desempeña cada uno de los participantes.

Si bien, Richardsen y Burke (1991, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) suponían que existiría una diferencia entre las formas de trabajo y el origen del estrés en médicos de distinto sexo, Parkes (1988, en Párraga Sánchez Cáceres, 2005) explica que el estrés en los trabajadores estaría más relacionado con los roles sexuales que a las diferencias biológicas; mientras que Gil-Monte (2017) afirma que los tipos de vínculos que se dan entre los precursores del síndrome y los síntomas varían según el sexo, como así también el vínculo entre los síntomas y las secuelas.

En cuanto a las demás variables sociodemográficas exploradas, se halló que el síndrome correlaciona positivamente con horas de trabajo por día, lo que se asocia con lo expuesto por Ramirez (2017), quien señala a las jornadas laborales de 8 horas diarias como un factor de riesgo para desarrollar el síndrome.

No obstante, no se encontró una relación entre la cantidad de pacientes que atiende diariamente y el síndrome, lo que se opondría con lo expuesto por Ramírez (2017), que encontraba un mayor riesgo de padecer el síndrome en los sujetos que atendían a más de 18 paciente por día y Sapetti y Tosso Aguilar (2018), que hallaron que uno de los estresores asociados al contexto de trabajo en los anestesiólogos de Paraná eran 57,60% atención a pacientes, pero coincide con los resultados de Centeno Calderon (2018), quien indica que la atención a un gran número de pacientes no se asociaba al síndrome.

Este resultado podría deberse al tipo de atención que brinda el médico y la dificultad de la tarea a realizar, como afirman Moreno-Jimenez y Peñacoba (1999), quienes explican que una de las formas en las que se genera el síndrome está ligada al problema que presenta el sujeto y la complejidad para tratar el mismo.

Koocher (1979, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) indica que a la cantidad de horas de trabajo con los usuarios como una de las variables fundamentales para el desarrollo del burnout. Modlin y Montes (1964, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) mantenían que el cansancio laboral se asociaba, entre otras variables, a la ausencia de oportunidades para recrearse. De acuerdo con esto, Kahill (1988, en Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999) enfatiza en la importancia del apoyo social y de la realización de las tareas por fuera del trabajo, ya que estos serían significativos para resistir el estrés laboral.

En relación con lo anteriormente mencionado, se encontró en la presente investigación que el 79,03% de los participantes realizaban actividades físicas y 66,13% realizaba actividades recreativas. De los cuatro casos que presentaron el síndrome, sólo uno de ellos no realizaba actividades físicas y, a la vez, sólo uno de ellos no realizaba actividades recreativas.

Esto difiere con lo señalado por Fernández Sánchez y otros (2017), quienes encontraban que los sujetos sin burnout que trabajaban en cuidados paliativos practicaban alguna actividad física con mayor regularidad que aquellos que manifestaban el síndrome.

Al mismo tiempo, los resultados obtenidos en relación a la realización de actividades recreativas discrepan de los alcanzados por la investigación de Montenegro y otros (2017), donde se encuentra que 53% de los anestesiólogos que no presentan el síndrome destinaban un promedio mayor a 30 horas por semana a la realización de actividades recreativas.

Debe señalarse, que la presente investigación no indagó acerca de la frecuencia con que los profesionales médicos realizan dicho tipo de actividades, por lo tanto, podría pensarse que la recurrencia con la que se llevan a cabo las mismas influiría también en los resultados arribados.

Por último, tres de los cuatro casos de burnout se encontraron en médicos que se desempeñaban tanto en el ámbito público como en el privado, mientras que el caso restante trabajaba solamente en el privado.

Los resultados obtenidos concuerdan con lo expuesto por Montenegro y otros (2017), que no hallaba relación entre el síndrome de burnout y el sector de trabajo, público, privado o ambos.

Estos resultados podrían estar relacionados a las variables organizacionales; Gil-Monte y Peiró (1999) tienen en cuenta las teorías organizacionales que subrayan a los estresores organizacionales para explicar el síndrome.

Conforme con esto, Sapetti y Tosso Aguilar (2018) encontraban que el 39,40% de los médicos anestesiólogos de Paraná señalaban a la situación laboral como uno de los estresores asociados al contexto de trabajo.

Según hallaba Martínez Mezo (2017), los médicos que trabajaban en el sector privado sufrían menos violencia que aquellos que trabajaban en el ámbito público y, quienes sufren más agresiones mostraban menos realización personal y más despersonalización y agotamiento emocional.

Debe tenerse en cuenta que el cuestionario sociodemográfico no indagó respecto a las características distintivas de cada sector (público y privado) que podrían ayudar a explicar de mejor forma los resultados, por lo que se desconoce los estresores propios de cada uno y la relación de los mismos con el síndrome.

Consecuentemente, se cree importante que se explore en mayor profundidad, en futuras investigaciones, el contexto organizacional donde ejerce el médico y su posible relación con el síndrome de burnout para poder alcanzar una mejor comprensión del mismo.

5.2 Conclusiones

A partir de los resultados extraídos de la aplicación de los instrumentos utilizados con los médicos especialistas y el análisis de los datos extraídos de los mismos, se halló en la presente investigación que el síndrome de burnout se relaciona con la antigüedad en el puesto de trabajo pero no con el sexo.

El 59,7% de los participantes se encontraba sin riesgo de burnout, mientras que en el 33,9% se halló una tendencia al síndrome. Al descomponer las sub-escalas se halló que el 40,3% de la muestra presentó un nivel bajo de agotamiento emocional, 59,7% un nivel bajo de despersonalización y 58,1% un nivel bajo de realización personal.

El síndrome presentó con una frecuencia del 6,5%, 8,3% de los casos afectaba a los profesionales con menos de 10 años de antigüedad laboral y 7,1% a aquellos que tenían entre 10 a 25 años de antigüedad. Existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre las variables síndrome de burnout y antigüedad en el puesto de trabajo; por lo tanto, en esta investigación llevada a cabo con médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná, se confirma la hipótesis de que a mayor antigüedad en el puesto de trabajo, menor es la posibilidad de desarrollar el síndrome de burnout.

Al mismo tiempo, 10,0% de los afectados por el síndrome fueron de sexo masculino, mientras que el 3,1% fue de sexo femenino. Sin embargo, no se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre las variables síndrome de burnout y sexo; por consiguiente, en esta investigación llevada a cabo con médicos de distintas especialidades de la ciudad de Paraná, se descarta la hipótesis de que el síndrome de burnout tenga relación con el sexo.

Finalmente, en relación a las demás variables exploradas, se encontró una correlación estadísticamente significativamente entre el síndrome de burnout y la cantidad de horas de trabajo por día.

5.3 Recomendaciones

En relación a los resultados obtenidos se propone:

- Programas destinados a la prevención de burnout que inicien en profesionales al comienzo de la formación médica.
- Aplicación regular del MBI u otro instrumento específico para detectar el síndrome en la población médica.
- Programas destinados al tratamiento del síndrome en profesionales que padezcan el mismo o presenten una tendencia hacia el mismo.
- Programas destinados a promover el desarrollo de prácticas relacionadas a la higiene del trabajo, especialmente en aquellas especialidades caracterizadas por la emergencia, como así también oncología, cardiología, tratamiento del dolor, unidades de terapias intensivas, entre otros.
- Supervisión y seguimiento semestral a cargo de las instituciones.
- Psicoterapia individual con personal especializado.

En relación a futuras investigaciones:

- Ampliar el número de la muestra e intentar obtener grupos iguales en número de mujeres y hombres.
- Complementar el cuestionario sociodemográfico con cuestiones inherentes a las estructuras organizacionales donde se desempeñen los profesionales.
- Ofrecer en cada categoría una opción de respuestas múltiples para disminuir la incertidumbre y favorecer las respuestas más rápidas.
- Profundizar en el estudio del síndrome en esta población a través de la investigación de otras variables como tipo de personalidad previa, estrategias de afrontamiento, satisfacción laboral, apoyo social, entre otros.
- Abarcar no solo a los profesionales médicos sino también a todo el personal de la institución, como enfermeros, kinesiólogos, odontólogos, psicólogos, personal de mantenimiento, personal administrativo, etc.

5.4 Limitaciones

- Al tratarse de una muestra de tamaño reducido no se pueden establecer generalizaciones de los resultados.
- No se cuenta con una distinción precisa de las especialidades que ejercen médicos y médicas.
- El cuestionario sociodemográfico no indagó en cuestiones organizacionales, como salario, disponibilidad de instrumentos, situación edilicia, turnos, entre otros, limitándose sólo a aspectos individuales.
- El cuestionario sociodemográfico no indagó sobre aspectos ligados a problemáticas personales que pudieran influir negativamente sobre las emociones de cada individuo.
- No se relacionaron las demás variables (sector de actividad, cantidad de pacientes que atiende por día, horas promedio que trabaja por día, realiza actividad física y realiza actividades recreativas) con la antigüedad y el sexo de los participantes.
- El cuestionario sociodemográfico no investigó sobre la frecuencia en la que los profesionales realizaban ejercicio o actividad recreativa.
- La ausencia de respuestas múltiples para responder el cuestionario sociodemográfico, especialmente en los apartados “Cantidad de pacientes que atiende aproximadamente por día” y “Cantidad de horas aproximadas que trabaja por día”, en los cuales se percibió dificultad para responder.
- El hecho de que el MBI sea un inventario autoadministrado, se pudo percibir cierta confusión por parte de los participantes para comprender los alcances del enunciado y qué responder al mismo, especialmente en relación a la escala de frecuencia.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-265. Recuperado de <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>
- Belver, E. M., Fábrega, V. S., Fougere, A., González, J. P., Posadas, M. L. y Rodríguez, M. L. (2017). Prevalencia y factores asociados a Burnout en médicos de la provincia de Mendoza. Plataforma de información para políticas públicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Recuperado de <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulo/-prevalencia-y-factores-asociados-a-burnout-en-medicos-de-la-provincia-de-mendoza-corte-transversal>
- Centeno Calderon, J. M. (2018). Experiencia laboral como factor de riesgo asociado al desarrollo del síndrome de burnout en docentes médicos (Tesis de Bachiller, Universidad Nacional de Trujillo). Recuperado de http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9950/CentenoCalderon_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chérrez Martínez, K. E. (2015). Síndrome de burnout en el personal médico del Hospital General de Latacunga, provincia de Cotopaxi, durante el período de marzo - agosto del 2015 (Tesis de Grado, Universidad Regional Autónoma De Los Andes "Uniandes"). Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1013/1/TUAMED062-2015.pdf>
- De Carmen García-Moran, M. y Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, (19), 11-30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1471/147149810001.pdf>
- Fernández Sánchez, J. C., Pérez-Mármol, J. M. y Peralta Ramírez, M. I. (2017). Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40 (3), 421-431. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/59380/38372>
- Gil-Monte, P. R. (2017). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. España: Editorial Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *anales de psicología*, 15 (2), 261-268. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
- Gil-Monte, P. R. y Marucco, M. (2006). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en médicos. *Medicina y sociedad*, 26 (2). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263043222_Sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_burnout_en_medicos
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2010) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill Ed. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Martínez Mezo, G. L. (2017). *Burnout y salud mental en los médicos de Málaga* (Tesis Doctoral, Universidad de Málaga). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=176983>
- Mirás Carballal, S. (2014). EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN UN CENTRO DE SALUD. *Revista Enfermería C y L*, 6 (2), 65-73.
- Montenegro, S., Elena, G. A., Tarrés, M. C. y Moscoloni N. (2017). Análisis factorial y correspondencias múltiples de principales indicadores de burnout en anestesiólogos. *Revista Argentina de Anestesiología*, 75 (2), 45-52. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-anestesiologia-268-articulo-analisis-factorial-correspondencias-multiples-principales-S0370779217300406>
- Montes Nájera, L. A. (2015). *Prevalencia Síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal médico tratante de los servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo octubre – diciembre 2014* (Tesis, Pontificia Universidad Católica Del Ecuador). Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10409/Tesis%20Luis%20Montes%2019%2001%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Moreno-Jiménez, B. y Peñacoba, C. (1999). Estrés asistencial en los servicios de salud. En M.A. Simon (Ed). *Psicología de la salud. Siglo XXI*, 739-764. Recuperado de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Estres-asistencial-en-los-servicios-de-salud.pdf>
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). UNA REVISIÓN TEÓRICA SOBRE EL ESTRÉS Y ALGUNOS ASPECTOS RELEVANTES DE ÉSTE EN EL ÁMBITO EDUCATIVO. *Revista Educación*, 33 (2), 171-190. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/440/44012058011/>
- Navarro Martín, J. M. (2018). Síndrome de burnout en medicina. *Gineco FLASOG*, (3), 22-39. Recuperado de <https://www.flasog.org/static/revista/revista-julio.pdf>
- Ortega Gutiérrez, A. V., Quinche Suquilanda, A. M., Sinchire Jiménez, M. G. y Álvarez Román, L. L. (2017). Síndrome de Burnout en médicos del Hospital General Teofilo Davila De Machala. *Portales Médicos*. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-burnout-medicos-del-hospital-general-teofilo-davila-machala/>
- Párraga Sánchez Cáceres, J. M. (2005). Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios (Tesis Doctoral – Universidad de Extremadura Departamento de Psicología y Sociología de la Educación).
- Quiceno, J., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>
- Ramírez, M. R. (2017). PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN UNA PROVINCIA DE ECUADOR. *Revista INFAD de Psicología*, 4 (1), 241-252. Recuperado de <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1053/929>
- Sabino, C. A. (1992). El proceso de investigación. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Salomón, S. E. y Valdez, P. R. (2019). Síndrome de burnout en el siglo XXI: ¿Lograremos vencerlo algún día? *Revista Argentina de Medicina*, 7 (1), 8-22. Recuperado de

<http://hheller.org/publicaciones/SindromeDeBurnout-RevistaArgentinaDeMedicina.pdf>

Sapetti, V. S. y Toso Aguilar, C. M. (2018). Síndrome de Burnout y su relación con las estrategias de afrontamiento en médicos anestesiólogos de la ciudad de Paraná (Tesis de Licenciatura – Universidad Católica Argentina Facultad Tercera de Ávila).

ANEXOS

Información al Médico

El objetivo de esta tesis es identificar el síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes especialidades.

Para esto se utilizará un cuestionario sociodemográfico y el Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar el síndrome de burnout, constituido por 22 ítems que se dividen en tres subescalas: realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems), y una escala tipo Likert que evalúa la frecuencia de con la que el sujeto experimenta la situación detallada en el ítem en el último año.

La participación en este estudio es gratuita y voluntaria, por lo que puede abandonar la investigación en cualquier momento o por cualquier razón, sin ser necesario dar una justificación y sin ningún perjuicio ni pérdida de sus derechos.

Los datos tendrán un tratamiento exclusivo y confidencial y serán utilizados con fines exclusivamente de investigación, dentro del trabajo final para acceder a la Licenciatura en Psicología “Síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes especialidades de la ciudad de Paraná”, de la Pontificia Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades Teresa de Ávila, llevada a cabo por Galliussi, Giuliana; y dirigida por la Licenciada Lerena, Andrea.

El beneficio de participar en esta investigación es el aporte en relación a la problemática de burnout en el campo de los profesionales médicos. No se darán incentivos económicos por la participación en el presente estudio.

Consentimiento Informado

Confirmando que he leído y entendido la información adjunta y he podido realizar preguntas para esclarecer mis dudas.

Entiendo que mi participación es voluntaria y gratuita, pudiendo retirarme en el momento que desee sin dar razones para ello.

Entiendo que la información podrá ser vista y utilizada para la realización de este trabajo final y que será almacenada sólo con fines académicos y de investigación. Los resultados del estudio podrán ser publicados sin revelar mi nombre o identidad, permaneciendo de forma confidencial.

Doy permiso para que los registros realizados durante este estudio sean utilizados como material para fines académicos y de investigación.

Estoy de acuerdo con participar en este estudio.

Expresión de consentimiento:

SÍ

Decido participar voluntariamente

Firma del médico/a

Firma de la investigadora



Consentimiento informado para el investigador

Estoy en conformidad de responder los cuestionarios sobre la temática síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes especialidades.

Los datos obtenidos serán utilizados con fines exclusivamente de investigación, dentro del trabajo final para acceder a la Licenciatura en Psicología “Síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes especialidades de la ciudad de Paraná” llevada a cabo por Galliussi Giuliana, y dirigida por la Licenciada Lerena Andrea.

Estoy en conocimiento de que los datos tendrán un tratamiento absolutamente confidencial.

Firma, aclaración y D.N.I

Cuestionario sociodemografico

Fecha:

Sexo:

Edad:

Estado civil

Casado/a ____

Soltero/a ____

En pareja/Conviviente ____

En pareja/No conviviente ____

Divorciado/a ____

Viudo/a ____

Hijos

Si ____ Indique la cantidad: ____

No ____

Indique la especialidad médica que desempeña:

Indique la cantidad de años que lleva desempeñándose en su especialidad:

Sector

Público ____

Privado ____

Ambos ____

Cantidad de pacientes que atiende aproximadamente por día:

Cantidad de horas aproximadas que trabaja por día:

¿Realiza actividades físicas?

Si ____ Indique cuál:

No ____

¿Realiza alguna actividad recreativa?

Si ____ Indique cuál:

No ____

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a							

		otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento “quemado” por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en							

		la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los							

		que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que esto al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se tratar de forma							

		adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							