

01964 . 2



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

eg

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PRESENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN
MEDICOS DEL HOSPITAL CLINICO
QUIRURGICO HERMANOS AMEIJIRAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGIA
general Experimental.
P R E S E N T A

AMALIA MARIA RIVERA DELGADO

Comité de Tesis:

Mtro. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. Rocío Paéz Gómez

Mtro. Jorge R. Pérez Espinosa

Dra. Teresa Padilla Velázquez

Mtra. Fayne Esquivel Ancona



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Soy muy afortunada en haber podido contar con la ayuda y el apoyo de muchas personas para la realización de esta investigación.

En primer lugar, quiero ofrecer mi más profundo agradecimiento al Dr. Raúl Gómez Cabrera, por haber confiado en mí al permitirme llevar a cabo este estudio en la Institución Hospitalaria que él dirige. Seguramente el interés demostrado por él en todo momento con respecto a los resultados que se obtendrían y el afecto que manifiesta tener por el Hospital Ameijeiras, permitirán que temas como el del Burnout, continuen siendo investigados por profesionistas de la salud.

En segundo lugar, quisiera recalcar lo agradecida y satisfecha que me siento con toda la ayuda que en forma incondicional siempre recibe de Samuel, Roquita y Luis. La sencillez, profesionalismo y asertividad que caracteriza a los tres, fueron estímulos importantes para poder continuar con este trabajo en momentos difíciles.

Asimismo, me siento enormemente agradecida con Bárbara Zas, quien además de ser una gran amiga, me ha brindado todas las facilidades para continuar con mi crecimiento profesional durante mi estancia en Cuba.

No se quedan atrás Wilfredo, María Elena, Ismary, Leo, Geidy, Raiteri, Edelsy, Ariana, Baby Delgado, Amariyls, Sofia, Jaqueline y María Teresa, así como el equipo de psicometristas del Ameijeiras, en la enorme ayuda que me ofrecieron

durante la realización de este trabajo. Sus opiniones, amistad y solidaridad, fueron pilares importantes del camino que se fue construyendo.

También quiero agradecerles al Dr. Bernardo Moreno, a Lidia Hernández, Rosa Jiménez y Marta Martínez, por la excelente orientación y sabios consejos que cada uno de ellos me proporcionaron en su momento.

A Nancy Aparicio le recuerdo que su ayuda en esta investigación resulta invaluable.

No podría quedarme sin mencionar lo agradecida que estoy con Omar Fernández por la disposición tan entusiasta con que siempre me otorgó su ayuda y apoyo técnico.

A Marcela, Rosalía, Mari, Ivette, Vivian, Maru, Iraida, Marianela y Familia Calzadilla Pardo, mil gracias porque el apoyo y cariño que me han brindado, han permitido que me sienta en casa.

Por último quisiera agradecerles a quienes tanto quiero. A Pablo y Bruno, mis maravillosos hijos, por su paciencia y comprensión. A Carlos, mi principal crítico y estupendo compañero, también agradezco su paciencia, su comprensión e inteligencia para apoyarme en lo que emprendo.

Dedico este trabajo a mi madre, cuya fuerza, optimismo y vitalidad serán para mi por siempre un ejemplo.

A la memoria de mi adorado padre, a la del Doc y de Lolita.

ÍNDICE

CONTENIDO -----	PAGINA -----
Índice-----	1
Capítulo 1. Síntesis -----	3
Capítulo 2. Introducción -----	7
2.1 Definición del término de Burnout o estrés asistencial -----	7
2.2 Consecuencias generales de la presencia del Síndrome de Burnout -----	13
2.3 Problema a investigar -----	15
2.4 Importancia del estudio -----	17
Capítulo 3. Marco Teórico -----	21
3.1 Distintos modelos teóricos sobre el concepto de Burnout-----	21
3.2 Acerca de los instrumentos de medición -----	29
3.3 Importancia de las variables epidemiológicas o sociodemográficas -----	31
3.4 Medidas preventivas para enfrentar el Síndrome-----	37
Capítulo 4. Método -----	41
4.1 Objetivos-----	41
4.1.1 Objetivo General -----	41
4.1.2 Objetivos específicos -----	41
4.1.3 Preguntas de investigación -----	42
4.2 Universo y muestra-----	43
4.3 Sujetos-----	45
4.4 Escenario-----	46
4.5 Instrumento de medición -----	47
4.6 Definición de términos-----	50
4.6.1 Burnout -----	50
4.6.2 Variables epidemiológicas -----	55
4.7 Tipo de estudio-----	60
4.8 Procedimiento -----	62
4.8.1 Selección de la muestra-----	62
4.8.2 Recolección de los datos -----	62
Capítulo 5. Resultados -----	65
5.1 Análisis descriptivo de la población de estudio -----	65
5.2 Distribución y clasificación de los niveles de Burnout en la población -----	72

5.3 Distribución de las especialidades médicas que participaron en el estudio según el indicador de Burnout y relación entre esta variable y el Síndrome. -----	75
5.4 Relación entre los niveles de Burnout y demás variables epidemiológicas -----	92
5.5 Comportamiento de las 7 escalas del CBB en la población total de acuerdo a los niveles de Burnout. -----	108
5.6 Relación entre las distintas variables epidemiológicas y el indicador de Burnout de cada una de las siete dimensiones del CBB. -----	118
5.7 Análisis cualitativo de las preguntas abiertas incluidas en el cuestionario -----	120
Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones -----	125
6.1 Conclusiones y discusión -----	125
6.2 Recomendaciones a nivel preventivo -----	133
BIBLIOGRAFÍA -----	139
Anexo 1. Cuestionario MBI (Maslach y Jackson)	
Anexo 2. Cuestionario CBB (Bernardo Moreno)	
Anexo 3. Cuestionario CBB (Lidia Hernández)	
Anexo 4. Análisis de Cronbach	
Anexo 5. Cuestionario CBB (Instrumento de medición en esta investigación)	

CAPITULO 1. SÍNTESIS

Considerando que el llamado Síndrome de Burnout ha reportado en los últimos años un incremento importante, a nivel mundial, en aquellos profesionistas que ofrecen un trabajo asistencial y que su prevalencia afecta negativamente al funcionamiento, organización y desarrollo de toda institución hospitalaria, la presente investigación tuvo como propósito principal, determinar los diferentes niveles de afectación del Síndrome en 306 médicos de 25 especialidades distintas que laboran en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras en la Habana, Cuba.

Para llevar a cabo este propósito, se aplicó el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) en una variante modificada para la población cubana como instrumento de medición fundamental y también se solicitó a los médicos participantes respondieran a una breve encuesta, previa al cuestionario, cuya finalidad principal consistía en medir una serie de variables epidemiológicas. Se emplearon métodos estadísticos descriptivos y de correlación para el análisis de los resultados y como procedimiento complementario para el análisis cualitativo de los datos, se agregaron dos preguntas abiertas al Cuestionario utilizado.

Una vez que la dirección de la Institución Hospitalaria autorizó la realización de esta investigación y que el equipo de bioestadísticos del Hospital proporcionaron la información, requerida para la elección del diseño y la población con la cual se

trabajaría, se procedió a seleccionar las distintas especialidades que conformarían la población de estudio.

Para la aplicación del instrumento se contó con el apoyo de los psicólogos que forman parte del servicio de Psicología de la Institución Hospitalaria donde se realizó la investigación. Frente al deseo de que el grupo de aplicadores fuera realmente homogéneo, se convocó a todos a una sesión grupal donde se habló de las instrucciones que debían manejarse al entregar el CBB, dejar muy claro el carácter estrictamente anónimo del documento y se fijó la fecha en la cual todos los cuestionarios debían estar aplicados.

Posteriormente, con ayuda del paquete estadístico SPSS para Windows versión 5.1 se analizó gran parte de la información recopilada en la fase de aplicación y se hizo una descripción detallada de los participantes que conformaron la muestra, con respecto a cada una de las variables consideradas en la presente investigación.

Una vez que se estableció el criterio de calificación del instrumento, se clasificó y distribuyó a toda la población de estudio según los 3 niveles de afectación del Síndrome de Burnout. La distribución, clasificación y el análisis de las medias de cada una de las especialidades, nos permitió ordenar a las mismas con exactitud, de acuerdo al grado de afectación por el Síndrome.

Enseguida se eligieron las pruebas estadísticas convenientes (Chi Cuadrada, Anova One Way y Prueba t) para poder realizar un extenso análisis estadístico que nos

permitiera concluir el nivel de significancia con respecto a la relación que guardan las distintas variables epidemiológicas y el Burnout.

Para poder calificar el comportamiento de las 7 escalas ó dimensiones que conforman el CBB en la población de estudio, nos apoyamos en el criterio de calificación propuesto por Moreno y colaboradores (1989). Las mismas pruebas estadísticas que fueron utilizadas para determinar el nivel de significancia de la relación de las variables epidemiológicas y el Burnout, permitieron evaluar si existía alguna asociación entre las distintas variables epidemiológicas consideradas en el estudio y el indicador de Burnout de cada una de las 7 dimensiones del CBB.

El análisis cualitativo que se hizo a las respuestas emitidas a las 2 preguntas abiertas incluidas al final del Cuestionario, nos permitieron conocer la presencia de otros elementos que también podrían ser considerados como fuentes generadores de estrés y los cuales, al verse acompañados de otros factores estresantes, ponen al individuo en una situación más vulnerable para poder “quemarse”.

Por último, después de hacer los comentarios y conclusiones pertinentes a los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación, se proponen algunas medidas preventivas o profilácticas que debieran ser consideradas para evitar la evolución del Síndrome de Burnout en aquellas especialidades que ya indican estar afectadas y que podrían ser de gran utilidad para la Institución Hospitalaria, al ayudar a optimizar

las condiciones de trabajo del equipo asistencial que lo integra y la calidad de servicio a los beneficiarios.

CAPITULO 2. INTRODUCCIÓN

2.1 Definición del término de Burnout o estrés asistencial

El término de Burnout fue introducido en la literatura científica a principios de los setenta por el psicólogo clínico neoyorquino Herbert J. Freudenberger (1974) y la psicóloga social de la Universidad de California, Cristina Maslach (1976).

La imagen evocativa del término lo hizo desde sus inicios muy popular. En periódicos, revistas, radio y televisión con frecuencia se podían escuchar noticias sobre burnout. Al mismo tiempo, investigaciones serias y contundentes empezaron a desarrollarse. Para 1991, era factible localizar cerca de mil artículos y aproximadamente cien libros concernientes al estudio y prevención del Síndrome.

El término "Burnout" (cuya traducción al español equivaldría a la palabra "quemarse"), hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones donde se guarda una relación constante, directa e intensa con otras personas, y donde muchas veces se ofrece algún tipo de servicio y ayuda (Moreno, 1990).

Desde esta óptica, todo profesionalista que trabaje e interactúe con individuos, sería candidato a poder presentar el Síndrome (Pines, 1993). De hecho, profesiones relacionadas con el campo de la educación (maestros), también reportan en la

literatura actual importantes niveles de estrés asistencial que los ha llevado a “quemarse”.

Sin embargo, son muchos los estudios que han podido demostrar que el estrés propio de las profesiones sanitarias es más alto que el de muchas otras profesiones (Simpson y Grant, 1991). Atender el dolor, la muerte y enfermedades terminales, así como la frecuente sensación de no poder hacer nada, o muy poco, resulta sumamente estresante; aún más cuando las situaciones que se tienen que enfrentar son de urgencia y las decisiones que se toman son cuestiones de vida o muerte (Cartwright, 1979).

Tal como lo explican Maslach y Jackson (1981), a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable de intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación; la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de "desección emocional", misma que deja al profesional vacío y "Burnout (Moreno, 1990). Es decir que a los ya de por sí complejos requerimientos de la actividad asistencial, se añaden los requerimientos y demandas no solo de los propios usuarios, sino inclusive de familiares y personas afines a los mismos.

De esta manera, el hecho de sustentarse las profesiones asistenciales en una filosofía humanística de trabajo, hacen al médico, psicólogo, enfermera y asistente social más

vulnerable de poderse ver afectados por el Síndrome. No obstante, el choque que experimentan estos profesionistas al tenerse que adaptar muchas veces a requerimientos deshumanizados y despersonalizados, es lo que puede estar determinando en gran parte su comportamiento. Es decir, la prevalencia de expectativas no realistas acerca de los servicios humanos profesionales y la diferencia entre expectativas personales y realidad, puede estar contribuyendo en forma significativa en el estado de estrés asistencial que estos empleados presentan (Cherniss, 1980; Kramer, 1974; Stevens y O' Neill, 1983 citados por Moreno y Cols, 1990).

Por otra parte, Hidalgo y Díaz González (1994) señalan que cuando la institución hospitalaria no es capaz de proporcionar los apoyos necesarios para poder realizar un desempeño óptimo de la profesión, el médico queda más expuesto a poder presentar el síndrome de agotamiento profesional o del profesional quemado. La institución debe “aportar al trabajador seguridad y sentimientos de pertenencia, reparación y gratificación que faciliten el desarrollo de su personalidad. Su limitación en ofrecer tales apoyos puede convertirla en una fuente de empobrecimiento y estereotipia del trabajador, el cual puede llegar a sobreadaptarse, para evitar conflictos, a costa de hipotecar su capacidad de pensamiento u otras áreas de su personalidad y esto generaría individuos despersonalizados e instituciones homogeneizadas” (Hidalgo y Díaz González, 1994).

Pines (1994) concluyó en una investigación realizada con un grupo de israelitas, que la falta de significado existencial en el trabajo que se desempeña, sería otro de los elementos que imposibilitan al profesional a enfrentarse exitosamente a situaciones de estrés y lo llevan al Burnout. Menciona que después de muchos años de estudiar el Burnout en médicos, enfermeras, psicólogos, maestros, dentistas, trabajadoras sociales, consejeros, policías y abogados, entre otros, ha llegado a la conclusión de que la causa principal de dicho Síndrome radica en la necesidad de creer que nuestras vidas tienen sentido y de que las tareas que emprendemos son útiles, importantes, incluso heroicas (Pines 1990, 1992 b citado por Pines 1993). En este artículo, el autor también agrega que algunas personas han podido encontrar en la religión el sentido de sus vidas; en cambio, el que carece de toda creencia religiosa, es en el trabajo donde trata de encontrar el significado. Si él mismo no se lo da y la sensación de fracaso y frustración lo invade, surge la posibilidad de "quemarse."

Según Moreno y colaboradores (1990), se han planteado muchas definiciones del Síndrome y múltiples causas que lo provocan: "Entre ellas cabe destacar: aburrimiento y estrés (Pines, Aronson y Kafry, 1981), crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas (Cruse, 1980), sobrecarga de trabajo y falta de estímulo (Weiskopf, 1980), pobre orientación profesional y aislamiento (Cherniss, 1988)" (Moreno, Oliver, Aragonese, 1990). Al parecer, individuos altamente motivados, con deseos de superación y con mayor nivel de

implicación personal en su trabajo, son los candidatos más susceptibles a desarrollar el Síndrome (Pines, 1993).

Asimismo se ha hecho mención a aspectos propiamente cognitivos como serían: bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo, bajas expectativas para controlar los modos de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional (Meier, 1983, 1984), e incluso se ha mencionado el paradigma de la indefensión aprendida como explicación del fenómeno Burnout.

La indefensión aprendida es un concepto trabajado por Seligman y colaboradores (1975 citado por Gatchel, 1989) y por el mismo se entiende la actitud que adquiere un individuo al enfrentarse por un período de tiempo prolongado a situaciones donde la respuesta y el resultado de la misma, son independientes. Después de la exposición repetida a eventos incontrolables, el sujeto aprende que no hay nada que hacer para lograr modificar los resultados, ya que cualquier intento que emprenda suele fallar. Como producto de tal experiencia, el individuo acepta pasivamente esta clase de estimulación nociva. Por tanto, el estado de falta de motivación, desganado y sentimientos negativos se generaliza a otras situaciones donde quizás el éxito podría haberse alcanzado, debido a que la motivación y habilidades cognitivas para enfrentar nuevos eventos quedaron afectados.

Trabajos empíricos de algunos autores han señalado la importancia de considerar diversos factores como serían: organizacionales, la edad, los años de trabajo en el

puesto, el sexo, el apoyo social (evaluado principalmente por medio de la existencia de una relación de pareja) y la autoestima, como otras de las variables vinculadas a la aparición del Burnout (Hernández, 1995). A esta clase de elementos los denominamos variables epidemiológicas o sociodemográficas en la presente investigación y de las mismas hablaremos con mayor detalle más adelante.

Lewis, Barnhart y colaboradores (1993) reportan que el grado de satisfacción marital que el profesionista de la salud presenta contribuye de manera importante en la aparición del Síndrome . En la medida que el nivel de satisfacción marital es más elevado, el grado de estrés laboral es mucho menor.

Turnipseed (1994) sostiene que el estudio del medio ambiente donde el trabajo se realiza ha recibido menos importancia en la literatura que la respuesta individual del sujeto frente a situaciones. Coincidimos con este autor en considerar que las condiciones medio ambientales son un elemento que también puede incidir en el Burnout, al ser valoradas como una fuente generadora de estrés.

Bennett, Kelcher y Ross (1994), por su lado, concluyeron que el contexto social también es un determinante importante del Burnout.

En resumen, podemos señalar que por las definiciones aquí descritas del término de Burnout, son numerosos los factores sociales, psicológicos, individuales, familiares, laborales, culturales y medio ambientales, que contribuyen en forma considerable en la aparición y evolución del Síndrome de Burnout.

2.2 Consecuencias generales de la presencia del Síndrome de Burnout

Las consecuencias del estrés y del Burnout pueden ser divididas en físicas, emocionales, conductuales y sociales.

En las alteraciones de tipo físico es común encontrar problemas cardiovasculares, hipertensión, cefaleas, insomnio, falta de apetito y padecimientos psicósomáticos (Melamed, Kushnir, Shiron, 1992); en las de orden psíquico, se registran con frecuencia desórdenes de tipo depresivo, impulsividad e irritabilidad (Pines y colaboradores, 1981).

Asimismo, se ha llegado a reportar pérdida en la eficacia laboral a través de múltiples manifestaciones y trastornos en la vida familiar, que de no ser tratados a tiempo, pueden llegar a ocasionar la desintegración de dicho núcleo.

Con respecto a la familia, los conflictos con la pareja, disfunciones e insatisfacción en la actividad sexual, así como problemas en la interacción con los hijos, son algunas de las dificultades que tienden a presentarse con mayor frecuencia al estar el individuo sometido a condiciones de estrés o en Burnout.

El tabaquismo y el alcoholismo son dos de las respuestas típicas que podemos encontrar como respuesta inadecuada al estrés. Lawrence y colaboradores (1987) han podido determinar que especialmente con las crisis económicas y financieras, las tasas de alcoholismo aumentan en forma considerable.

La sobrecarga de trabajo y la presión del tiempo también suelen propiciar una actitud de indecisión en el individuo sobre los problemas y lo incapacita para tomar decisiones sobre ellos. Sentimientos de soledad, sedentarismo físico, falta de interés por asuntos ajenos a los estrictamente laborales e incapacidad para reírse de sí mismo (Small, 1981) son otras de las consecuencias del estrés y del Burnout que también podemos encontrar.

Moreno y Peñacoba (1995) señalan que el Burnout tiene pesadas consecuencias en la calidad de vida laboral de los profesionales que ejercen los trabajos de asistencia y en la calidad de atención y cuidados recibidos por los beneficiarios de su trabajo. Juega un papel importante en la insatisfacción laboral, la pérdida de calidad del propio trabajo profesional, el ausentismo, la rotación de puestos de trabajo y en general, la eficacia de las instituciones.

Asimismo, estos autores consideran que algunos aspectos del Síndrome lo hacen especialmente peligroso, ya que el Burnout puede convertirse en un tipo de conducta "contagiosa" al generar sentimientos de abandono, derrotismo e indiferencia en el ambiente laboral.

Por otra parte, la pérdida de la ilusión por el trabajo puede llevar fácilmente al cinismo colectivo y a actitudes más o menos claras de sabotaje organizacional debido al declive de toda iniciativa de mejora y de cambio en el lugar donde se trabaja. Las mejores capacidades, esfuerzos, la implicación e identificación con el

trabajo se pierden, y por tanto, la capacidad de esfuerzo, aportación, implicación y creatividad personal también desaparecen.

No podemos perder de vista que las respuestas al estrés y al Burnout están altamente personalizadas, por tanto, los sujetos afectados responden a ellos de formas muy distintas al estar muchas veces el proceso de afectación en función de la historia personal del individuo.

2.3 Problema a investigar

Como ha sido señalado en párrafos anteriores, el Síndrome de Burnout es una problemática con un severo impacto biopsicosocial sobre el profesionalista, que reporta un incremento importante en el mundo en general.

Indiscutiblemente, el hombre moderno está sometido a presiones constantes, debido a la complejidad e incesantes avatares que le ofrece la época contemporánea.

En el caso de la población cubana en sentido general, es conocido que ha estado sometida en los últimos años a cierta presión económica, la cual es de suponer que podría afectar psicológicamente al individuo y generar una importante carga de estrés. Reflejo de lo último posiblemente podría observarse en bajo rendimiento

laboral, alteraciones de tipo emocional, afecciones de tipo físico, desinterés por ofrecer un servicio asistencial óptimo, etc.

Es posible detectar algunas de estas variables con el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), que fue el instrumento de medición empleado en la presente investigación y de cuyas características específicas hablaremos más adelante.

Es pertinente aclarar que la intención de esta investigación no consiste en evaluar las consecuencias que las presiones económicas del país caribeño han podido provocar en los profesionales de la salud. Al estar éstos de por sí sometidos a constante estrés por las mismas características del trabajo que desempeñan, el objetivo principal del presente estudio consiste en contar con datos objetivos y concretos que nos permitan determinar en la población de estudio, el grado de afectación con respecto al Síndrome de Burnout para así poder proponer posteriormente, con base en los resultados obtenidos, medidas profilácticas y alternativas de acción, que favorezcan el poder seguir contando dentro del campo de la salud con personal eficiente y capaz de proporcionar excelente servicio asistencial a los beneficiarios.

Recordemos que Cuba es un país que se ha distinguido a nivel internacional por sus logros y alcances dentro del campo de la medicina. Por tanto, el realizar una investigación referida a la optimización del funcionamiento de su potencial humano y cuyos resultados pudieran contribuir a conservar y fortalecer sus éxitos en materia de salud, ya es en sí de utilidad.

Valdría la pena mencionar que en Cuba, ya existen contribuciones importantes al estudio del Burnout. Grau (1993), Roca (1994), Macurán (1994) y Hernández (1995) han elaborado mediciones y estudios detallados en diversos tipos de población, dentro de los cuales destaca el personal médico y de enfermería del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Sus investigaciones han sido de gran utilidad para dicha Institución, al ofrecer información que ha sido útil para mejorar la calidad de los servicios asistenciales que se brindan en ese lugar y para crear consciencia de las necesidades que tienen los médicos y enfermeras que ahí trabajan. Los resultados obtenidos de sus muestras, el instrumento de medición utilizado en algunos de estos estudios, así como determinados aspectos del diseño metodológico empleado en cada una de sus investigaciones, son un pilar importante para la conformación y el desarrollo del presente estudio.

2.4 Importancia del estudio

La profesión del médico ha gozado desde hace varios años de importante reconocimiento social, debido al interés y preocupación constante que siempre demuestra frente al prójimo.

Al ser un individuo del cual se tienen altas expectativas y en quien recaen continuas demandas que exigen una rápida solución, suele estar sometido a muchas presiones que podrían ser consideradas como fuentes generadoras de estrés.

Jaffe (1986 citado por Moreno y Peñacoba, 1995) expone tres razones que suelen presentarse en la práctica médica y que propician la aparición de problemas de estrés en el profesional de la salud.

1. Los médicos no tienen necesidades personales, ya que la personalidad altruista, comprometida y desinteresada “que debe tener”, lo obliga a estar siempre disponible para responder a las demandas de los pacientes.

2. Los médicos “deben estar” dispuestos a responder a los cuidados que le exigen los pacientes en forma inmediata, y por lo tanto, tendría que estar disponible en todo momento.

3. Los médicos, al ser infalibles, omnipotentes y con baja tolerancia al fracaso, “deben estar” en condiciones de poder obtener siempre resultados frente a cualquier clase de enfermedad.

Si a todo esto sumamos que el profesional de la salud también suele ser exageradamente responsable y que tiende a sentir la necesidad de excelencia y perfección en cada uno de sus actos, resulta muy factible el suponer que el promedio del nivel de estrés del médico sea alto.

Roy (1985) y Margison (1987) (citados por Moreno y Peñacoba, 1995) reportan que las tasas de suicidio, alcoholismo y de abuso de drogas en la clase médica, son más altas que en la población general.

Esto en parte puede comprenderse puesto que otra característica en los médicos es su resistencia a pedir ayuda, al considerarlo un signo de debilidad personal que atenta contra las características de ecuanimidad y equilibrio que la sociedad suele atribuirles.

Es probable que uno de los motivos por los cuales el médico tiende a ser menos investigado en relación a otros trabajadores de la salud (por ejemplo, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.) es por la tendencia a conservar la imagen omnipotente del hombre todopoderoso, capaz de soportar situaciones de trabajo muy complejas e incluso dolorosas, con el mayor aplomo y autocontrol.

Sin embargo, no podemos perder de vista que, ante todo, son seres humanos que se enfrentan muy a menudo a problemas sumamente delicados y estresantes. Por tanto, el poder determinar el grado de afectación con respecto al Síndrome de Burnout en una población específica de estos profesionales de la salud, podría ser una aportación interesante al campo de conocimientos que de ellos estrictamente se tiene.

Por último habría que agregar que se eligió realizar esta investigación con médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, ya que por su dimensión y características, fue factible obtener con exactitud el tipo de población y muestra con

la cual nos propusimos trabajar. Además, el Hospital Hermanos Ameijeiras es una de las instituciones hospitalarias del país que, por su prestigio y calidad de servicio, vendría a ser representativa de uno de los mayores logros del pueblo cubano en estos últimos treinta y siete años: el sector salud.

CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO

3.1 Distintos modelos teóricos sobre el concepto de Burnout

En la actualidad, el estudio del concepto de Burnout como una forma peculiar de estrés laboral asistencial, ha cobrado verdadera importancia a nivel mundial. Prueba de ello, son la gran cantidad de publicaciones y monografías que hoy en día se pueden encontrar sobre el tema.

A pesar de que las primeras referencias al tema se deben a Freudenberger (1974), quien definió al Burnout como "un estado de fatiga ó frustración producida por la devoción a una causa, modo de vida ó relación, que fracasó en producir el resultado esperado" (Freudenberger, 1980 citado por Pines, 1993), realmente fueron Cristina Maslach y Susana Jackson quienes principalmente popularizaron el término y lo introdujeron en la literatura científica (Hernández, 1995).

Un trastorno de características similares al Síndrome de Burnout, agotamiento profesional o estrés asistencial, ha sido descrito con el nombre de "enfermedad de Tomás" y se define como un trastorno de la identidad del profesional sanitario cuyo síntoma cardinal es la pérdida de la autoestima, ya que ello bloquea el adecuado desarrollo del médico y se generan sentimientos negativos frente al trabajo clínico (Hidalgo y Díaz González, 1994).

A partir de la década de los ochenta, uno de los enfoques más específicos que ha recibido el estrés de los profesionales de los servicios de salud ha sido el proveniente del modelo de "Burnout" propuesto por Maslach y Jackson (1982). Ellas proponen "el Burnout como un síndrome de estrés crónico propio de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad ó de dependencia." (Moreno y Peñacoba, 1995).

De acuerdo al modelo de Maslach y Jackson (1981), el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal serían los tres elementos que caracterizarían el proceso de Burnout. Veamos en que consiste cada uno.

Cansancio emocional: Constituye la primera fase del proceso y se caracteriza por la pérdida de atractivo, el tedio y disgusto experimentado por las tareas que se deben realizar dentro del trabajo, de tal forma que se pierde el interés y cualquier sentimiento de satisfacción por el mismo. En esta primera fase es posible observar cierto sentimiento de indefensión por haber intentado activamente modificar situaciones, relaciones y formas de proceder sin ningún resultado positivo.

Despersonalización: Por despersonalización también se entiende deshumanización (Cordes y Dougherty, 1993), ya que el sujeto que se encuentra afectado por este componente del Burnout, contempla a los beneficiarios de sus servicios como objetos y no como personas. Se considera el núcleo del Burnout y la consecuencia

del fracaso en la fase anterior, al ser una respuesta defensiva frente al cansancio emocional que ayuda a evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Se caracteriza por un tipo de conducta con las personas a las que se tiene que atender, marcado por falta de interés, objetivación burda y somera de sus problemas, falta de una actitud empática e incluso los culpabiliza de sus propios males. El uso de un lenguaje abstracto, técnico y frío, así como el recurrir a mecanismos de defensa denominados “intelectualización y racionalización”, son otros de los síntomas visibles en el comportamiento del médico despersonalizado. Cabe señalar que la insistencia por mantener una conducta profesional impersonal e incluso estoica para enfrentar el estrés en los servicios asistenciales, puede ser un elemento que contribuye a la despersonalización. Por otra parte, una dosis moderada de despersonalización puede ser conveniente al favorecer el logro de una correcta eficacia personal; sin embargo, el alejarse excesivamente de quien solicita cualquier clase de servicio, conduce a la indiferencia y a la frialdad. En la despersonalización, la depresión y la hostilidad van de la mano. La literatura reporta diferencias significativas entre el hombre y la mujer, con respecto a este componente del Síndrome. Maslach y Jackson (1985, citados por Cordes y Dougherty, 1993) reportaron que es común que el hombre enfrente el cansancio emocional a través de la despersonalización, lo cual facilita que ellos se muestren distantes e impersonales frente a quien demanda sus servicios. La mujer, en cambio,

suele mostrar un carácter protector, maternal y de preocupación por los otros, que aunado a la facilidad que suelen reportar para hablar sobre las situaciones que les generan estrés, la hace menos vulnerable a despersonalizarse.

Mientras que el cansancio emocional y la realización personal pueden encontrarse asociados a otro tipo de síndrome, la despersonalización es una manifestación específica del estrés en las profesiones asistenciales y una respuesta exclusiva del Burnout. De hecho, es una reacción defensiva frente al cansancio emocional que no aparece formalmente en la literatura de estrés laboral. (Jackson y colaboradores, 1986) (citados por Cordes y Dougherty, 1993).

Realización personal: Esta tercera fase del proceso consiste en la pérdida de motivación e interés por el propio trabajo, ideas de incompetencia personal para su ejecución, la sensación de que en el plano institucional y personal es imposible lograr cambios y mejoras y, finalmente, la aparición de pensamientos de posible cambio de trabajo, o al menos de institución donde ejercer. El trabajador se muestra incapaz para mantener una debida productividad, se aísla al evitar las relaciones interpersonales y profesionales y posee una pobre autoestima en relación con su labor y alcance. La pérdida de ilusión con respecto a la actividad que se desempeña y de idealismo en su ejecución, acompañan esta tercera fase del proceso.

El modelo propuesto por Maslach y Jackson (1981), considera el Burnout como respuesta emocional y los factores laborales e institucionales los sitúa como

condicionantes y antecedentes. Partiendo de tal perspectiva, el constructo Burnout existiría claramente al finalizar la tercera fase del proceso. Sin embargo, Hernández (1995) señala que, de alguna manera, el Burnout ya existe o comienza a manifestarse en el momento inicial del cansancio emocional.

Junto a modelos que ponen el énfasis en la respuesta, existen otros como el de Cherniss (1981), quien ha desarrollado un modelo evolutivo de dos fases que presenta el burnout como el resultado de la exposición crónica al estrés, y por tanto, sitúa a éste como estímulo. La primera fase estaría conformada por fatiga física y cansancio emocional, provocados por el enfrentamiento activo pero inefectivo frente al estrés.

La segunda fase estaría caracterizada por una serie de cambios conductuales y emocionales, resultado del fracaso en la fase anterior y que llevarían al abandono de un afrontamiento activo, al sentimiento de distanciamiento y de desconexión personal con la situación estresante.

En el modelo de Golembiewski y colaboradores (1986) proponen que la despersonalización se daría al principio, de tal forma que se ve a los clientes como culpables de sus propios problemas y esto afecta la calidad del trabajo que se les ofrece. Enseguida, surgiría un descenso del sentimiento de realización personal; el individuo piensa que trabaja mal con la gente y por tanto, evita en lo posible relaciones que puedan ponerlo más de manifiesto, produciéndose un aislamiento.

Finalmente, entraría en un ciclo que lleva a un profundo cansancio emocional en donde mientras más se intenta mejorar la situación, más se empeora. En el modelo de Golembiewski, la última dimensión, el cansancio emocional, es considerada como la más característica del Burnout avanzado.

Este planteamiento es opuesto al desarrollado por Leiter (1989), cuya secuencia del fenómeno vendría iniciada por el cansancio emocional, frente al cual reaccionarían aislándose a través de la despersonalización. El trabajador perdería el entusiasmo por comprometerse con su trabajo, aumentaría su agotamiento y todo ello ocasionaría una importante disminución en la realización personal, que finalmente daría como resultado la presencia del Síndrome.

Meier (1983) desarrolló una línea inspirada principalmente en el enfoque cognitivo-conductual y relacionada directamente con la teoría de la autoeficacia de Bandura. Esta perspectiva interaccionista permite atender tanto los factores institucionales como los personales, poniendo un énfasis especial en los aspectos cognitivos. No obstante, el modelo se encuentra desarrollado solamente a nivel teórico y su escaso apoyo empírico no permite dar una definición operativa satisfactoria del Burnout.

Si la tendencia más común en la definición de Burnout es hacerlo depender del servicio asistencial (Cherniss, 1980; Maslach, 1981), la otra tendencia es definirlo como el resultado de un estrés externo y crónico (Daley, 1979; Shannon y Saleeby, 1980; Blase, 1982; Kimecor, 1989) (citados por Moreno, Oliver y Aragonés, 1990).

Caton y colaboradores (1988), afirman que estrés y Burnout, aunque relacionados son conceptos distintos.

De acuerdo al Gran Diccionario Patria de la Lengua Española (1983), estrés puede definirse como “situación de un individuo vivo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar.” Una vez señalado lo que entendemos por este concepto, podemos indicar que el estrés suele presentarse en más situaciones y en mayor número de personas que el Burnout. Mientras que el primero puede desaparecer tras un período adecuado de reposo y descanso, no pasa lo mismo con el segundo. El Burnout no es un proceso exclusivamente asociado a la fatiga o sobrecarga de trabajo; una ocupación escasamente estresante, pero con la desmotivación necesaria para provocar que el sujeto abandone todo interés por la labor que desempeña, es suficiente para llevar al Burnout. De hecho, más que el resultado de una carga pesada, monótona y excesiva, podemos señalar que el Burnout aparece cuando se pierde el contexto de justificación de un esfuerzo o de una tarea. Por ello, autores como Shiron (1989) consideran al Burnout como una forma de cansancio cognitivo.

A diferencia del estrés, el Burnout no aparece después de unos cuantos episodios de sobrecarga o de especial complejidad; se genera a lo largo de un proceso del cual

incluso el sujeto puede no percatarse debido a que el mismo evoluciona lentamente del entusiasmo a la decepción, a través de un continuo.

De alguna manera podríamos indicar que todo sujeto con Burnout también padece de estrés; sin embargo, no todo sujeto que experimenta periodos de estrés llegará a desarrollar o padecer Burnout. Es decir, en el Síndrome de Burnout encontramos entre muchos otros elementos características propias del estrés, sin que ocurra lo mismo a la inversa y siendo ambos dos conceptos distintos.

Comprendidas algunas de las diferencias básicas entre estrés y Burnout, podemos entender las críticas que el segundo término ha recibido por la elevada correlación con tedium, estrés, insatisfacción en el trabajo, aburrimiento, ansiedad, tensión, conflicto, presión, nervios, fatiga, etc. (Ficklin, 1983 citado por Moreno, Oliver y Aragonés, 1990).

Por otra parte, cabe mencionar que es la diada Depresión-Burnout, la que ha experimentado mayor polémica. Mientras unos autores como Pines y Aronson (1981), defienden el Burnout como un fenómeno social frente a la concepción clínica e individualista de la depresión, otros autores como Freudenberg (1974) consideran la depresión como un síntoma del Burnout.

Boxer, Burnett y Swanson (1995) encontraron que una elevada proporción de suicidio, en un determinado grupo ocupacional, puede resultar de la compleja interacción entre factores laborales (como el de estrés asistencial) y otros factores de

riesgo (como edad y presencia de algún desorden mental). Esto significa que la depresión podría ser un trastorno de la personalidad que favorece el desarrollo posterior de la sintomatología característica del Síndrome de Burnout.

3.2 Acerca de los instrumentos de medición

El desarrollo teórico acerca del Síndrome de Burnout ha ido, en parte, unido al desarrollo de los instrumentos de evaluación. Uno de los primeros intentos para evaluar el Burnout corresponde a Pines y Kefry (1978). Ellos elaboraron la “Tedium Scale”, la cual los autores consideraban útil para evaluar el Burnout en distintas profesiones. En la misma época, otros estudiosos del tema proponen diversos instrumentos de medición para evaluar el Burnout, principalmente del profesorado (Kyriakon y Stuclyffe (1978); Petergrene y Wolff (1981); Fimian (1984); Hock, (1988) entre otros citados por Moreno y Oliver (1989).

En 1981, Maslach y Jackson proponen el Cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (M.B.I) que a la fecha ha sido uno de los instrumentos de evaluación del Síndrome más conocido y utilizado. (Ver Anexo 1) Este instrumento incluye tres escalas, correspondientes a las tres dimensiones propias del modelo operativo desarrollado por ellas.

Moreno (1989) y Cordes (1993) han hecho los siguientes comentarios acerca de la validez y confiabilidad de este instrumento. El primer autor considera que el MBI evalúa exclusivamente el Burnout como respuesta y esto desde una perspectiva insuficiente por las siguientes razones:

- a) el cansancio emocional puede ser tanto una respuesta de Burnout como de estrés.
- b) la despersonalización es una variable central que debería tener mayor desarrollo conceptual y metodológico, ya que su función central dentro del Síndrome no parece lo suficientemente realizada.
- c) la variable realización personal resulta conceptualmente confusa.

Cordes (1993) por otra parte, apunta que al ser el MBI uno de los primeros instrumentos que emergió para la evaluación del Burnout, su validez y confiabilidad debería ser más rigurosamente investigada. Además, en años recientes han surgido numerosas investigaciones que cuestionan su estructura factorial y que proponen realizar modificaciones al instrumento.

Con el objeto de cubrir tales deficiencias en la evaluación del Burnout, el Dr. Bernardo Moreno, de la Universidad Nacional Autónoma de Madrid, y colaboradores (1989) propusieron un nuevo cuestionario titulado "Cuestionario Breve de Burnout" (CBB). (Ver Anexo 2)

Este instrumento, que consta de 21 reactivos, surgió con la finalidad de suplir las insuficiencias en la evaluación del Burnout las cuales ya se detectaban en

instrumentos anteriores. El mismo analiza el Burnout no sólo como respuesta, sino que incluye también los aspectos antecedentes y causales del Síndrome.

Estas modificaciones propuestas por Moreno (1989) y el hecho de ser un instrumento que ya ha sido utilizado con anterioridad en Cuba para la evaluación del Burnout en profesionistas que ofrecen un trabajo asistencial en una institución hospitalaria (Hernández, 1995), justifica la selección del mismo en la presente investigación. (Ver Anexo 3)

3.3 Importancia de las variables epidemiológicas o sociodemográficas

Existen opiniones muy distintas en relación al grado de incidencia que los factores epidemiológicos o sociodemográficos pudieran ejercer con respecto al Burnout.

Cordes y Dougherty (1993) mencionan en una de sus investigaciones acerca del tema de estrés asistencial, que se ha podido comprobar que la presencia de algunas características sociodemográficas en la población de estudio permiten explicar la razón por la cual ciertas personas experimentan el Burnout y otras, en cambio, pueden mantener más distante la posibilidad de “quemarse”.

Asimismo, Turnipseed (1994) refirió que la edad y los años de experiencia en la profesión son variables que guardan un efecto directo en el Burnout.

Por otra parte, algunas investigaciones suelen coincidir en que factores como la edad, estado civil, años de profesión, turno de trabajo y otras variables semejantes, no parecen incidir en el Burnout (Servellen y Leake, 1993) (citados por Moreno y Peñacoba, 1995).

A continuación expondremos diversas opiniones y conclusiones que hemos podido recopilar acerca de la influencia que las variables sociodemográficas pudieran ejercer con respecto a la presencia del Síndrome de Burnout.

Las variables edad y años de experiencia en la profesión suelen estar muy acompañadas cuando se habla de la incidencia que cada uno de estos dos factores pudiera tener para que un individuo experimente o no niveles considerables de Burnout.

Hamberger y Stone (1983) (citados por Moreno y Peñacoba, 1995) indican que la etapa de formación activa es un período especialmente vulnerable al estrés, ya que durante la residencia el joven médico efectúa la transición de estudiante a profesional, asumiendo importantes responsabilidades.

Además, se ha podido determinar que existe una relación inversa entre el Burnout y la edad (Moreno, 1995 citado por Hernández, 1995); ésto significa, que los sujetos más jóvenes son la población más vulnerable para presentar el estrés. Consideremos, que al aumentar la edad el individuo tiene mayor experiencia profesional y por tanto, está más capacitado para resolver problemas sin experimentar grandes tensiones

adicionales (Hadziolova, 1986 citado por Hernández, 1995). Incluso si tuviera que enfrentarse a situaciones difíciles, supondríamos que también dispone de mayor madurez psicológica y recursos personales que facilitarían su afrontamiento.

Existe mayor probabilidad de que los profesionales de la salud que llevan más años ejerciendo la medicina ya han tenido oportunidad de obtener logros y satisfacciones laborales, lo cual repercute en sentir mayor realización personal y menos frustraciones que pudieran generar una situación de estrés. El joven profesional, en cambio, aprende en los primeros años de trabajo que las gratificaciones que recibe a nivel personal, económico y profesional no coinciden con sus generalmente elevadas expectativas. Tal hecho le afecta considerablemente y en algunos casos, incluso puede llevar al joven médico a valorar la decisión de abandonar la profesión.

Cordes y Dougherty (1993) citan varias investigaciones que coinciden en pensar que a menor edad, se reportan en forma consistente mayores niveles de los componentes de Burnout (Anderson e Iwanicki, 1984; Maslach y Jackson, 1981; Russell y colaboradores, 1987; Schwab e Iwanicki, 1982; Stevens y O'Neill, 1983; Zabel y Zabel, 1982).

Mientras que algunos autores (Cahoon y Rowney, 1984) (citados por Hernández, 1995) reportan haber encontrado mayores índices de Burnout en población masculina, los estudios de Moreno y colaboradores (1995) (citados por Hernández,

1995) refieren que los niveles más altos de Burnout se encontraron en la población femenina.

“Algunos autores consideran que una fuente adicional de estrés para las mujeres en la práctica médica podría provenir del ejercicio de una profesión que históricamente ha estado dominada por los hombres y en la que tienen todavía el rol dominante” (Lorber, 1984 citado por Moreno y Peñacoba, 1995).

A esto habría que agregar que las mujeres muchas veces después de haber cumplido con una larga y cansada jornada de trabajo como médicos, llegan a casa y deben realizar una serie de tareas domésticas y atender a la familia. Tales elementos generan estrés, además de que el esfuerzo que debe realizar para mantener el nivel de conocimientos requeridos en su profesión es mayor que el del hombre por contar con menos tiempo.

Por otra parte, investigaciones como las de Seltzer y Numeroff (1988, citados por Hernández, 1995) e Hidalgo Rodrigo y Díaz González (1994) no encontraron evidencias significativas que pudieran indicar que existe una relación directa entre la variable sexo y Burnout. En realidad, la influencia que dicho factor pudiera ejercer en el Burnout, continúa en discusión.

Hidalgo Rodrigo y Díaz González (1994) reportan en uno de sus estudios, que el estado civil no se muestra como un factor determinante del nivel de agotamiento profesional. En cambio, Maslach y Jackson (1985, citadas por Cordes y Dougherty,

1993) refieren que los casados experimentan niveles más bajos de los componentes del Burnout al ser la pareja una fuente de apoyo importante que actúa como amortiguador y cuya compañía facilita la posibilidad de pasar tiempo fuera del ámbito laboral.

Maslach y Jackson (1985) (citadas por Cordes y Dougherty, 1993) también sostienen que los individuos con hijos reportan en forma consistente niveles más bajos de Burnout. Dichas autoras comentan que es probable que las familias con hijos estén integradas por personas de más edad, y por tanto, se esperaría que fueran más maduras y estables. El hecho en sí de contar con un núcleo familiar, independientemente de la edad de los integrantes, capacita al individuo para poder lidiar con mayor facilidad con problemas personales y conflictos emocionales.

En contraste con lo expuesto por las autoras antes mencionadas, Cherniss (1980) refirió que los sujetos con hijos tienden a experimentar niveles más elevados de Burnout.

Se ha podido demostrar que el trabajo por turnos es un factor de estrés profesional habitual que produce una serie de alteraciones de tipo físico. No obstante, conforme el individuo se va adaptando a las condiciones de su jornada laboral, éstas tienden a desaparecer (Cooper y Davidson, 1986) (citados por Hernández, 1995).

Kandolin (1993) (citado por Moreno y Peñacoba, 1995) concluyó en un trabajo que realizó con personal de enfermería de Finlandia, que en efecto las condiciones y el

turno de trabajo en las mujeres, influye en la aparición de síntomas físicos de estrés. Sin embargo, no pudo reunir evidencias en relación a que estas variables tengan conexión con la aparición del Burnout.

La frecuencia y la cantidad de tiempo que el médico pasa con el paciente, es un elemento crucial en el desarrollo del Síndrome de Burnout. Los riesgos de aparición del Síndrome aumentan en función del número de horas que el profesional de la salud pasa en contacto directo con los enfermos (Moreno y Peñacoba, 1995). Es decir, mientras más tiempo permanezca el médico con el paciente, mayor probabilidad tendrá de poder desarrollar el Síndrome.

Maslach y Jackson (1982) (citadas por Moreno y Peñacoba, 1995) encontraron que los índices de cansancio emocional son proporcionales al tiempo empleado en cuidados directos a los enfermos, de tal forma que éstos disminuían cuando parte del tiempo de trabajo se utilizaba en tareas docentes ó administrativas. A su vez, Deckard y colaboradores (1994) (citados por Moreno y Peñacoba, 1985) encontraron que el mayor predictor de la despersonalización era el tiempo de interacción directa que se transcurría con los pacientes.

En la medida que el médico dedica más horas de trabajo en casa para realizar actividades relacionadas con la profesión, menos tiempo libre le queda. Aunque no tenemos referencia de estudios donde se indique que existe asociación entre las horas de trabajo en casa que se dedican a la profesión y la aparición del Burnout, sí

ha sido posible relacionar la falta de tiempo personal como uno de los factores más importantes del estrés médico y de enfermería (Moreno y Peñacoba, 1995).

Las discrepancias expuestas a la largo de las distintas opiniones arriba presentadas, nos llevan a concluir que la relación entre las variables epidemiológicas y el Burnout debe continuar siendo tema de futuras investigaciones. Es nuestro deseo que los resultados encontrados con respecto a este punto específico en el presente estudio, contribuyan a esclarecer las diferencias que sobre esta temática prevalecen.

3.4 Medidas preventivas para enfrentar el Síndrome

Con respecto a las medidas de prevención del Síndrome, son también numerosos los trabajos que han surgido relacionados con dicho tema.

Maslach y Jackson (1982) pudieron comprobar que el uso de técnicas eficaces de apoyo social como buscar información y apoyo técnico, contribuía favorablemente en la reducción del Burnout.

Shinn y Morch (1983) encontraron que el uso de cualquier técnica de intervención para combatir el Síndrome debe tener un enfoque grupal y no individual; y que el apoyo requerido para afrontar el problema de Burnout debe buscarse fuera del trabajo, es decir, en el núcleo familiar y en las amistades.

Celslowitz (1989) comprobó que entre otras medidas, las estrategias de autocontrol, técnicas centradas en la solución de problemas y percepción positiva, resultaban útiles para reducir el Burnout.

Autores como Clinton (1980), consideran que las técnicas de relajación, clarificación de valores, modificación de las redes de apoyo, dieta y ejercicios pueden contribuir exitosamente en la intervención del Síndrome.

El entrenamiento en Habilidades Sociales y Comunicativas, es una de las estrategias de intervención más trabajadas por los profesionales de la salud en los últimos años. (Skevington, 1984; Hasle, 1990; Hollin y Traver, 1986; Wakeford, 1990; entre otros autores citados por Hernández, 1995). A través de dicha estrategia, se instruyen, modelan, refuerzan, ensayan y generalizan conductas alternativas ante las demandas de la vida laboral, personal y profesional.

Los grupos de apoyo pueden resultar de enorme ayuda para implementar dichas conductas alternativas, que evidentemente generarán nuevas pautas de comportamiento (Alonso y Swiller, 1995). El contar con la oportunidad de poder identificarse dentro de un grupo con otros compañeros de la profesión y poder compartir con ellos sentimientos, fantasías, creencias y pensamientos que por los propios médicos han sido considerados como “inaceptables”, les ayuda a crear consciencia de su propia situación emocional al percatarse que no son los únicos en experimentarla. De esta forma, logran aceptar con mayor facilidad sus dificultades

personales y por tanto, resulta más probable que lleguen posteriormente a resolverlas. Estos grupos de apoyo, que difieren por completo de lo que sería una terapia de grupo, requieren de un líder fuerte y experimentado que comprenda y maneje perfectamente las diferencias entre estas dos modalidades terapéuticas. Los grupos de apoyo no necesitan ni siquiera ser nombrados como tales, ya que la flexibilidad dentro de los mismos es una condición indispensable. Se puede convocar a un taller, círculo psicosocial ó reunión interdisciplinaria para el manejo del estrés, del Burnout u otro tema específico, sin que exista un contrato formal. La asistencia de los participantes puede ser irregular, por lo común el pago lo absorbe la institución, debe desalentarse la apertura psicológica más allá de un margen limitado y el abandono o disolución del grupo puede ocurrir en cualquier momento. Quizás sean precisamente estas características de grupo las que requiera el médico para obtener resultados positivos en el manejo de la problemática que más le afecte, ya que una modalidad grupal como ésta puede resultar desde el principio más accesible y menos amenazante, además de adaptarse en forma más realista a las características que en sí la vida del médico conlleva (poco tiempo libre, sobrecarga de trabajo, actitud defensiva, etc).

A través del modelo de la terapia racional-emotiva también se pueden obtener importantes logros con respecto a la prevención del Síndrome. La reducción de pensamientos irracionales o disfuncionales (uno de los factores causales del estrés

asistencial), facilita el desarrollo de un campo adecuado para trabajar el problema (Kushnir, Malkinson y Ribak, 1994).

Hidalgo y Díaz González (1994) estiman que las modificaciones en las condiciones de trabajo de los médicos y en la organización institucional por parte de los directivos, son acciones útiles y fructíferas para la prevención del estrés asistencial. El hecho de hacer al profesional de la salud partícipe de las gestiones emprendidas en el área laboral, como definición de puestos de trabajo, valoración de situaciones individuales, revisión de estímulos para la superación del personal, etc.; contribuyen favorablemente en la estima del médico y por tanto, le permiten desenvolverse en su medio profesional con mayor grado de satisfacción y menor estrés.

La aplicación aislada de instrumentos de medición y elaboración de protocolos no son medidas suficientes para enfrentar el problema. Se requiere de acciones más contundentes, participativas y que conlleven el verdadero propósito de introducir cambios institucionales en todos los niveles.

CAPITULO 4. MÉTODO

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo general

Identificar la presencia y las características del Síndrome de Burnout en los médicos de diferentes especialidades que laboran en el Hospital Hermanos Ameijeiras en la Habana Cuba , en el período comprendido entre los meses de abril y junio de 1996.

4.1.2 Objetivos específicos

1. Determinar los niveles del Síndrome de Burnout en los médicos de diferentes especialidades que laboran en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.
2. Identificar la correlación existente entre los niveles de Burnout y las distintas especialidades de los profesionistas que participan en el estudio.
3. Identificar la correlación existente entre los niveles de Burnout y las diversas variables epidemiológicas.
4. Describir en la población de estudio, el comportamiento de las siete escalas o dimensiones que conforman el CBB con respecto a los niveles de Burnout.

5. Identificar la correlación existente entre los niveles de Burnout de las siete escalas ó dimensiones que conforman el CBB y cada una de las variables epidemiológicas.
6. Proponer, como una sugerencia para la realización de futuras investigaciones, algunas alternativas preventivas que pudieran ayudar a enfrentar el Síndrome en la población afectada por el mismo.

4.1.3 Preguntas de investigación

El presente estudio pretende someter a prueba las siguientes interrogantes.

1. ¿Cuáles son los niveles de Burnout que presentan los médicos que ofrecen servicio asistencial en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras?.
2. ¿Existe alguna relación entre los niveles de Burnout y las distintas especialidades de los profesionistas de la salud que participaron en el estudio?
3. ¿Existe alguna relación entre los niveles de Burnout y las diversas variables epidemiológicas que nos permitan identificar posibles factores causales?
4. ¿Cuál es la distribución de las diferentes escalas o dimensiones que componen el CBB en esta población?

5. ¿Existe alguna relación entre los niveles de Burnout correspondientes a las siete escalas ó dimensiones que conforman el CBB y cada una de las variables epidemiológicas?

6. ¿Qué tipo de medidas preventivas podrían proponerse a la Institución Hospitalaria que participó en el estudio, para enfrentar los niveles de Burnout que presentó la población?

4.2 Universo y Muestra

La muestra que conformó la población de estudio consistió de 306 médicos que colaboran en las distintas especialidades de la Institución Hospitalaria, ofreciendo servicio asistencial. Consideramos que la misma por implicar a casi el 70% del Universo, que consiste de 455 médicos, es más que representativa. De hecho, al calcular el número de sujetos que tendrían que conformar la muestra, con un error estándar menor al 0.01 ($p < 0.01$), la cifra que obtuvimos fue de 180 sujetos. Dicho cálculo se obtuvo a través de la fórmula propuesta por Sampieri y colaboradores (1991) para determinar el tamaño mínimo de muestra para una población pequeña. Esto nos confirma que el número de sujetos empleados en este estudio cumple con

los requisitos estadísticos requeridos y, por tanto, los resultados obtenidos son válidos para el Universo que investigamos.

Considerando que la especialidad que ejerce cada uno de los integrantes de la población total presenta diferentes características y que de alguna manera las tareas que deben desempeñar en los servicios son también distintas, las autoridades del Hospital que llevan el registro del número de médicos especialistas y residentes que laboran en dicha Institución (denominados bioestadísticos), consideran de utilidad dividir a los sujetos en dos grupos: quirúrgicos y clínicos. En el cuadro que aparece en la pág. 42 se expone el número de médicos especialistas y residentes que participaron en esta investigación.

Debido a que la fase de aplicación debía ser cubierta dentro del lapso de tiempo por nosotros propuesto y conscientes de que las múltiples actividades laborales de un médico lo obligan a desplazarse por todo el Hospital constantemente, el número de encuestados en esta investigación estuvo realmente en función de los médicos que, por cuestiones del azar, se encontraban presentes en cada servicio y estaban dispuestos a colaborar cuando el psicólogo se presentaba para la aplicación del instrumento.

DESCRIPCION DEL NUMERO DE PARTICIPANTES EN LA POBLACION DE ESTUDIO

(Médicos especialistas y residentes)

<i>Quirúrgicos</i>	<i>Tot.</i>	<i>Clinicos</i>	<i>Tot.</i>
Anestesia	19	Unidad Cuidados	10
C. Cardiovascular	17	Hematología	6
Quemados	10	Nefrología	14
Neurocirugía	10	Medicina interna	29
Oftalmología	15	Neurología	15
Ortopedia	5	Gastroenterología	8
Cirugía general	30	Geriatría	7
Urología	13	Endocrinología	7
Otorrinolaringología	9	Dermatología	15
Maxilofacial	13	Reumatología	7
Cirugía Plástica	4	Psiquiatría	16
Coloproctología	4	Rehabilitación	16
Angiología	4		
TOTAL	153	TOTAL	150

Nota aclaratoria: En realidad participaron en el estudio, 306 sujetos, de los cuales 3 no informaron la especialidad a la que pertenecen. Esta es la razón, por la cual no aparecen en la población total, independientemente de que el resto de la información por ellos otorgada con respecto a las otras variables (sexo, edad, años de ejercicio en la profesión, etc) si fue tomada en cuenta. Cirugía reconstructiva forma parte del servicio de quemados y Cirugía cardiovascular forma parte del servicio de Cardiología.

4.3 Sujetos

Participaron 306 médicos especialistas y residentes de distintas especialidades que ofrecen servicio asistencial en el Hospital Hermanos Ameijeiras y que llevaban por lo menos un año de trabajo continuo en la Institución. Además, el servicio asistencial

que ofrecen se distingue por su carácter sistemático, es decir, el médico permanece en contacto frecuente y directo con los pacientes y familiares.

4.4 Escenario

El cuestionario CBB fue aplicado individualmente, aunque en algunas ocasiones dentro de un contexto grupal, en cada uno de los distintos subgrupos que conformaron la muestra. Dichos grupos estuvieron constituidos por cada una de las especialidades que formaron parte del estudio.

El lugar donde se solicitó dar respuesta al instrumento de medición no fue siempre el mismo. En realidad, esto dependió de la actividad que el médico estaba desempeñando en el momento que se le pedía responder el cuestionario. Hubo servicios a los cuales se asistió muy temprano por la mañana, en el momento de entregar el turno nocturno e iniciarse el turno matutino. Sin embargo, en otras especialidades se tenía que regresar más tarde para poder contactar al médico que estaba en esos momentos laborando. Frente a tales eventualidades y por las mismas condiciones físicas y ambientales de la institución, no se contó con un mismo sitio permanente para la aplicación del instrumento.

4.5 Instrumento de medición

Se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), el cual como ya se había mencionado anteriormente, comprende 21 reactivos en total.

Consta de siete dimensiones o escalas, tres de ellas coincidentes con el Burnout como respuesta (escala de cansancio emocional, despersonalización y realización personal); otras tres evalúan aspectos del trabajo (escalas de tedio, características de la tarea y clima organizacional) y la última evalúa las repercusiones del Burnout en la calidad de vida del sujeto, especialmente en sus relaciones interpersonales.

ÍTEMS DE LAS ESCALAS DEL CBB

Dimensiones o Escalas	Reactivos
Cansancio Emocional	1, 7, 15
Despersonalización	3, 11, 18
Realización Personal	5, 12, 19
Características de la Tarea	2, 10, 16
Tedio	6, 14, 20
Organización	4, 8, 9
Consecuencias del Burnout	13, 17, 21

Cada uno de los 21 reactivos del cuestionario CBB ofrece cinco alternativas de respuestas, las cuales son las siguientes:

1 = en ninguna ocasión

4 = frecuentemente

2 = raramente

5 = siempre

3 = algunas veces

El número situado a la izquierda de cada una de las respuestas, se constituye en el valor numérico que a cada una de ellas se otorga. Es decir, si el sujeto eligió como respuesta el No. 4 (frecuentemente), el valor numérico que a esa respuesta se le asigne será de 4. Los reactivos subrayados en el cuadro precedente puntúan las respuestas en forma inversa. Tomando el mismo ejemplo, si el sujeto eligió como respuesta el No. 4 (frecuentemente), el valor numérico que a esa respuesta se asigne será de 2. La sumatoria que se obtenga del total de las respuestas a los 21 reactivos será la cifra que se considere para el criterio de calificación. Al respecto, debemos señalar que al no existir en la actualidad una escala valorativa que nos permita determinar cómo categorizar o clasificar a los sujetos en función de sus respuestas, con respecto al grado de afectación por el Síndrome de Burnout, todo investigador que utiliza este instrumento tendrá que preestablecer un criterio de calificación basado en el comportamiento que su población de estudio haya presentado.

Quisiéramos comentar que éste hecho en sí podría ser considerado una deficiencia del Cuestionario Breve de Burnout y que, por otra parte, al no tener conocimiento de que en estudios previos realizados en Cuba se haya sometido a investigación la validez y confiabilidad del CBB, consideramos de suma importancia calcular el **coeficiente de confiabilidad Alfa-Cronbach.**

Esta es una prueba estadística que se utiliza ampliamente para medir el grado de confiabilidad de numerosos instrumentos de medición. Por tanto, el resultado que se obtuvo mediante su aplicación ($\alpha = .8187$) nos permitió continuar nuestra investigación con pleno convencimiento de que a pesar de no contar con baremos, utilizamos un instrumento de medición plenamente confiable y que los resultados que obtuvimos mediante su aplicación, tienen validez. (Ver Anexo 4)

Para determinar teóricamente el grado de afectación que un grupo puede presentar en cada una de las siete escalas ó dimensiones, el Dr. Bernardo Moreno y colaboradores (1989) propusieron el siguiente criterio el cual está basado en las puntuaciones medias que a continuación presentamos:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1 = Puntuación media inferior a tres | no está afectado por el Burnout |
| 2 = Puntuación media superior a tres | afectado por el Burnout |
| 3 = Puntuación media superior a cuatro | altamente afectado por el Burnout |

Debemos agregar que al cuestionario original (CBB), se le incluyeron dos preguntas abiertas, cuyo análisis posterior fue cualitativo. Estas fueron incluidas con el propósito de procurar información adicional, no incluida en los 21 ítems del CBB, acerca de otros elementos que también podrían repercutir en el grado de afectación por el Síndrome que los médicos reporten. A su vez, con estas preguntas se ofreció a

los sujetos que conformaron la muestra, la oportunidad de expresar libremente ideas y sentimientos personales respecto al tema de Burnout.

Asimismo, a partir de aplicaciones precedentes en Cuba y tomando en cuenta criterios de Jueces (sistema de expertos), los reactivos 3, 5, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 19 y 22 sufrieron cierta modificación en la redacción, con la finalidad de hacer las preguntas aún más claras y comprensibles a la población del presente estudio, así como poder ofrecer una respuesta más precisa al propósito del reactivo en cuestión. (Ver Anexo 5). Para poder llevar a cabo la medición de las variables epidemiológicas, cada sujeto respondió a las preguntas de una pequeña encuesta antes de responder al instrumento de medición.

4.6 Definición de términos

4.6.1 Burnout

Sustantivo que significa "quemado", estar encendido, "fundido" (según traducción literal del inglés).

Después de las distintas definiciones del término de Burnout que fueron planteadas en la Introducción, consideramos que desde el punto de vista psicológico, este concepto se utiliza para caracterizar a un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado al haber estado involucrado el sujeto, por un largo período, en una

situación de extrema demanda emocional. A su vez, dicho estado se presentaría en personas que guardan una relación constante, directa e intensa con otros individuos y en especial, en esta investigación, que ofrecen un servicio asistencial.

Para fines del presente estudio, nos basaremos en el Modelo de Maslach y Jackson (1981) para determinar la presencia del Síndrome de Burnout en nuestra población.

Ellos indican que el Cansancio Emocional, la Despersonalización y la Falta de Realización Personal, serían los tres elementos que caracterizarían el proceso de Burnout, y por lo tanto, una manifestación significativa de estas tres dimensiones podrá ser considerado como indicador de la presencia del Síndrome de Burnout en los médicos participantes.

Todas las dimensiones que caracterizan al Burnout, como los aspectos contextuales y sus consecuencias, se exploran a través de cada una de las escalas que conforman el CBB y las cuales se definen a continuación.

A) Cansancio Emocional

Desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. El sujeto tiende a perder toda clase de interés por la tarea que desarrolla y se siente incapacitado para cumplir con las exigencias de la misma.

B) Despersonalización

En el diccionario de psicología, se define la despersonalización como un “ término que abarca una amplia escala de pérdida del sentido de la realidad del propio cuerpo, de sí mismo, o de la realidad de otros, o bien sensaciones de estar muerto.” (Warren, C.H 1982). Esta escala se caracteriza por la aparición del rechazo que el sujeto experimenta por los usuarios (cliente o paciente), al culpabilizarlo de sus propios males. Burocratiza su relación con ellos y como resultado se convierte estrictamente en un administrativo asistencial. Dicho de otra forma, surge un cambio negativo en las actividades y respuestas hacia otras personas, específicamente hacia los beneficiarios del propio trabajo, caracterizado por un incremento de la inactividad y una pérdida de la motivación hacia el mismo. La despersonalización viene a constituir una forma de defensa contra el cansancio emocional puesto que la disminución de la implicación personal con los beneficiarios del servicio asistencial es una manera de enfrentar el agotamiento.

Recordemos que Maslach y Jackson (1981) consideran que la despersonalización es el elemento clave del Síndrome de Burnout, ya que tanto el cansancio emocional como la falta de realización personal pueden ser síntomas asociados a cualquier otra clase de síndrome.

C) Realización Personal

Esta escala o dimensión se refiere a la pérdida de interés por realizarse personalmente y supone una serie de respuestas negativas típicas hacia uno mismo y su trabajo, tales como depresión, moral baja, evitación de las relaciones interpersonales profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima.

De acuerdo al modelo teórico propuesto por Maslach y Jackson (1981), además de ser multidimensional es también procesal, al plantear que el Burnout consiste en un proceso de 3 fases:

Primero surge el cansancio emocional. Para combatirlo, el sujeto desarrollará una técnica de afrontamiento (coping) que se manifestará en la segunda fase: la despersonalización . Por último, el resultado de su generalización sería la experiencia de una tercera fase: falta de realización personal en el ámbito laboral. (Hernández, L. 1995). Recordemos que el Síndrome de Burnout existiría claramente al final de este proceso, y de ahí se deriva la importancia particular que tienen las 3 primeras escalas en relación al resto de las dimensiones.

D) Características de la Tarea

Se concibe como el conjunto de atributos que devienen en preparación para el rol a desempeñar y en el caso que estudiamos depende en cierta medida de las características de los sujetos con quienes se trabaja. Instrumentalmente se define como una escala del CBB que explora tres atributos principales: identificación con el trabajo, desconocimiento del alcance y resultados de las acciones, ambiente y clima laboral.

E) Tedio

Se entiende como una característica específica del trabajo que se operacionaliza instrumentalmente en el CBB con tres atributos fundamentales: pérdida de interés en la tarea, acciones repetitivas tendientes a la monotonía y aburrimiento.

F) Organización

Se concibe como un predictor del Burnout que depende esencialmente del apoyo social que brindan los compañeros y los jefes, así como la gratificación con las relaciones interpersonales que se establecen en el trabajo.

G) Consecuencias del Burnout

Se define instrumentalmente como la repercusión del trabajo sobre la salud, el bienestar personal (individual), las relaciones familiares, personales y el propio rendimiento laboral.

4.6.2 Variables Epidemiológicas

Se consideran variables epidemiológicas (también conocidas como sociodemográficas), la edad, el sexo, las relaciones personales, el número de hijos, nivel de instrucción (estudios realizados), años de experiencia en la profesión, trabajo por turnos, horas de trabajo a la semana, guardias que se realizan a la semana, promedio de personas que se atienden al día, tiempo de la jornada laboral en contacto con el paciente y tiempo que se dedica en casa para realizar trabajo de la institución.

Estimamos que cada uno de los elementos aquí expuestos podrían constituir fuentes de riesgo en la aparición del Burnout y la manera como fueron evaluadas estas variables fue a través de una pequeña encuesta que se aplicó antes del instrumento de medición.

A continuación se dará la definición conceptual y operacional de cada variable incluida en dicho documento.

A) Edad.- Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació. Su definición operacional estuvo indicada por los años que el sujeto refirió tener en el inciso A de la encuesta.

B) Sexo.- Condición orgánica, anatómica y fisiológica que distingue al macho de la hembra. Su definición operacional estuvo indicada por la respuesta que el sujeto dio a Masculino (M) o Femenino (F) en el inciso B de la encuesta.

C) Relaciones personales.- Se refiere a la conexión, vínculo ó correspondencia que un sujeto indica tener con otra persona, a la cual considera su pareja. Esta conexión puede presentarse en forma habitual, cotidiana, o puede ser esporádica, ocasional. También podría darse el caso de que no exista ningún tipo de relación con una persona en específico, y que por tanto, el sujeto no consideraría tener pareja.

La definición operacional de esta variable se midió en el inciso C de la encuesta.

D) Número de hijos.- Cantidad de descendientes que una persona reporta haber tenido a lo largo de su vida. Su definición operacional estuvo indicada por el número de hijos que el sujeto del estudio indicó tener en el inciso D de la encuesta.

E) Profesión.- Ubicación que se ha alcanzado dentro de la carrera de medicina, ya sea como médico especialista o como residente. La definición operacional de la presente variable se indicó por cualquiera de las dos opciones que el sujeto encuestado escogió en el inciso E.

F) Especialidad.- Se refiere a la rama de las ciencias médicas que la persona eligió para consagrarse en su conocimiento y estudio, después de haber terminado la carrera de medicina general. La definición operacional de esta variable, estuvo representada por cualquiera de las 25 especialidades que participaron en el estudio y las cuales pudieron ser mencionadas en la respuesta al inciso F.

G) Años de experiencia en la profesión.- Tiempo de práctica que el sujeto refiere tener en el campo de la medicina, a partir del momento de su graduación como médico. Operacionalmente se pudo definir esta variable por el número de años de ejercicio de la profesión que el sujeto respondió tener en el inciso G de la encuesta.

H) Trabajo por turno.- Jornada de trabajo que el sujeto permanece dentro de la institución hospitalaria desempeñando las tareas que su especialidad le exige. Esta jornada puede ser por las mañanas, por las tardes o por las noches. La definición operacional estuvo indicada por la respuesta que el sujeto marcó en el inciso H de la encuesta.

I) Horas de trabajo a la semana.- Tiempo que el especialista permanece a lo largo de la semana en la institución hospitalaria donde ofrece sus servicios. La definición operacional de esta variable estuvo indicada por el número de horas que el sujeto respondió en el inciso I de la encuesta.

J) Guardias.- Permanencia que el especialista tiene durante toda una noche, fines de semana o días festivos en el centro de trabajo donde labora y es un momento durante el cual es el responsable de toda clase de decisiones que deban tomarse en relación al servicio hospitalario donde él se encuentra ubicado. Fue posible medir operacionalmente esta variable, por el número de días a la semana que el especialista debe cumplir con esta responsabilidad y fue el inciso J de la encuesta el que nos dio la respuesta.

K) Promedio de personas que se atienden al día.- Número aproximado de pacientes a los cuales el especialista debe ofrecer sus servicios a lo largo del día en la institución hospitalaria donde se desempeña, en promedio. La definición operacional de esta variable estuvo indicada por la cifra que el sujeto reportó en el inciso K de la encuesta.

L) Tiempo de la jornada laboral en contacto directo con el paciente.- Número de horas a lo largo del día que el especialista sostiene una relación directa, es decir cara a cara, con el sujeto que se beneficia de sus servicios (paciente). Se considera que para medir esta variable se pueden ofrecer tres opciones: 1. Más del 50% (equivaldría a permanecer en contacto directo con el paciente más de la mitad de horas que el especialista destina a su trabajo en la institución por día). 2. El 50% (equivaldría a permanecer aproximadamente la mitad de horas al día en contacto directo con los pacientes). 3. Menos del 50% (equivaldría a emplear menos de la mitad del tiempo que se labora en la institución hospitalaria, a la interacción directa con los pacientes). La definición operacional de esta variable estuvo conformada por cualquiera de las tres opciones de respuesta que el sujeto eligió en el inciso L de la encuesta.

M) Tiempo que se destina en casa para la realización de trabajo institucional.-

Se refiere al número de horas que el sujeto emplea en casa para resolver cualquier tipo de tarea que esté relacionada con las actividades laborales que desempeña en el Hospital. Dicha actividad podría estar representada por el tiempo destinado a revisar material bibliográfico, elaboración de historias clínicas, preparación de casos, etc; y podría ser necesario desarrollarla cotidianamente, en forma ocasional o no requerir de ello. La definición operacional a esta variable, nos lo indicó la respuesta que el sujeto reportó al inciso M de la encuesta donde refirió el número de horas que suele destinar a esta actividad.

4.7 Tipo de estudio

Considerando que en esta investigación se pretendió observar un fenómeno tal y como se da en su propio contexto y que los sujetos que participaron en el estudio ya pertenecían previamente a la institución hospitalaria que se eligió para la aplicación del instrumento, podemos concluir que nuestro estudio se distingue por ser no experimental o ex-post-facto.

Sampieri y colaboradores (1991) mencionan que en la investigación no experimental las variables independientes no se manipulan debido a que ya sucedieron. Por lo

tanto, no se puede tener un control directo sobre las mismas ni se puede influir en ellas. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o manipulación directa, ya que dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural. Además, la asignación de los sujetos no puede ser al azar, ya que los mismos pertenecían previamente a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección.

A pesar de que por las mismas características del estudio no hubo manipulación de la variable dependiente e independiente, valdría la pena mencionar que en el presente estudio la segunda de estas dos variables vendría a ser el Síndrome de Burnout. En cambio, la variable dependiente sería el Síndrome visto a través de las respuestas que los sujetos dieron al cuestionario aplicado.

Con respecto al tipo de diseño de nuestra investigación, lo consideramos transeccional o transversal con características descriptivas y correlacionales (Sampieri y colaboradores, 1991). Recordemos que los datos de nuestra investigación fueron recolectados en un solo momento con la finalidad de describir primeramente las variables incluidas en la investigación y posteriormente establecer las relaciones entre éstas.

4.8 Procedimiento

4.8.1 Selección de la muestra

En primera instancia se contactó a la dirección de la institución hospitalaria, con el propósito de contar con su aprobación y apoyo para la realización de esta investigación. Asimismo, se solicitó la asesoría de la bioestadística del hospital, con la finalidad de obtener la información específica de la población con quien se pretendía trabajar. Para lograr este último objetivo, también fue necesario contar con la asesoría del epidemiólogo que la institución nos asignó. Partiendo de su criterio de experto, se eligieron las especialidades que participaron en el estudio, las cuales de acuerdo a su opinión son de las más vulnerables al estrés asistencial.

4.8.2 Recolección de los datos

Al considerar que aplicar más de 300 cuestionarios una sola persona llevaría mucho tiempo y que tal situación podría alterar la confiabilidad de los resultados obtenidos, se pensó que sería conveniente contar con el apoyo de un equipo de profesionistas que hicieran factible dicha tarea.

Por otra parte, resultaba muy recomendable que dicho equipo estuviera constituido por personas que conocieran bien el movimiento, horarios y personal de la institución hospitalaria donde se realizó el estudio ya que ello facilitaría

enormemente el establecer los contactos necesarios para poder emprender la aplicación del CBB.

Debido a que el personal del servicio de psicología estaba bien informado de la existencia de la investigación, conocía el instrumento y por lo mismo no formaría parte de la población de estudio, se contactó a la jefa de servicio de tal especialidad, para plantearle la posibilidad de contar con su apoyo. Al estar ella de acuerdo, se citó a 14 psicólogos de la institución para indicar cuales serían los pasos a seguir y así lograr homogeneidad en la participación de cada uno de ellos.

Se dieron a conocer los puntos centrales de la investigación y se habló de sus objetivos específicos. Se planteó la forma en que debía ser administrado el instrumento, las instrucciones que debían proporcionarse al aplicarlo y se fijó una fecha de entrega.

Acordado todo lo anterior, los cuestionarios destinados a la especialidad que le correspondía a cada psicólogo aplicar, fueron entregados. Se llevó a cabo la encuesta y conforme el psicólogo iba terminando su aplicación el material llegaba a manos del investigador.

Una vez recibidos todos los cuestionarios se convocó a una nueva reunión con el objeto de escuchar comentarios, vivencias personales y sugerencias por parte del personal que hizo posible la fase de la aplicación. Desgraciadamente tan sólo

asistieron 6 psicólogos, pero el apoyo y retroalimentación de los asistentes fue de gran utilidad para la conformación de esta investigación.

Debemos por último mencionar que el análisis descriptivo y estadístico de toda la información recopilada en este estudio se llevó a cabo con el apoyo del paquete estadístico SPSS versión 5.1, para Windows, y utilizamos el Excel para la presentación de gran parte de las Tablas y Gráficas.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo de la población de estudio

En la investigación participaron 306 médicos en total, de los cuales el 67% (205 casos) está representado por el sexo masculino y el 31% (95 casos) por el sexo femenino. Hubieron 6 personas que olvidaron marcar el sexo correspondiente a cada caso en particular, y por tanto, los mismos no pudieron ser cuantificados con respecto a esta variable en la población total.

En la investigación participaron médicos de 25 especialidades diferentes: el 6% (19 casos) está representado por el servicio de Anestesiología, el 5% (15 casos) pertenece a Dermatología, 5% (16 casos) son de Rehabilitación y Medicina Física, un 5% (14 casos) son de Nefrología, el 10% (29 casos) pertenecen a Medicina Interna, el 10% (30 casos) son de Cirugía General, el 3% (10 casos) corresponden a Cuidados y Terapia Intensiva, el 6% (17 casos) son de Cardiología, el 1% (4 casos) son de Coloproctología, el 2% (7 casos) pertenecen a Geriatria, el 5% (15 casos) son de Oftalmología, el 4% (13 casos) está representado por Cirugía Maxilofacial, el 2% (6 casos) son de Hematología, el 5% (16 casos) pertenecen al servicio de Psiquiatría, el 3 % (10 casos) corresponde a Neurocirugía, un 3% (10 casos) pertenece a Cirugía Reconstructiva y Quemados, el 1% (4 casos) son de Cirugía Plástica, el 2% (7 casos) son de Endocrinología, un 3% (9 casos) corresponden a Otorrinolaringología,

4% (13 casos) son de Urología, hay un 2% (5 casos) que pertenecen al servicio de Ortopedia, un 2% (7 casos) que son de Reumatología, el 5% (15 casos) son de Neurología, hay un 1% (4 casos) representado por Angiología y finalmente, un 3% (8 casos) que corresponden al servicio de Gastroenterología. Hubo 3 casos que no indicaron la especialidad a la cual pertenecían y por tanto, los mismos no pudieron ser ubicados en ninguna de las 25 especialidades.

Los porcentajes exactos y las frecuencias de la población de estudio con respecto a la especialidad, pueden consultarse en la Tabla 1.

Distribución de la población por especialidad

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Anestesiología	19	6.2
Dermatología	15	4.9
Rehabilitación y med. física	16	5.2
Nefrología	14	4.6
Medicina Interna	29	9.5
Cirugía general	30	9.8
Cuidados y Terapia Intensiva	10	3.3
Cardiología	17	5.6
Coloproctología	4	1.3
Geriatría	7	2.3
Oftalmología	15	4.9
Cirugía Maxilofacial	13	4.2
Hematología	6	2
Siquiatría	16	5.2
Neurocirugía	10	3.3
Cirugía reconstructiva y Quemados	10	3.3
Cirugía Plástica	4	1.3
Endocrinología	7	2.3
Otorrinolaringología	9	2.9
Urología	13	4.2
Ortopedia	5	1.6
Reumatología	7	2.3
Neurología	15	4.9
Angiología	4	1.3
Gastroenterología	8	2.6
Missing cases (Casos faltantes)	3	1
Total	306	100

Tabla 1

Como se puede observar en la Tabla 2 con respecto al grupo por edades, la mayor parte de los médicos que participaron en la presente investigación tiene entre 30 y 39 años. Esto resulta un dato interesante, ya que precisamente en esta generación se registró un incremento importante de estudiantes en la carrera de medicina, al estar ésta muy ligada al sector salud y ser éste uno de las prioridades principales de la revolución cubana.

Distribución de la población por grupos de edades

<i>Grupos de Edades</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
20-29	66	21.6
30-39	141	46.1
40-49	67	21.9
Mas de 50	32	10.5
Total	306	100

Tabla 2

El 60% (184 casos) de la población total son médicos especialistas y un 40% (122 casos) está representado por residentes.

El 86% (263 casos) de todos los médicos suele tener pareja habitual, un 7% (21 casos) reporta no tener compañero habitualmente y otro 7% (21 casos) indica no tener pareja en estos momentos. Hubo una persona que no respondió a esta pregunta.

Las frecuencias y porcentajes exactos en relación a la variable que nos indica el número de hijos que cada participante tiene, aparece en la Tabla 3. En ella es fácil

apreciar que la mayor parte de la población de estudio no tiene hijo alguno, o bien, existe un solo descendiente.

Distribución de la población según número de hijos

<i>Número de Hijos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0	106	34.6
1	108	35.3
2	69	22.5
3 o mas	23	7.5
Total	306	100.0

Tabla 3

Con respecto a la distribución de la población por años de profesión, la mayor parte de los participantes indica tener de 0 a 9 años de experiencia en el campo de la medicina. Resulta necesario aclarar que evidentemente ninguno de nuestros participantes en la investigación, lleva menos de 1 año ejerciendo como médico. No obstante, hubo un porcentaje muy pequeño de la población total del estudio, que respondió esta pregunta de acuerdo a los años de experiencia en la especialidad específica, y no como médico; situación que nos obligó a considerar desde el 0 en este primer grupo. (Ver Tabla 4)

Distribución de la población según años en la profesión

<i>Años en la profesión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0-9	155	50.7
10-19	73	23.9
20-29	66	21.6
30 o más	12	3.9
Total	306	100.0

Tabla 4

Con la finalidad de obtener una descripción más detallada de las horas de trabajo semanales que el médico dedica a la Institución Hospitalaria, en esta variable podemos observar 10 intervalos diferentes. (Ver Tabla 5) No obstante, es posible apreciar que la mayor parte de la población se concentra en los rangos donde se reportan de 40 a 69 horas de trabajo a la semana

Distribución de la población según horas de trabajo semanales

<i>Horas a la semana</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0-29	24	7.8
30-49	145	47.4
Más de 50	137	44.8
Total	306	100.0

Tabla 5

La mayor parte de la población, el 61% (188 casos) labora en el turno que correspondería a mañana y tarde, un 24% (75 casos) refiere trabajar en la Institución

en la mañana, por la tarde y la noche y un 14% (43 casos) reporta asistir a la Institución solamente por el turno matutino. Hubo 7 casos que no dieron respuesta alguna a esta pregunta, situación que nos hace suponer que la forma de haber planteado el reactivo que investigaba esta variable no fue el correcto. Posiblemente faltó aclarar el horario que abarcaba cada uno de los turnos, por nosotros considerado.

En la Tabla 6 se puede consultar detalladamente los porcentajes y frecuencias del número de pacientes que los sujetos de nuestra población de estudio reporta atender todos los días. De 10 a 29 pacientes, es al parecer la cifra que prevalece con respecto a la atención diaria. Sin embargo, un porcentaje considerable de la población refiere atender más de dicha cantidad por día.

Distribución de la población según número de pacientes que se atiende diariamente

<i>Número de Pacientes</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0-9	34	11.1
10-19	93	30.4
20-29	99	32.4
30 o mas	65	21.2
Missing (Faltantes)	15	4.9
Total	306	100.0

Tabla 6

Un 28% (87 casos) de los 306 médicos que participaron en el estudio, refirieron no realizar guardias a la semana. La mayor parte, que viene siendo el 57% (176), indica hacer una guardia semanalmente, y otro 14% (43 casos) informan de 2 a 3 guardias semanales. Al igual que la pregunta en relación con los turnos de trabajo, nos dió la impresión de que el planteamiento de este reactivo no fue muy claro para la población. Por el tipo de respuestas que se obtuvieron, podríamos concluir que la pregunta debió estar encaminada a indagar las guardias que se realizan por mes y no por semana.

El 81% (247 casos) de la población total, menciona estar más del 50% de las veces en interacción directa con los pacientes. Un 14% (44 casos) suele estar en interacción directa el 50% de las ocasiones y solamente un 5% (14 casos) reporta estar menos del 50% en contacto directo con los usuarios del servicio asistencial. Hubo una persona que no respondió esta pregunta en la encuesta, la cual fue aplicada a todos antes de responder al instrumento de medición.

Por último, podemos observar en la Tabla 7 el número de horas de trabajo en casa que cada médico refiere dedicar todos los días a su profesión. El clasificar las respuestas en 10 posibilidades distintas, que para el análisis descriptivo se agruparon en 4 y son las que se reflejan en la tabla, nos dió la oportunidad de tener una apreciación detallada de cómo se comporta la población con respecto a esta variable. Es posible apreciar que la mayor parte de nuestros sujetos de investigación menciona

dedicarle 2 horas diarias a dicha actividad; empero, por otra parte, un porcentaje considerable señala trabajar en casa más de 2 horas diarias en asuntos relacionados con su profesión.

Distribución de la población según horas de trabajo en casa

<i>Trabajo en casa</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Menos de 2 horas	73	23,9
2 horas	104	34,0
3 horas	46	15,0
4 o más horas	83	27,1
Total	306	100,0

Tabla 7.

5.2 Distribución y clasificación de los niveles de Burnout en la población

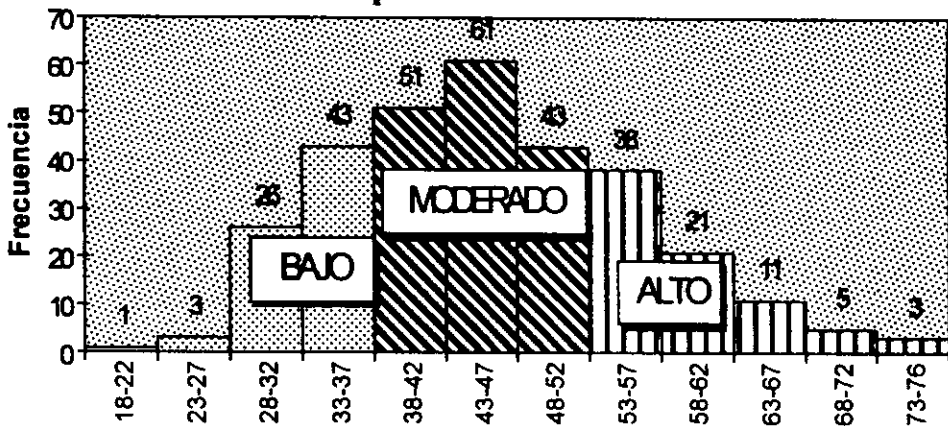
Debemos recordar que en el inciso donde se describen las características del instrumento de medición (CBB) utilizado en esta investigación, mencionamos la ausencia de un valor absoluto (baremo) en el cuestionario que permitiera determinar en forma empírica si un grupo está afectado por el Síndrome de Burnout, o no lo está.

Mencionamos que en realidad el criterio de calificación respecto a lo anteriormente señalado, lo debe preestablecer cada investigador y el mismo debe estar en función del comportamiento que la población total presentó frente al instrumento.

El criterio que nosotros seguimos para la distribución y clasificación de los niveles del Síndrome de Burnout en la población que participó en este estudio fue el siguiente:

La sumatoria de todos los reactivos del CBB fueron distribuidos en 3 categorías evaluativas, las cuales son bajo, moderado y alto. Para la construcción de dichas categorías, se dividió la población en cuartiles; se tomó como bajo todo aquel valor inferior al 25 percentil (37), moderado entre el 25 y 75 (38 - 52) y alto todo valor superior al 75 percentil (53 en adelante). (Ver gráfica 1)

Distribución y clasificación de los niveles de Burnout en la población total



Sumatoria de los ítems del CBB
Gráfica 1

De acuerdo al criterio preestablecido por nosotros, la sumatoria de los reactivos de cada cuestionario fue la que nos proporcionó el indicador o índice de Burnout dentro de cualquiera de los 3 niveles arriba mencionados, quedando la población distribuida de la forma siguiente:

Un 25% de la población total quedó localizado en el nivel bajo de Burnout, otro 50% se ubicó dentro del nivel moderado y el 25% restante se encuentra en el nivel considerado como alto.

Es importante recalcar que esta distribución fue propuesta por nosotros y por tanto no podemos concluir que circunstancialmente la población se comportó de esta manera. Es decir, resultaría absurdo señalar que “para sorpresa nuestra el 50% de la población de estudio presenta niveles moderados de Burnout”, sí este resultado obedece al criterio que nosotros fijamos previamente.

Sin embargo, resulta muy interesante mencionar quiénes son los integrantes de cada uno de dichos niveles, puesto que su ubicación dentro de cualquiera de las 3 categorías sí obedece a los resultados que se obtuvieron de sus respuestas al CBB.

5.3 Distribución de las especialidades médicas que participaron en el estudio según el indicador de Burnout y relación entre esta variable y el Síndrome.

En este inciso damos respuesta a los primeros dos objetivos de nuestra investigación: determinar los niveles del Síndrome de Burnout en los médicos de diferentes especialidades que laboran en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras e identificar la relación existente entre dichos niveles y la variable de especialidad.

Con base en el criterio de clasificación utilizado por nosotros, el cual se explicó en líneas anteriores, la ubicación de cada una de las 25 especialidades dentro de los 3 diferentes niveles de Burnout que fueron seleccionados se expone a continuación.

(Ver Tabla 8)

Distribución y clasificación de los niveles de Burnout en cada una de las especialidades

Especialidad	Bajo	Mod	Alto	Total
Anestesiología	1	7	11	19
Porcent. Espec.	5,3	36,8	57,9	6,3
Porcent. Nivel	1,3	5,1	12,8	
Dermatología	9	6		15
Porcent. Espec.	60	40		5
Porcent. Nivel	11,3	4,4		
Rehabilitación y Medicina	3	7	6	16
Porcent. Espec.	18,8	43,8	37,5	5,3
Porcent. Nivel	3,8	5,1	7	
Nefrología	2	4	8	14
Porcent. Espec.	14,3	28,6	57,1	4,6
Porcent. Nivel	2,5	2,9	9,3	
Medicina Interna	10	13	6	29
Porcent. Espec.	34,5	44,8	20,7	9,6
Porcent. Nivel	12,5	9,5	7	

Tabla 8

Especialidad	Bajo	Mod	Alto	Total
Cirugía general	8	16	6	30
Porcent. Espec.	26,7	53,3	20	9,9
Porcent. Nivel	10	11,7	7	
Cuidados y Terapia Intensiva	2	7	1	10
Porcent. Espec.	20	70	10	3,3
Porcent. Nivel	2,5	5,1	1,2	
Cardiología	3	9	5	17
Porcent. Espec.	17,6	52,9	29,4	5,6
Porcent. Nivel	3,8	6,6	5,8	
Coloproctología	2	1	1	4
Porcent. Espec.	50	25	25	1,3
Porcent. Nivel	2,5	0,7	1,2	
Geriatría		2	5	7
Porcent. Espec.		28,6	71,4	2,3
Porcent. Nivel		1,5	5,8	
Oftalmología	3	8	4	15
Porcent. Espec.	20	53,3	26,7	5
Porcent. Nivel	3,8	5,8	4,7	
Cirugía Maxilofacial	9	4		13
Porcent. Espec.	69,2	30,8		4,3
Porcent. Nivel	11,3	2,9		
Hematología	3	3		6
Porcent. Espec.	50	50		2
Porcent. Nivel	3,8	2,2		
Psiquiatría	4	5	7	16
Porcent. Espec.	25	31,3	43,8	5,3
Porcent. Nivel	5	3,6	8,1	
Neurocirugía	3	5	2	10
Porcent. Espec.	30	50	20	3,3
Porcent. Nivel	3,8	3,6	2,3	
Cirugía reconstructiva y	1	3	6	10
Porcent. Espec.	10	30	60	3,3
Porcent. Nivel	1,3	2,2	7	
Cirugía Plástica	1	1	2	4
Porcent. Espec.	25	25	50	1,3
Porcent. Nivel	1,3	0,7	2,3	
Endocrinología	2	1	4	7
Porcent. Espec.	28,6	14,3	57,1	2,3
Porcent. Nivel	2,5	0,7	4,7	
Otorrinolaringología	1	5	3	9
Porcent. Espec.	11,1	55,6	33,3	3
Porcent. Nivel	1,3	3,6	3,5	
Urología	4	8	1	13
Porcent. Espec.	30,8	61,5	7,7	4,3
Porcent. Nivel	5	5,8	1,2	

Tabla 8 (Continuación)

Especialidad	Bajo	Mod	Alto	Total
Ortopedia			5	5
Porcent. Espec.			100	1,7
Porcent. Nivel			5,8	
Reumatología		5	2	7
Porcent. Espec.		71,4	28,6	2,3
Porcent. Nivel		3,6	2,3	
Neurología	6	9		15
Porcent. Espec.	40	60		5
Porcent. Nivel	7,5	6,6		
Angiología	2	1	1	4
Porcent. Espec.	50	25	25	1,3
Porcent. Nivel	2,5	0,7	1,2	
Gastroenterología	1	7		8
Porcent. Espec.	12,5	87,5		2,6
Porcent. Nivel	1,3	5,1		
Columna	80	137	86	303
Total	26,4	45,2	28,4	100

Tabla 8 (Final)

En esta Tabla nos es posible comprender con claridad, del total de médicos que participó en cada especialidad, qué cantidad de los mismos se ubicó en el nivel bajo del Síndrome de Burnout (1 nivel), en el nivel moderado (2 nivel), ó bien, en el nivel alto (3 nivel).

Con respecto a la primera especialidad que aparece en la Tabla 8 y que es Anestesiología, observamos que de los 19 médicos que en total participaron, uno de ellos se localiza en el nivel bajo, 7 se sitúan en el moderado y 11 en el último nivel, correspondiente al alto. Estos 19 médicos participantes representan el 6.3% de toda la población que colaboró en la investigación. Asimismo, el único caso que se ubicó en el primer nivel corresponde al 5.3% de la población total de la especialidad de

Anestesiología y el 1.3% de toda la población perteneciente al nivel bajo del Síndrome de Burnout. Los otros 7 casos representativos de dicha especialidad corresponden al 36.8% de la población total de Anestesiología y al 5.1% de todos los médicos que participaron en la investigación y que se ubican en el nivel moderado. Los 11 restantes son el 57.9% del total de la población que corresponde a la primera especialidad de la Tabla 8 y el 12.8% de todos los sujetos localizados en el tercer nivel del Síndrome, el nivel alto. De acuerdo a las cifras aquí expuestas, podemos concluir que la mayor parte de los anestesiólogos que colaboraron en el presente estudio presentan un nivel alto de Burnout.

En cada una de las otras 24 especialidades nos es posible encontrar las frecuencias y porcentajes correspondientes a cada nivel.

Vale la pena comentar que la especialidad que más llama nuestra atención es la de Ortopedia, ya que como podemos observar en la Tabla 8, los 5 médicos de dicha especialidad que participaron en el estudio, y por tanto el 100% representativo de esta población, se ubican en su totalidad en el nivel alto del Síndrome.

En el resto de las especialidades encontramos diversas situaciones. En Dermatología, la mayoría de los participantes indican estar ubicados en el nivel bajo y ninguno presentó el indicador de Burnout correspondiente al tercer nivel. Aunque en la especialidad de Rehabilitación y Medicina Física encontramos un porcentaje significativo en el nivel alto (el 37.5%), la mayor parte de su población (43.8%) se

ubica dentro del nivel moderado. En Nefrología, se distingue una marcada inclinación por parte de la mayoría de los integrantes a localizarse en el nivel alto del Síndrome (57.1%), mientras que el resto de la población se encuentra distribuida entre los otros 2 niveles. En Medicina Interna y en Cirugía general hubo una participación muy satisfactoria por parte de los médicos que laboran en estas especialidades. Además, en ambas ramas de la medicina, la mayor parte de sus representantes se situaron en el segundo nivel del Síndrome, el moderado. El porcentaje de cada una de dichas especialidades que se ubicó en el nivel alto, fue exactamente el mismo (20%) y en el nivel bajo de Burnout obtuvieron una representatividad bastante mesurada. Con respecto a Cuidados y Terapia Intensiva, la gran mayoría de su población se localizó en el segundo nivel del Síndrome y la misma situación se presentó en Cardiología. En Coloproctología la mitad de sus integrantes se distribuyeron en forma muy equitativa en el nivel moderado y alto (25% en cada caso), obteniendo la máxima presencia en el primer nivel. La especialidad de Geriatria nos resultó un tanto sorprendente, ya que por las características de este servicio no esperábamos encontrar tanta representatividad en el nivel alto del Síndrome (71.4%) y ninguna en el bajo. En Oftalmología se observa que la mayor parte de sus participantes se ubican en el nivel moderado de Burnout, pero en los otros dos niveles también existe presencia significativa. En Cirugía Maxilofacial no encontramos representantes del tercer nivel; la gran mayoría

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

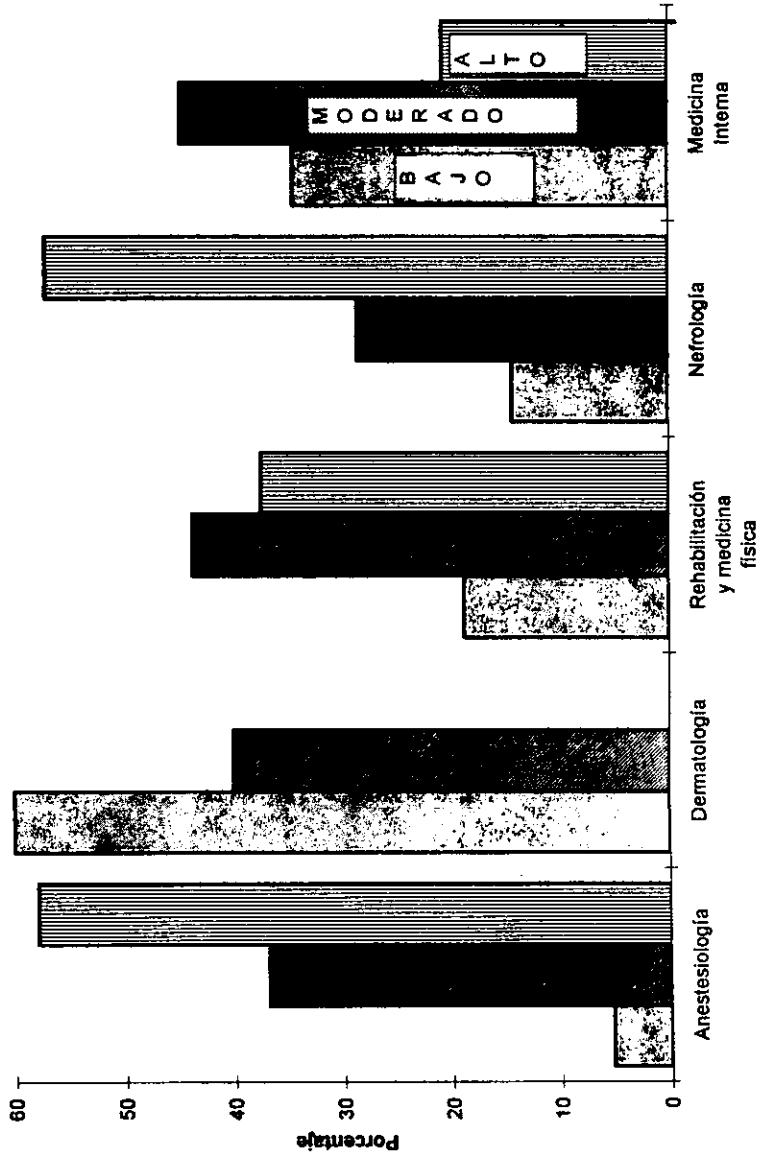
(69.2%) se localizan en el nivel bajo del Síndrome. En Hematología encontramos la misma representatividad en los dos primeros niveles (50%) y ninguna el nivel alto.

En la especialidad de Psiquiatría se reporta mayor presencia en nivel alto del Síndrome (43.8%). No obstante, en los otros dos niveles su representatividad también es considerable. En Neurocirugía la balanza se inclina hacia el nivel moderado de Burnout, a diferencia de Cirugía Reconstructiva y Quemados, Cirugía Plástica y Endocrinología, donde la mayor parte de los médicos que participaron en el estudio se ubicaron en el nivel considerado como alto.

Otorrinolaringología, al igual que Urología, indican una marcada tendencia por parte de sus integrantes a localizarse en el segundo nivel. Lo mismo ocurre con las especialidades de Reumatología y Neurología, pero con la diferencia de que en la primera, no encontramos ningún participante ubicado en el primer nivel y en la segunda tal ausencia se reporta en el nivel alto del Síndrome. De las últimas dos especialidades que colaboraron con nosotros, en Angiología la mayor presencia se observa en el nivel bajo de Burnout, mientras que en Gastroenterología dicha presencia se localiza en el segundo nivel del Síndrome.

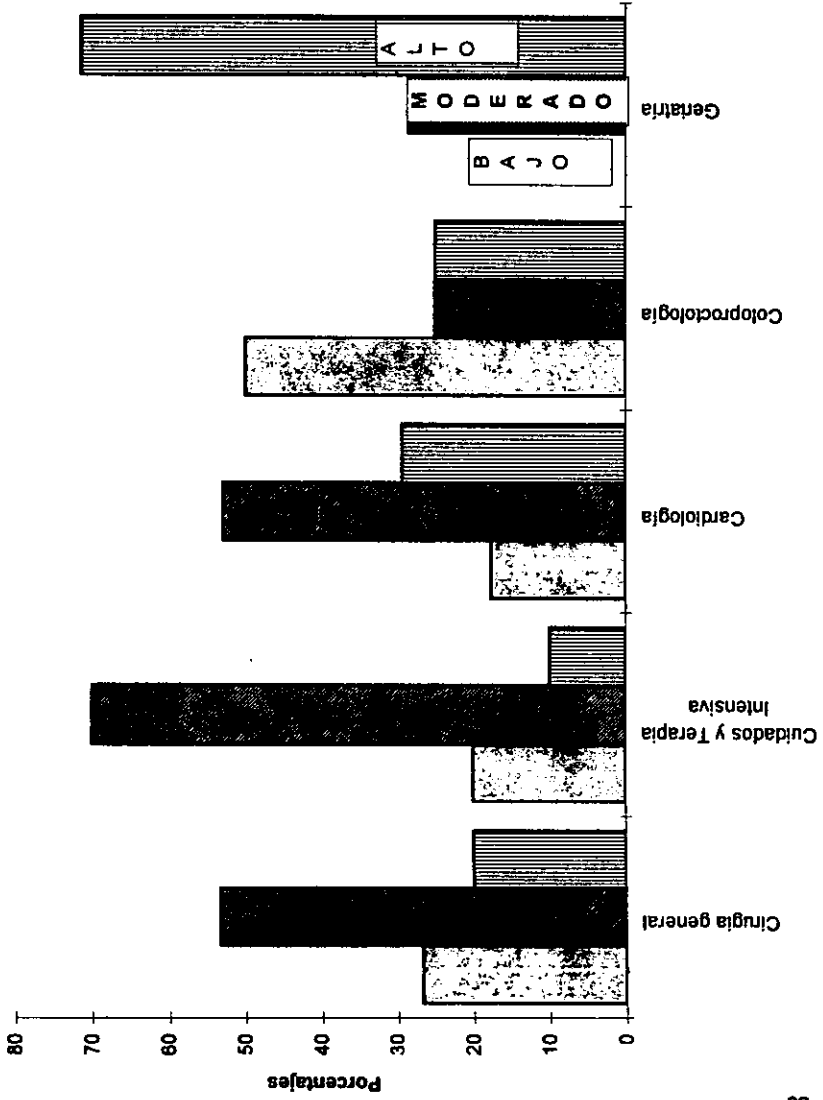
En las Gráficas 2, 3, 4, 5, y 6 podemos observar los niveles de Burnout de cada una de las 25 especialidades que participaron en el estudio.

Niveles de Burnout por especialidad



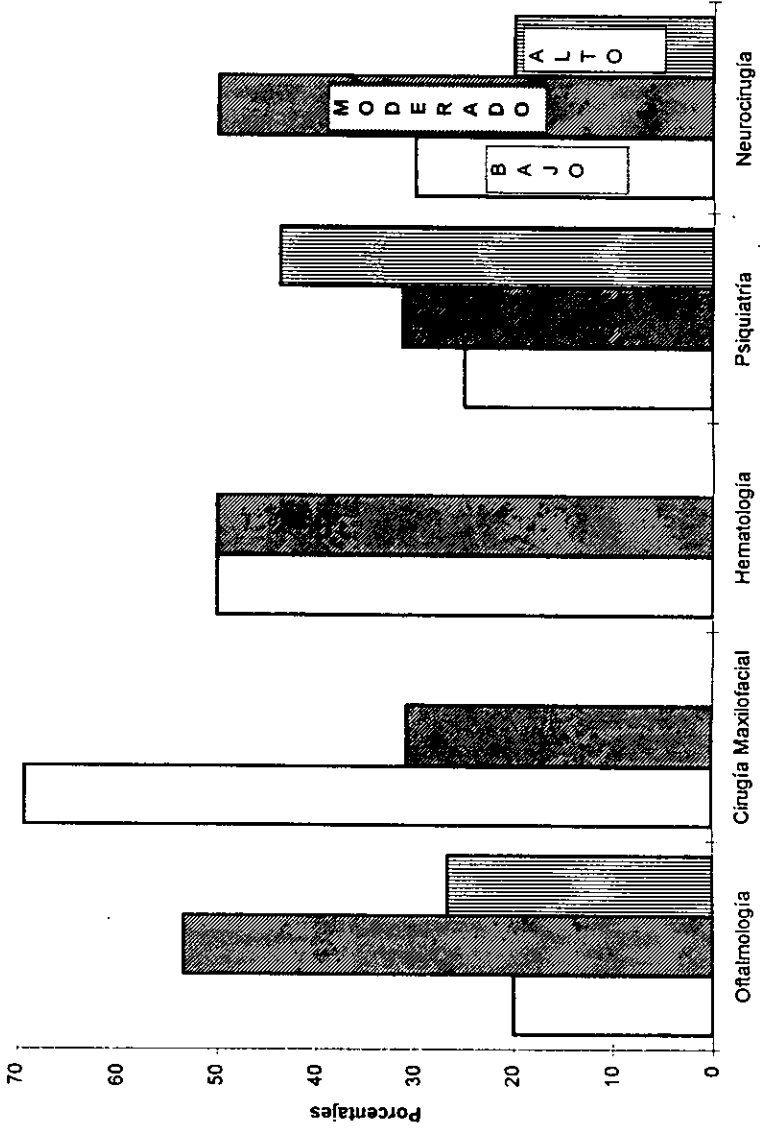
Gráfica 2

Niveles de Burnout por especialidad



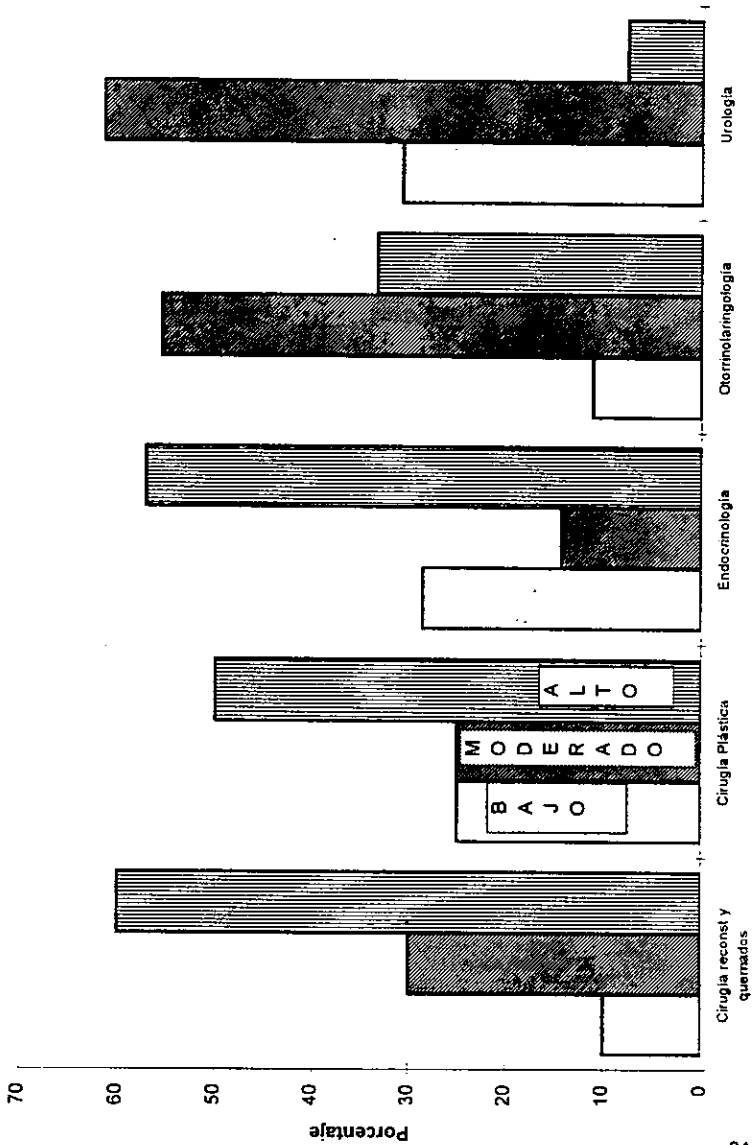
Gráfica 3

Niveles de Burnout por especialidad



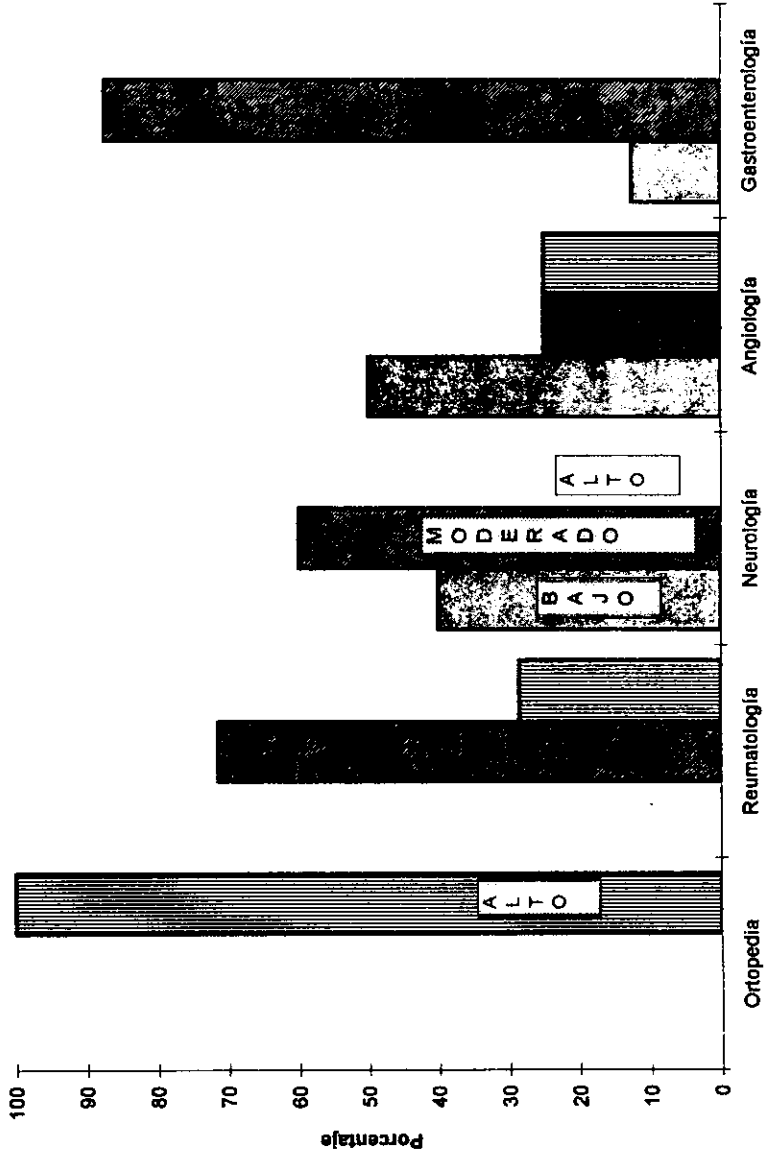
Gráfica 4

Niveles de Burnout por especialidad



Gráfica 5

Niveles de Burnout por especialidad



Resumiendo, podemos señalar, que la mayor representatividad de cada uno de los tres niveles del Síndrome de Burnout, está compuesto por las siguientes especialidades:

NIVEL BAJO.- Dermatología, Coloproctología, Cirugía Maxilofacial, Hematología y Angiología.

NIVEL MODERADO.- Rehabilitación y Medicina Física, Medicina Interna, Cirugía General, Cuidados y Terapia Intensiva, Cardiología, Oftalmología, Hematología, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Urología, Reumatología, Neurología y Gastroenterología.

NIVEL ALTO.- Anestesiología, Nefrología, Geriatria, Psiquiatría, Cirugía Reconstructiva y Quemados, Cirugía Plástica, Endocrinología y Ortopedia.

Como podemos observar, la especialidad de Hematología aparece representando dos niveles. Esto se debe, a que la distribución de sus participantes en el nivel bajo y moderado, fue exactamente el mismo (50% en cada caso).

Para poder responder al segundo objetivo de nuestra investigación, así como a los subsecuentes, recurrimos a las pruebas estadísticas que a continuación explicaremos.

La primera, **Chi-cuadrado**, se utilizó por ser una prueba estadística que sirve para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas y ser de uso común en investigaciones con características similares a la nuestra. No obstante, considerando que una de sus principales reglas para ser empleada consiste en que ninguna frecuencia esperada, por celdilla o intervalo, sea menor a 5 y que, en nuestro estudio hubo ocasiones que dicho requisito no se cumplía, se recurrió a una segunda prueba estadística para contar con otro elemento que nos permitiera verificar si la tendencia de los resultados era la misma.

Con base en que la distribución de nuestra población es cercana a la de una curva normal, que el instrumento de medición utilizado en el presente estudio es confiable y que el tamaño de la muestra que conforma esta investigación es amplia, estimamos que la segunda prueba estadística a utilizar podría ser el **Anova One-Way** (1-Way Anova) para las ocasiones donde se pretendía analizar más de dos grupos y la **Prueba t**, para cuando se trataba de evaluar solamente dos grupos.

Estimamos que el buscar el grado de significancia que puede existir en la relación de las diversas variables propuestas en esta investigación por medio de 2 diferentes pruebas estadísticas (Chi-cuadrado, 1-Way Anova ó Prueba t), nos permite contar con un mayor margen de certeza en cada uno de los resultados expuestos en el presente estudio.

Cabe mencionar que para considerar a lo largo de todo el análisis estadístico que la relación entre las variables estudiadas presentaba un nivel de significancia, la cifra obtenida debió ser menor a $\alpha = 0.05$, es decir, $p < 0.05$. Quisiéramos aclarar que en cada una de las variables que se vayan analizando, únicamente se indicará si el valor de significancia resultó mayor o menor a 0.05. Al final del inciso 5.4, que se encuentra en la página 108, exponemos la Tabla 22. En ella, es donde se pueden consultar todos los valores numéricos que se obtuvieron a través de cada una de las pruebas estadísticas utilizadas en esta investigación, tanto de las variables epidemiológicas que indicaron tener una relación significativa con los niveles de Burnout, como de aquellas que reportaron no tenerla.

La primera relación que buscamos en este trabajo fue la que existía entre la variable “especialidad” y los tres distintos niveles de Burnout. Recordemos que esta variable presenta 25 categorías diferentes y para poder calcular el grado de significancia que cada una de ellas puede tener en relación a los niveles de Burnout, fue necesario calcular la frecuencia esperada de cada especialidad.

Esto explica que en la Tabla 9 aparezcan en cada celdilla 2 números. El primero, se refiere al número de sujetos por especialidad ubicados en los 3 niveles de Burnout (frecuencias observadas) y el segundo corresponde a la frecuencia esperada de cada especialidad en los distintos niveles del Síndrome (frecuencias esperadas). Veamos

el ejemplo de Cardiología: en la celdilla asignada para el nivel bajo, aparece un 3 y 4.5; el 3 corresponde al número de sujetos de la población total de esta especialidad (17 casos) ubicados en el primer nivel de Burnout y el 4.5 se refiere a la frecuencia esperada para dicha celdilla en base al total de sujetos que en Cardiología participaron.

Comparación de las frecuencias esperadas y observadas en las especialidades según el Indicador de Burnout.

Especialidad	Bajo	Mod	Alto	Total
Anestesiología	1	7	11	19
Esperado	5	8,6	5,4	6,30%
Dermatología	9	6	0	15
Esperado	4	6,8	4,3	5,00%
Rehabilitación y Medicina Física	3	7	6	16
Esperado	4,2	7,2	4,5	5,30%
Nefrología	2	4	8	14
Esperado	3,7	6,3	4	4,60%
Medicina Interna	10	13	6	29
Esperado	7,7	13,1	8,2	9,60%
Cirugía general	8	16	6	30
Esperado	7,9	13,6	8,5	9,90%
Cuidados y Terapia Intensiva	2	7	1	10
Esperado	2,6	4,5	2,8	3,30%
Cardiología	3	9	5	17
Esperado	4,5	7,7	4,8	5,60%
Coloproctología	2	1	1	4
Esperado	1,1	1,8	1,1	1,30%
Geriatría	0	2	5	7
Esperado	1,8	3,2	2	2,30%
Oftalmología	3	8	4	15
Esperado	4	6,8	4,3	5,00%
Cirugía Maxilofacial	9	4	0	13
Esperado	3,4	5,9	3,7	4,30%
Hematología	3	3	0	6
Esperado	1,6	2,7	1,7	2,00%
Psiquiatría	4	5	7	16
Esperado	4,2	7,2	4,5	5,30%
Neurocirugía	3	5	2	10
Esperado	2,6	4,5	2,8	3,30%
Cirugía reconstructiva y Quemados	1	3	6	10
Esperado	2,6	4,5	2,8	3,30%
Cirugía Plástica	1	1	2	4
Esperado	1,1	1,8	1,1	1,30%

Tabla 9

Especialidad	Bajo	Med	Alto	Total
Endocrinología	2	1	4	7
Esperado	1,8	3,2	2	2,30%
Otorrinolaringología	1	5	3	9
Esperado	2,4	4,1	2,6	3,00%
Urología	4	8	1	13
Esperado	3,4	5,9	3,7	4,30%
Ortopedia	0	0	5	5
Esperado	1,3	2,3	1,4	1,70%
Reumatología	0	5	2	7
Esperado	1,8	3,2	2	2,30%
Neurología	6	9	0	15
Esperado	4	6,8	4,3	5,00%
Angiología	2	1	1	4
Esperado	1,1	1,8	1,1	1,30%
Gastroenterología	1	7	0	8
Esperado	2,1	3,6	2,3	2,60%

Tabla 9 (Continuación)

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de las pruebas estadísticas (Chi-cuadrada y 1-Way-Anova) podemos afirmar que la relación entre la variable especialidad y los distintos niveles de Burnout es altamente significativa ($p < 0.05$). (Recordamos consultar Tabla 22 para conocer los valores numéricos que nos llevaron a esta conclusión). Esto quiere decir que la especialidad que el médico desempeña, ejerce una gran influencia en los niveles de Burnout que el mismo llega a desarrollar. El orden de las especialidades, de acuerdo al índice de Burnout que cada una de estas presenta, nos informa cuáles son las más proclives a presentar mayor niveles de Burnout. Para obtener este dato, nos basamos en la descripción de las medias de cada una de las 25 especialidades participantes y expondremos a continuación como quedó la clasificación.

1. Ortopedia
2. Geriatría
3. Cirugía reconstructiva y quemados
4. Anestesiología
5. Otorrinolaringología
6. Nefrología
7. Endocrinología
8. Neurocirugía
9. Rehabilitación y medicina física
10. Psiquiatría
11. Cirugía Plástica
12. Oftalmología
13. Reumatología
14. Cardiología
15. Coloproctología
16. Cirugía general
17. Medicina Interna
18. Cuidados y Terapia Intensiva
19. Urología
20. Angiología
21. Neurología
22. Gastroenterología
23. Hematología
24. Dermatología
25. Cirugía Maxilofacial

Con ésto podemos concluir, que el hecho de tener mayor representatividad en el nivel alto de Burnout en relación a los otros dos niveles, no significa que se está más afectado por el Síndrome. Esta información nos la proporciona la descripción de las medias al ser, desde el punto de vista estadístico, una medida de mayor exactitud.

5.4. Relación entre los niveles de Burnout y demás variables epidemiológicas

Edad

Con la finalidad de poder analizar la edad, primera de las variables epidemiológicas o sociodemográficas incluidas en la encuesta previa al CBB, fue necesario clasificarla en 4 diferentes grupos. En la Tabla 10 aparece esta categorización y en los datos ahí expuestos podemos tener conocimiento de la distribución de la población en los distintos niveles de Burnout con respecto al grupo de edades del total de los participantes.

Distribución de los Grupos por edad según el Indicador de Burnout

Edades	Bajo	Moderado	Alto	Total
20-29	16	29	21	66
Esperado	17,3	30	18,8	
30-39	33	62	46	141
Esperado	36,9	64	40,1	
40-49	15	37	15	67
Esperado	17,5	30,4	19	
Mas de 50	16	11	5	32
Esperado	8,4	14,5	9,1	
Columna	80	139	87	306
Total	26,10%	45,40%	28,40%	100,00%

Tabla 10

Respecto al grado de significancia que existe en la relación de estas dos variables, las 2 pruebas estadísticas utilizadas (Chi-cuadrado y I-Way Anova) coinciden en señalar que efectivamente es significativa ($p < 0.05$), situación que nos permite concluir que en esta investigación la edad sí tuvo un grado de incidencia con respecto al Burnout.

De hecho, en la Tabla 10 podemos observar que en el grupo de 30 a 39 años es donde se concentra la mayor parte de la población y específicamente en el nivel moderado y alto de Burnout. En cambio, en el grupo de sujetos de más de 50 años encontramos menor presencia en dichas celdillas. Tal situación, así como la descripción de las medias de este subgrupo, coincide con lo expuesto por Moreno (1995) en relación a que los individuos de mayor edad son menos vulnerables a experimentar el Burnout.

Sexo

La distribución de esta variable, con respecto a los distintos niveles de Burnout, se presenta en la Tabla 11.

Distribución de la variable sexo según el Indicador de Burnout.

Edades	Bajo	Moderado	Alto	Total
Femenino	27	36	32	95
Masculino	53	99	53	205
Columna	80	135	85	300
Total	26.70%	45.00%	28.30%	100.00%

Tabla 11

A pesar de que algunos autores (véase inciso 3.3) coinciden en que el sexo juega un papel significativo en relación a la presencia de los niveles de Burnout, tanto la Chi-cuadrado como la Prueba t, reportaron que no existe significancia en la relación de estas dos variables ($p > 0.05$).

Relaciones Personales

En la Tabla 12 aparece la distribución de esta variable según el índice de Burnout.

Distribución de la variable Relaciones Personales según el Indicador de Burnout.

Relaciones Personales	Bajo	Moderado	Alto	Total
Con pareja habitual	70	119	74	263
Sin pareja habitual	4	10	7	21
Sin pareja	5	10	6	21
Columna	79	139	87	305
Total	25,9%	45,6%	28,5%	100%

Tabla 12

Tanto la Chi-cuadrado como el 1-Way Anova, indican que la relación que existe entre la variable relaciones personales y los niveles de Burnout no es significativa ($p > 0.05$). Esto quiere decir que en esta investigación el hecho de contar ó no con una pareja no ejerce ninguna clase de influencia en la aparición del Síndrome.

Tal resultado no coincide con Maslach y Jackson (1985), quienes sostienen que las personas que cuentan con una pareja son menos propensas a sufrir Burnout, en comparación con aquellos que no la tienen.

Número de hijos

Esta variable, como aparece en la Tabla 13, fue clasificada en 4 categorías distintas. Las personas que reportaron no tener hijos, los que señalaron tener uno solo, aquellos que refirieron tener 2, y por último, los que indicaron tener 3 ó más hijos.

Distribución de la variable Número de Hijos según el Indicador de Burnout.

Número de Hijos	Bajo	Moderado	Alto	Total
0	20	54	32	106
1	29	49	30	108
2	20	30	19	69
3 o más	11	6	6	23
Columna	80	139	87	306
Total	26,1%	45,4%	28,4%	100%

Tabla 13

En esta Tabla también es posible observar la distribución de esta variable con respecto a los distintos niveles de Burnout. Quizás en contra de lo esperado, la celdilla con mayor frecuencia corresponde al segundo nivel de Burnout y en la

categoría de sujetos sin hijos, a pesar de que la mayor parte de la población se concentre en el grupo de un solo hijo.

De acuerdo a los resultados obtenidos con las pruebas estadísticas empleadas (Chi-cuadrado y 1-Way Anova), la variable hijos no reporta tener relación significativa con el Burnout ($p > 0.05$); esto significa que la presencia de los hijos no es un elemento que influya en nuestra población de estudio con respecto al desarrollo del Síndrome.

Profesión

Para el análisis de esta variable, se propusieron 2 categorías: médico especialista y médico residente. La distribución de la población en los distintos niveles del Burnout en relación a la profesión aparece en la Tabla 14.

Distribución de la variable Profesión según el Indicador de Burnout.

Profesión	Bajo	Moderno	Alto	Total
Médico especialista	47	89	48	184
Médico residente	33	50	39	122
Columna	80	139	87	306
Total	26,1%	45,4%	28,4%	100%

Tabla 14

La profesión no presenta un nivel de significancia ($p > 0.05$) en relación al Burnout: por lo tanto, podemos señalar que dicha variable no tiene un valor incidente para la presencia del Síndrome de Burnout en la población que participó en este estudio.

Por tanto, no podríamos apoyar la tesis expuesta por otros autores (Hamberger y Stone, 1983 citados por Moreno y Peñacoba, 1995) quienes indican que los médicos residentes son una población que tiende a experimentar mayores índices de Burnout.

Años de experiencia en la profesión

Con la finalidad de poder realizar un análisis más preciso de esta variable, la misma fue clasificada en 4 grupos diferentes, los cuales pueden consultarse en la Tabla 15. Asimismo, en dicha Tabla podemos observar la distribución de los niveles del Burnout con respecto a los años que los médicos de nuestra investigación llevan ejerciendo la profesión.

Distribución de la variable Años en la Profesión según el Indicador de Burnout.

Años en la prof.	Bajo	Moderado	Alto	Total
0-9	39	69	47	155
Esperado	40,5	70,4	44,1	50,70%
10-19	15	33	25	73
Esperado	19,1	33,2	20,8	23,90%
20-29	18	33	15	66
Esperado	17,3	30	18,8	21,60%
30 o más	8	4	0	12
Esperado	3,1	5,5	3,4	3,90%
Columna	80	139	87	306
Total	26,10%	45,40%	28,40%	100,00%

Tabla 15

Los años que el médico especialista o médico residente lleva ejerciendo en el campo de la medicina, reporta tener un alto nivel de significancia en relación al Burnout ($p < 0.05$). Por otra parte, la descripción de las medias de este subgrupo nos permite esclarecer con exactitud que los profesionistas de la salud que llevan menos tiempo laborando como médicos son los más vulnerables a desarrollar el Síndrome.

Esta información coincide con otros estudios donde tal hecho ha podido demostrarse. Mencionemos a Moreno (1990), quien en una de sus investigaciones concluyó que los sujetos con más años en la profesión han experimentado menos el Burnout en comparación con aquellos que llevan menos tiempo ejerciendo.

Es probable que de alguna manera los años de experiencia le otorguen más seguridad y realización personal al individuo, elementos que pueden influir para que la aparición del Burnout sea menos severa. Además, mientras más años se lleve ejerciendo, mejor pueden entrar en función determinados mecanismos defensivos o de afrontamiento (la despersonalización podría actuar como uno de ellos) que le permitan al individuo negar, racionalizar o intelectualizar las experiencias de su entorno y así poder conservar mayor integración en sí mismo.

Trabajo por Turnos

La respuesta a la pregunta que investigaba esta variable en la encuesta planteaba tres opciones: 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche

Considerando las respuestas que obtuvimos por parte de la población de estudio, para llevar a cabo el análisis del turno de trabajo fue necesario clasificar la variable en otras 3 categorías distintas: 1. Mañana 2. Mañana y Tarde 3. Mañana, Tarde y Noche (Ver Tabla 16)

Distribución de la variable Turno de Trabajo según el Indicador de Burnout.

TURNO	Bajo	Moderado	Alto	Total
Mañana	12	19	12	43
Mañana y Tarde	49	86	53	188
Mañana, tarde y noche	19	34	22	75
Columna	80	139	87	306
Total	26,1%	45,4%	28,4%	100%

Tabla 16.

El turno de trabajo no reporta ser una variable que guarde ningún tipo de asociación con el Burnout ($p > 0.05$); resultado que parece coincidir con la mayor parte de los hallazgos encontrados en otras investigaciones con respecto a la ausencia de relación que este factor podría tener para el desarrollo del Síndrome.

Horas de trabajo a la semana

Para poder analizar esta variable, clasificamos las respuestas en 3 grupos diferentes:

El primer grupo abarca aquellas personas que señalaron trabajar entre 0 y 29 horas a la semana; en el segundo grupo entran quienes laboran entre 30 y 49 horas semanales, y el tercer grupo estuvo constituido por los que refirieron trabajar más de 50 horas a la semana. Dicha clasificación, así como la distribución de la población de estudio con respecto a esta variable y los niveles de Burnout, se puede consultar en la Tabla 17.

Distribución de la variable Horas de Trabajo según el Indicador de Burnout.

Horas de Trab. Semanales	Bajo	Moderado	Alto	Total
0-29	9	13	2	24
Esperado	6,3	10,9	6,8	7,80%
30-49	46	61	38	145
Esperado	37,9	65,9	41,2	47,40%
Mas de 50	25	65	47	137
Esperado	35,8	62,2	39	44,80%
Columna	80	139	87	306
Total	26,10%	45,40%	28,40%	100,00%

Tabla 17

Tanto la Chi-cuadrado como el I-Way Anova, reportan que el número de horas que el individuo trabaja a la semana guarda una estrecha relación con el Burnout

($p < 0.05$). Es decir, mientras más horas de trabajo destine el médico a la semana, mayor probabilidad tendrá de llegar a presentar niveles significativos de Burnout.

Este resultado podríamos asociarlo con lo expuesto por Moreno y Peñacoba (1995) en uno de sus artículos, respecto a que la falta de tiempo personal se puede considerar como uno de los factores más importantes del estrés médico.

Aunque la mayor parte de nuestra población se concentra en la celdilla que corresponde al grupo que refirió trabajar entre 30 y 49 horas semanales, la celdilla correspondiente al grupo que labora más de 50 horas a la semana también está ampliamente representada. A pesar de no contar con el número específico de horas semanales que a esta categoría correspondería, más de 50 horas a la semana vendrían siendo en una jornada de trabajo de 5 días, 10 horas diarias. Si a esto agregamos el tiempo que le lleva a cada participante del estudio transportarse a la Institución Hospitalaria (considerando los problemas de transporte que en Cuba actualmente existen), la mayor parte del día transcurre fuera de la casa y lejos de la familia.

Es claro suponer que tal situación, lejos de mantener a un individuo satisfecho consigo mismo por las horas de trabajo que dedicó a su profesión al final de cada semana, se convierta en una fuente de estrés que posteriormente al conjugarse con otros elementos pudiera llevar a la persona al Burnout.

Guardias

La clasificación por grupos que hicimos de esta variable para su análisis posterior, así como la distribución de la población con respecto a las guardias que refirió realizar por semana y los niveles de Burnout, aparece en la Tabla 18.

Distribución de la variable Guardias Semanales según el Indicador de Burnout.

Guardias Semanales	Bajo	Moderado	Alto	Total
0	28	38	21	87
1	39	86	51	176
2 o más	13	15	15	43
Columna	80	139	87	306
Total	26.1%	45.4%	28.4%	100%

Tabla 18

Ninguna de las 2 pruebas estadísticas que utilizamos (Chi-cuadrada y 1-Way Anova) reportó que exista una relación significativa entre el número de guardias que el médico realiza por semana y los niveles de Burnout que el mismo experimenta ($p > 0.05$). Por tanto, podemos concluir que en nuestra población de estudio las guardias no son un factor de incidencia importante para el desarrollo del Síndrome.

Promedio de personas que se atienden al día

Con base en las respuestas que obtuvimos en esta variable y como se puede apreciar en la Tabla 19, para el análisis de la relación que guarda este factor con el Burnout fue necesario crear 4 grupos diferentes. El primero corresponde a quienes indicaron atender entre 0 y 9 pacientes por día; el segundo abarca a los médicos que atienden entre 10 y 19 pacientes diarios; en el tercer grupo encontramos a los que señalaron ver entre 20 y 29 pacientes por día y, finalmente, el cuarto grupo incluye a los médicos que atienden 30 o más pacientes cada día.

Distribución de la variable Pacientes Diarios según el Indicador de Burnout.

Pacientes Diarios	Bajo	Moderado	Alto	Total
0-9	13	9	12	34
10-19	26	42	25	93
20-29	18	51	30	99
30 o mas	15	32	18	65
Columna	72	134	85	291
Total	24,7%	46%	29,2%	100%

Tabla 19

Como se puede observar, en el tercer grupo es donde se concentró la mayor parte de la población, sin perder de vista que en esta variable hubo 15 casos que no respondieron a la misma.

A pesar de que por sentido común podríamos suponer que el número de pacientes que un médico atiende por semana pudiera ser uno de los elementos que contribuirían al desarrollo del Síndrome de Burnout, los resultados obtenidos en esta investigación respecto a la relación que guarda esta variable y el Burnout no reportó ser significativa ($p > 0.05$).

Tiempo de la jornada laboral en contacto con el paciente

Esta variable fue clasificada por grupos; en el cuestionario, ofrecía 3 opciones de respuesta: 1. Más del 50% 2. El 50% 3. Menos del 50%

Pero para el análisis estadístico de dicha variable, la agrupamos en dos categorías:

1. Más del 50% 2. Hasta 50% (Ver Tabla 20)

Distribución de la variable Interacción Directa según el Indicador de Burnout.

Interacción Directa	Bajo	Modificado	Alto	Total
Más del 50%	58	113	76	247
Esperado	64,8	111,8	70,5	81,00%
Hasta 50%	22	25	11	58
Esperado	15,2	26,2	16,5	19,00%
Columna	80	138	87	305
Total	26,20%	45,20%	28,50%	100,00%

Tabla 20.

En la distribución de la población con respecto a esta variable y los niveles de Burnout, podemos observar que 247 casos (81%) del total de los 306 médicos que participaron en el presente estudio, reportan permanecer más del 50% del tiempo de su jornada laboral en interacción directa con quienes demandan sus servicios. Recordemos que Moreno y Peñacoba (1995) refirieron que la frecuencia y cantidad de tiempo pasado con los pacientes, podía ser considerado un elemento crucial en el desarrollo del Síndrome de Burnout. Tanto ellos como otros autores, (Maslach y Jackson, 1982 y Deckard y col; 1994 citados por Moreno y Peñacoba, 1995) coinciden en pensar que esta variable y el Burnout guardan una estrecha relación entre sí.

Los resultados de esta investigación también apuntan a lo mismo, ya que las pruebas estadísticas utilizadas (Chi-cuadrado y Prueba t) para conocer el grado de asociación entre ambas variables, reportaron que es significativa ($p < 0.05$).

Tiempo que se destina en casa para la realización de trabajo institucional

Para poder llevar a cabo el análisis estadístico de esta variable, fue necesario clasificar las respuestas en cuatro grupos distintos. (Ver Tabla 21)

Distribución de la variable horas de trabajo en casa según el Indicador de Burnout.

Trabajo en casa	Bajo	Moderado	Alto	Total
Menos de 2 horas	25	37	11	73
Esperado	19,1	33,2	20,8	23,90%
2 horas	27	47	30	104
Esperado	27,2	47,2	29,6	34,00%
3 horas	12	19	15	46
Esperado	12	20,9	13,1	15,00%
4 o más horas	16	36	31	83
Esperado	21,7	37,7	23,6	27,10%
Columna	80	139	87	306
Total	26,10%	45,40%	28,40%	100,00%

Tabla 21

Como se puede observar en la misma Tabla, la mayor parte de la población se concentró en el grupo 2 y 4, quedando el grupo 3 poco representado (15%). Esta variable podríamos señalar que pudiera estar asociada con el número de horas a la semana que el médico indicó trabajar en la Institución, puesto que entre más tiempo permanezca en su centro de trabajo, menos tiempo tendría para dedicar a otras actividades (entre las cuales estaría la que pretende medir esta variable).

Por otra parte, en la medida que el médico tenga que llegar a casa para realizar labores institucionales, menos tiempo puede dedicar a otros asuntos de índole personal y como lo planteamos en uno de los incisos anteriores, la falta de tiempo libre puede favorecer que el individuo experimente niveles de Burnout considerables.

En el análisis estadístico de esta variable, el 1-Way Anova reportó que el tiempo destinado por el médico en casa a labores de trabajo institucional sí tiene relación con el Burnout ($p < 0.05$). No obstante, la Chi-cuadrado indicó que la relación no es significativa ($p > 0.05$).

Tomando en cuenta que las horas de trabajo semanales fue considerada como una variable significativa y que la prueba estadística que nos indica que esta variable guarda una relación significativa con el Burnout es confiable, podríamos concluir en este estudio que las horas de trabajo que el médico dedica en casa a labores institucionales y el Burnout están asociadas.

Tabla de relación entre las variables epidemiológicas y el Indicador de Burnout

<i>Variables Epidemiológicas</i>	<i>Chi Cuadrado</i>			<i>One Way ANOVA</i>		
	χ^2	GL	p	F	GL	p
Especialidad	102.14	48	0.0000	3.84	24	0.0000
Edad	14.04	6	0.0291	3.46	3	0.0167
Relaciones Personales	0.70	4	0.9517	0.47	2	0.6249
Número de hijos	9.37	6	0.1537	1.12	3	0.3411
Años en la profesión	14.45	6	0.0250	5.81	3	0.0007
Turno de trabajo	0.12	4	0.9983	0.21	2	0.8078
Horas de trabajo semanales	12.39	4	0.0146	5.51	2	0.0045
Guardias semanales	5.34	4	0.2543	2.03	2	0.1336
Número de pacientes diarios	9.01	6	0.1729	0.8865	3	0.4484
<i>Variables Epidemiológicas</i>	<i>Chi Cuadrado</i>			<i>Prueba t</i>		
	χ^2	GL	p	t	GL	p
Sexo	3.12	2	0.2096	0.62	298	0.539
Profesión	1.84	2	0.3992	-0.67	304	0.506
Interacción directa con pacientes	6.10	2	0.0472	2.23	303	0.026

χ^2 = Valor Chi Cuadrado, F = Valor ANOVA, t = Valor Prueba t, GL = Grados de Libertad, p = Nivel de significancia

Tabla 22

5.5 Comportamiento de las 7 escalas del CBB en la población total de acuerdo a los niveles de Burnout

De acuerdo al criterio de calificación propuesto por Moreno y colaboradores (1989) para determinar los 3 distintos niveles de Burnout de cada una de las 7 escalas del CBB y el cual fue explicado con amplitud al describir las características del instrumento de medición que utilizamos para esta investigación, expondremos el comportamiento de la población total con respecto a cada dimensión del Cuestionario Breve del Burnout.

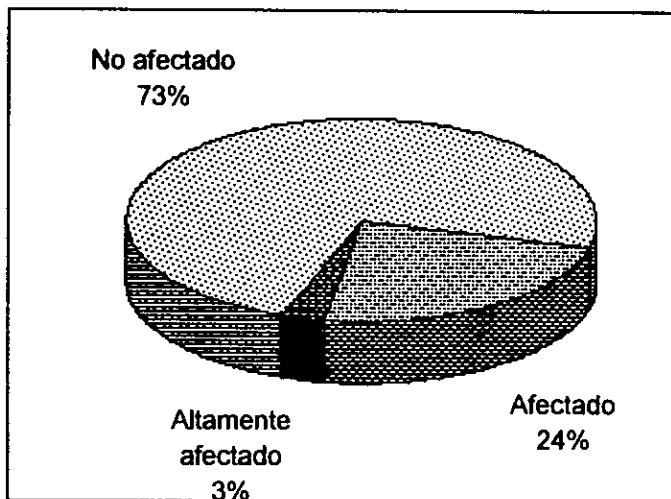
Cansancio Emocional

La distribución de los niveles de Burnout en esta escala para la población total que participó en el estudio aparece en la Gráfica 7. Se presentaron 9 casos que no respondieron a las 3 respuestas a esta dimensión, por lo cual, en dichos sujetos, esta escala no pudo ser calificada en su totalidad.

Como se puede apreciar en la gráfica, el porcentaje acumulado en el nivel de “no afectado” por el Burnout (73%) tuvo un predominio importante en relación al resto de la población. Esto podría considerarse como una señal de que la mayor parte de la población de estudio manifiesta no haber perdido el interés por las labores que desempeñan diariamente en la Institución e incluso, sentir satisfacción por ello. Por

lo tanto, ni el desgaste físico y/o emocional serían sentimientos que predominen en su quehacer cotidiano.

Distribución de la población según los niveles de Burnout en la escala de Cansancio Emocional



Gráfica 7

Despersonalización

Esta escala pudo ser evaluada casi en la totalidad de la población, puesto que solamente 2 de los 306 sujetos no respondió a todas las preguntas que a esta dimensión correspondían.

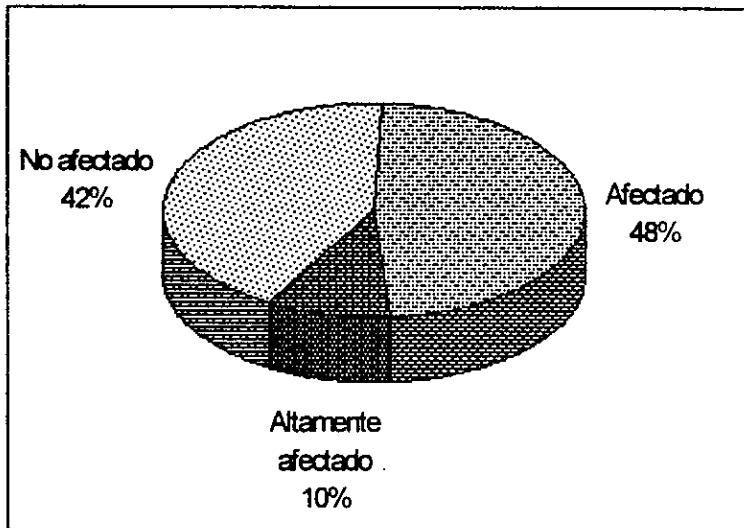
Como ha sido comentado a lo largo de esta investigación, la Despersonalización ha sido considerada como la escala más importante de las 7 que conforman el CBB puesto que constituye la dimensión específica del estrés en las profesiones

asistenciales. Mientras que el Cansancio Emocional y la Realización Personal podrían encontrarse asociados a otros cuadros patológicos, la Despersonalización se considera el elemento clave del Síndrome de Burnout.

En la Gráfica 8 observamos la distribución que presentó nuestra población con respecto a esta escala y el Burnout; también podemos apreciar que en relación a esta dimensión, la mayor parte de los participantes del estudio se concentró en el 2 nivel de Burnout, el de “afectados” (48%). Si este 48% lo sumamos al 10% que se ubica en el nivel “altamente afectado”, un 58% de la población de estudio reporta estar afectada por el Burnout en esta escala específica. Consideramos que este es un resultado importante al implicar que un porcentaje significativo de los médicos que participaron en la investigación, tienden a contemplar a los beneficiarios de sus servicios como objetos y no como personas. Al parecer su conducta frente a los pacientes, lejos de ser empática y un tanto cálida, se caracteriza por ser fría, distante e indiferente. Es probable que se comuniquen con aquellos a quienes ofrecen sus servicios con un lenguaje abstracto y técnico. Asimismo, sería de esperar que recurran con frecuencia a la racionalización e intelectualización (mecanismos de defensa) para buscar la solución de cualquiera de los problemas que con los pacientes se les presenta.

Sin perder de vista que una dosis moderada de Despersonalización es conveniente en los médicos para alcanzar la eficacia personal, los niveles de afectación que nuestra población presenta en esta dimensión, son un indicador importante de Burnout.

Distribución de la población según los niveles de Burnout en la escala de Despersonalización



Gráfica 8

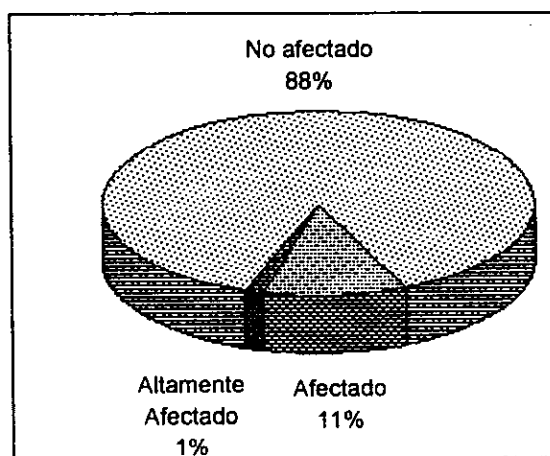
Realización Personal

Hubieron 13 personas que no respondieron a todas las preguntas que corresponden a esta escala del CBB, razón por la cual quedaron eliminadas.

Como ya ha sido mencionado anteriormente, esta dimensión es considerada como otro de los elementos claves del Síndrome de Burnout. En la Gráfica 9 exponemos el

comportamiento que presentó esta escala en la población total con respecto al Burnout y podemos observar que la mayor parte de los integrantes del estudio (88%) se concentró en nivel de “no afectados” por el Síndrome. Este dato refleja un hecho que podemos considerar alentador, ya que al parecer la Despersonalización no se ha llegado a instalar en los médicos participantes como un modo de actuar generalizado, de tal forma que incluso llegue a perderse todo interés y motivación por la actividad que en la Institución se desempeña. Los porcentajes obtenidos en esta escala, lejos de referirse a niveles bajos de productividad e ideas de incompetencia personal, apuntan a una población que se muestra comprometida en el ámbito institucional y profesional al estar satisfecha con su trabajo.

Distribución de la población según los niveles de Burnout en la escala de Realización Personal



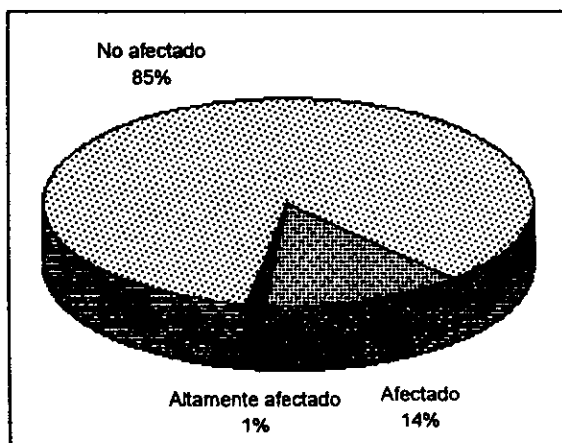
Gráfica 9

Características de la Tarea

Hubo 12 casos de la población total, que no dieron respuesta a todas las preguntas que a esta dimensión corresponden.

En la Gráfica 10 es donde se expone la distribución que tuvo la población con respecto a los 3 indicadores de Burnout en esta escala del CBB. Es posible observar que la mayor parte de los sujetos que participaron en el estudio indican no estar afectados en esta escala específica (85%), lo cual coincide con el resultado que se obtuvo en la escala de Cansancio Emocional en el sentido de existir un buen desempeño de las tareas laborales institucionales.

Distribución de la población según los niveles de Burnout en la escala de Características de la Tarea.

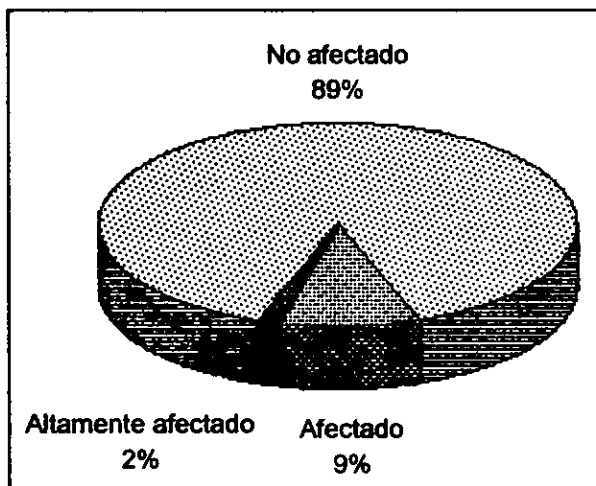


Gráfica 10

Organización

La distribución de la población en relación con esta escala del CBB y los niveles de Burnout, aparece en la Gráfica 11. Con respecto a esta dimensión, hubo 8 casos que no respondieron al total de preguntas pertenecientes a su medición. La mayor parte de la población de esta distribución (89%) se concentró en el nivel de “no afectados”, lo cual se asocia con la existencia de un clima y ambiente laboral favorable, probablemente facilitado por el apoyo social que brindan ciertos jefes y compañeros, así como la posibilidad de establecer relaciones interpersonales gratificantes.

Distribución de la población según los niveles de Burnout en la escala de Organización

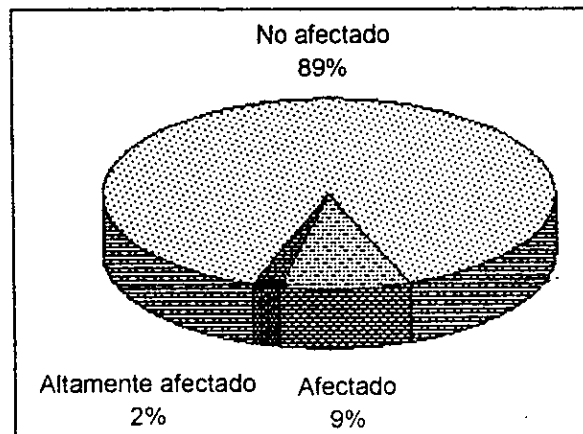


Gráfica 11

Tedio

Se presentó el caso de 4 personas que no fueron consideradas en la población total, ya que las mismas no respondieron a todas las preguntas correspondientes a esta escala. En la Gráfica 12 se indica la distribución de la población con respecto a esta dimensión específica del CBB y los niveles de Burnout. En ella podemos observar que el 89% de los participantes del estudio se concentró en el nivel de “no afectados”, un 9% en “afectados” y el 2% restante en “altamente afectados”. Si recordamos que la escala de Cansancio Emocional, Realización Personal, Características de la Tarea, Organización y Tedio reportaron un porcentaje muy bajo de afectación por el Burnout, era de suponerse el resultado de esta dimensión puesto que no habría porque esperar falta de interés o aburrimiento por las tareas que a diario se realizan en el Hospital.

Distribución de la población según los niveles de Burnout en la escala de Tedio

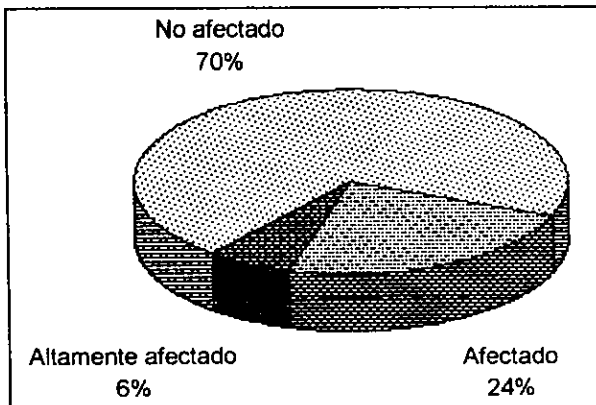


Gráfica 12

Consecuencias del Burnout

Esta es la última de las 7 dimensiones del CBB y su comportamiento en la población total con respecto a los niveles del Burnout aparece en la Gráfica 13. Hubo 5 casos que fueron eliminados por no dar respuesta a todas las preguntas de la escala. La mayor parte de la población (70%), como se puede observar en la Gráfica, se ubica en el nivel de “no afectados” y podríamos suponer que este porcentaje no fue superior por el grado de afectación que reportó la población de estudio en la escala de Despersonalización. Es muy probable que este hecho concreto tenga determinadas repercusiones en distintas áreas de la vida de los participantes (familiar, personal, salud, etc), las cuales no llegan a ser determinantes en su rendimiento laboral por verse compensadas con la gratificación y satisfacción que se experimenta, en términos generales, en las otras 6 dimensiones.

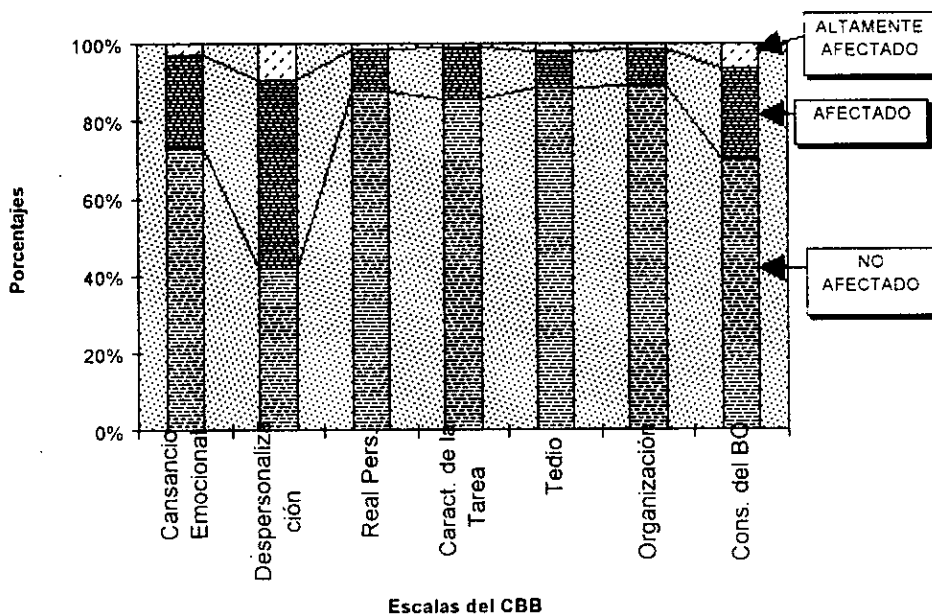
Distribución de la población según los niveles de Burnout en la escala de Consecuencias del Burnout



Gráfica 13

Con la finalidad de poder obtener una visión comparativa del comportamiento de las 7 escalas en la población de estudio, en la gráfica 14 se expone la distribución de las mismas, de acuerdo al nivel de afectación de Burnout que cada una de ellas reportó. En dicha gráfica es posible apreciar con claridad que la dimensión o escala de Despersonalización fue la única que reportó una puntuación elevada (aproximadamente el 58%) en los niveles correspondientes a un grado de afectación por el Síndrome. Las 6 dimensiones restantes presentan las puntuaciones más altas en los niveles de no afectación, siendo su representatividad en los otros dos niveles (afectado y altamente afectado) poco significativa.

Comportamiento en la población de las 7 escalas del CBB según los niveles de Burnout.



Escalas del CBB
Gráfica 14

5.6 Relación entre las distintas variables epidemiológicas y el indicador de Burnout de cada una de las 7 dimensiones del CBB.

Consideramos que la mejor forma de exponer los resultados que obtuvimos del análisis estadístico respecto al nivel de significancia que puede haber en la relación de las variables epidemiológicas y el indicador de Burnout de cada una de las 7 dimensiones del CBB, es a través de la Tabla 23.

En la Tabla 23 se indica, en cada celdilla donde se encontró que la relación entre una de las dimensiones y determinada variable epidemiológica es significativa, la cifra que se obtuvo en cada una de las pruebas estadísticas que se emplearon para medir el nivel de significancia y las cuales determinaron la asociación entre ambas variables. En aquellas dimensiones donde se encontró que la relación no era significativa con la variable epidemiológica correspondiente a la medición, simplemente se optó por anotar NS. Asimismo quisiéramos aclarar que debido a lo extensa que la Tabla 23 es, se optó por reportar únicamente la cifra que nos indica el nivel de confiabilidad de cada una de las pruebas estadísticas utilizadas en cada variable, ya que anotar también el valor de la distribución teórica y los grados de libertad, implicaría serias dificultades prácticas por el volumen de información.

Hubo algunos casos donde solamente una de las dos pruebas estadísticas utilizadas, indicaron que la relación era significativa. Cabe señalar que en realidad, la mayor parte de los resultados que obtuvimos para la medición del objetivo propio a este

inciso por medio de la Chi-Cuadrado estimamos que no son confiables, ya que presentan un margen de error lo suficientemente alto para invalidar la confiabilidad del dato (más del 20% de las celdillas tiene una frecuencia menor a 5). Por tanto, en aquellos casos donde se reportó que la relación entre 2 de las variables era significativa únicamente a través de la Chi-Cuadrado, el resultado no fue considerado como válido.

Tabla de relación entre las variables epidemiológicas y el indicador de Burnout de cada una de las siete escalas

Variables	Pruebas	Cansancio Emocional	Características de la Tarea	Despersonalización	Organización	Realización Personal	Tedio	Consecuencias del BO
Especialidad	Chi Cuadrado	0.0000	NS	NS	NS	0.0074	NS	0.0000
	1 Way Anova	0.0000	0.0050	NS	0.0005	0.0003	0.0009	0.0000
Edad	Chi Cuadrado	NS	NS	0.0024	NS	NS	NS	NS
	1 Way Anova	0.0594	0.0061	0.0258	NS	NS	NS	NS
Sexo	Chi Cuadrado	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Prueba t	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Relaciones personales	Chi Cuadrado	NS	NS	NS	NS	NS	0.0130	NS
	1 Way Anova	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Número de hijos	Chi Cuadrado	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	1 Way Anova	NS	NS	0.0408	NS	NS	NS	NS
Profesión	Chi Cuadrado	NS	NS	0.0003	NS	NS	NS	NS
	Prueba t	NS	NS	0.0060	NS	NS	NS	NS
Años en la profesión	Chi Cuadrado	NS	NS	0.0088	NS	NS	NS	NS
	1 Way Anova	NS	0.0094	0.0195	0.0225	NS	NS	0.0028
Turnos de trabajo	Chi Cuadrado	NS	NS	0.0233	NS	NS	NS	NS
	1 Way Anova	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Horas de trabajo por semana	Chi Cuadrado	0.0149	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	1 Way Anova	0.0013	NS	NS	NS	0.0317	NS	0.0001
Número de guardias semanales	Chi Cuadrado	NS	NS	0.0176	NS	NS	NS	NS
	1 Way Anova	NS	NS	0.0275	NS	NS	NS	0.0324
Número de pacientes diarios	Chi Cuadrado	0.0502	NS	NS	NS	0.0338	NS	NS
	1 Way Anova	0.0409	NS	NS	NS	NS	NS	0.0091
Interacción directa con pacientes	Chi Cuadrado	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Prueba t	NS	0.0060	NS	0.0280	NS	NS	0.0030
Horas de trabajo en casa	Chi Cuadrado	NS	0.0064	NS	NS	NS	NS	NS
	1 Way Anova	NS	0.0027	NS	0.0023	NS	NS	0.0023

NS = No significativo.

Tabla 23

Algunos comentarios que quisiéramos hacer respecto a los resultados que se presentan en la Tabla 23 son: en primer lugar, que la escala del CBB que mayor relación reportó tener con algunas de las variables epidemiológicas es la de Consecuencias del Burnout; en segundo lugar, estarían la escala de Características de la Tarea y Despersonalización; después vendría la de Organización, Cansancio Emocional, Realización Personal y, por último, Tedio.

En relación con las variables epidemiológicas, la Especialidad fue la que mayor relación indicó tener con varias de las escalas del CBB y en segundo lugar está los Años de Experiencia en la Profesión. La variable Sexo, Relaciones Personales y Turno de Trabajo, no reportó asociación alguna con cualquiera de las 7 dimensiones. Asimismo, el Número de Hijos, la Profesión y el Número de Pacientes que el médico atiende diariamente, refieren tener una relación significativa solamente con una de las 7 dimensiones del instrumento de medición.

5.7 Análisis cualitativo de las preguntas abiertas incluidas en el cuestionario

Las respuestas que obtuvimos a las dos preguntas abiertas que incluimos al final del CBB y las cuales pueden ser consultadas en el Anexo 5 donde se incluye dicho instrumento de medición, fue posible sintetizarlas en 7 argumentos:

1. Problemas de transporte (se refiere a todo problema relacionado con la dificultad para transportarse al centro de trabajo, como por ejemplo. falta de transporte público, el tener que llegar al hospital en bicicleta. etc).
2. Falta de recursos materiales (en este argumento incluimos todas las respuestas que tenían que ver con la falta de medicamentos, ropa de hospital e instrumentos de trabajo, mala alimentación).
3. Deficiencias de las condiciones ambientales (falta de higiene en general, dificultades con el aire acondicionado, falta de áreas de esparcimiento social y/o recreativo, constantes interrupciones en cubículos donde se ofrece consulta, condiciones de peligrosidad e insuficiencia en el servicio de ascensores).
4. Falta de estímulos materiales y profesionales (poca remuneración económica, falta de reconocimiento del esfuerzo laboral, no se ofrecen incentivos de superación, desmotivación y apatía personal, falta de material bibliográfico y poca atención en general al personal de salud).
5. Deficiencias en la organización administrativa y asistencial (mala planeación del trabajo, asistencia a gran cantidad de pacientes, excesiva carga laboral, problemas de indisciplina laboral, deficiencias en la selección del personal, impedimentos burocráticos, insuficientes los canales de comunicación que operan).

6. Crisis de valores humanos (imagen muy devaluada del médico, falta de compañerismo entre el personal de salud, malas relaciones interpersonales, problemas de ética profesional).

7. Deficiencias en la formación del personal paramédico (pobre preparación del personal de enfermería).

El argumento más mencionado de los 7 fue referido en 155 ocasiones (50.7%) y es el relacionado con la falta de recursos materiales (argumento 2). El tener que ofrecer servicio asistencial sin contar muchas veces con suficientes medicamentos, instrumentos e implementos de trabajo, es un factor de estrés importante que contribuye a que el médico no se sienta del todo satisfecho en su trabajo cotidiano.

El segundo argumento más mencionado de todos fue el referido en 138 ocasiones (45.1%) y es el que tiene que ver con deficiencias de las condiciones ambientales (argumento 3). Por las respuestas que obtuvimos con respecto a este punto específico, fue posible percatarnos que el tener que trabajar en un ambiente donde existen determinadas limitaciones físicas, genera estrés y desmotiva al personal de la salud.

Da la impresión que los argumentos anteriores se asocian con el tercer argumento, al cual se hace mayor mención. El mismo fue reportado 111 veces (36.3%), es el referente a la falta de estímulos materiales y profesionales (argumento 4) y, por lo

que pudimos apreciar, el tener que trabajar con determinadas carencias y bajo condiciones que no resultan las óptimas son factores que contribuyen a la desmotivación y falta de estimulación personal que la población reporta, aunado a otros elementos a los cuales se hace referencia.

Sin ser de los argumentos a los que mayor referencia se hace, las deficiencias en la organización administrativa y asistencial (argumento 5) también fue señalado en 78 ocasiones (25.5%) por los médicos como uno de los motivos que generan estrés e insatisfacción en general.

En relación con los tres últimos argumentos por mencionar, quisiéramos indicar que el argumento 1 fue referido 16 veces (5.2%), el argumento 6 fue mencionado en 13 ocasiones (4.2%) y finalmente, el argumento 7 fue referido 4 veces (1.3%). Sin ser de los argumentos más comentados, podríamos considerar que también ocupan un lugar importante como factores generadores de estrés. Por las respuestas que obtuvimos con respecto a dichos argumentos, uno de los puntos que pareciera afectar más al personal de salud es el sentir que la imagen del médico está muy devaluada en la sociedad cubana, que la jerarquía de valores humanos ha sufrido importantes cambios y que el egoísmo así como la falta de compañerismo son sentimientos que desafortunadamente han logrado en muchos casos imponerse.

Consideramos que, sin duda alguna, la mención de todos los elementos anteriores por parte de la población de estudio es una contribución muy valiosa a nuestro campo de investigación. Con ello, además de tener conocimiento y contar con datos concretos respecto al Síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, también tenemos conocimiento de otros elementos que afectan a esta población específica en relación al estrés.

De esta forma, la Institución Hospitalaria tendrá más herramientas para poder trabajar el aspecto preventivo y así recuperar, en los casos donde sea necesario, la optimización de sus servicios asistenciales. Sobra señalar que a pesar de que las autoridades del Hospital tratan permanentemente de resolver los problemas que se presentan en la Institución, existen ciertos elementos externos que impiden de momento dar solución a determinadas dificultades que afectan al personal de salud.

No obstante, eso no debe desmotivar a todo individuo dispuesto a contribuir al mejoramiento y reformas que el Hospital requiera, puesto que el saber que a pesar de las carencias, obstáculos y limitaciones actuales, el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras ha podido seguir adelante manteniendo la calidad de gran parte de sus servicios y el interés por brindar cada día mejor atención a sus pacientes, debe ser suficiente estímulo para conservar el ánimo.

CAPITULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 Conclusiones y discusión

La motivación principal que nos llevó a desarrollar esta investigación fue la de poder determinar, con base en resultados concretos y confiables, el grado de afectación del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras en la Habana, Cuba.

Por tanto, consideramos de gran importancia dirigir nuestra discusión y conclusiones en primer lugar a dicha interrogante que, además, corresponde a la primera pregunta de investigación.

Recordemos que haber ubicado a la población de estudio en 3 diferentes niveles de afectación de Burnout, obedeció al criterio de calificación por nosotros propuesto. Es decir, el que aproximadamente 25% de la población reporte niveles bajos de afectación, 50% presente niveles moderados y otro 25% podamos localizarlo dentro del nivel alto de afectación por el Burnout, se debe a los parámetros de calificación marcado por nosotros para la presentación de resultados. Ello significa que tal distribución y clasificación de la población no puede tomarse como un resultado final que nos permita dar respuesta al planteamiento arriba señalado; sin embargo, sí nos permite concluir la frecuencia y el porcentaje de representación que tuvo cada uno de los participantes de las 25 especialidades en los 3 diferentes niveles.

En el tercer capítulo se comentó que existen opiniones divergentes respecto al grado de incidencia que los factores epidemiológicos o socio-demográficos llegan a ejercer en el Burnout. Los resultados del extenso análisis estadístico nos permiten concluir que las variables de especialidad, edad, años de experiencia en la profesión, horas de trabajo por semana, tiempo de la jornada laboral en contacto con el paciente (interacción directa) y tiempo que se destina en casa para la realización de trabajo institucional, guardan una relación significativa con el Burnout. De todas estas variables, la que corresponde a la edad es la que mayormente resulta considerada por los teóricos en el tema, como un factor que ejerce una influencia importante para el desarrollo del Síndrome de Burnout. En relación con las otras variables consideradas por nosotros como significativas, con excepción de la de especialidad y tiempo de trabajo que se destina en casa al trabajo institucional, también han sido tomadas por algunos de los autores revisados en el marco teórico como elementos que influyen significativamente para que un individuo experimente niveles de Burnout considerables. Tal es el caso de Hamberger y Stone (1983), Turnipseed (1994), Moreno y colaboradores (1995), entre otros.

Cherniss (1980), Cahoon y Rowney (1984), Maslach y Jackson (1985), Moreno y colaboradores (.1995) y Hernández (1995), destacan el papel relevante que las variables de sexo, estado civil y número de hijos ejerce para que un individuo llegue a experimentar el Burnout. Como contrapartida, los resultados encontrados por

nosotros parecen coincidir más bien con los hallazgos reportados por, Seltzer y Numeroff (1988), Servellen y Leake (1993) e Hidalgo Rodrigo y Díaz González (1994), al indicar que ninguna de estas tres variables guarda una relación significativa con el Síndrome.

El resultado que se obtuvo respecto al comportamiento de las 7 escalas o dimensiones del CBB en la población de estudio, nos permite también ampliar el análisis para llegar al siguiente planteamiento. Si consideramos que de acuerdo con lo propuesto por Maslach y Jackson (1981) la puntuación elevada de la escala de Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal son señaladas como una manifestación de la presencia del Síndrome, podemos llegar a la conclusión de que con base en los resultados obtenidos en nuestra población de estudio, en términos generales, los médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras no presentan el Síndrome de Burnout.

No obstante, la dimensión conocida como Despersonalización reportó un grado significativo de afectación. Recordemos que la Despersonalización se considera el núcleo del Burnout; esto significa que a pesar de no estar el total de la población en Burnout, ya existen importantes manifestaciones iniciales que hablan de su presencia. Lo anterior puede fundamentarse en función del modelo teórico clásico del Burnout, propuesto por Maslach y Jackson (1981). Aunque ellas indican que el

constructo de Burnout se presenta claramente al finalizar la tercera fase del proceso, mismo que ya ha sido explicado con detalle en capítulos anteriores, la importancia que se da a la fase de Despersonalización, por sus características específicas, como núcleo del Síndrome, podría llevarnos a reflexionar acerca del orden de los elementos en dicho proceso. Es decir, cabría la posibilidad de pensar que la Despersonalización podría ser considerada como un indicador fundamental del Burnout y que los otros elementos que conforman las diferentes fases del proceso vendrían a manifestarse posteriormente, de manera significativa. Expertos en el tema (Grau, 1993; Roca, 1994) han comentado que estudios prospectivos sobre el Síndrome podrían ayudar a definir el orden de las distintas fases del proceso del Burnout, a partir de mediciones más actuales. Estimamos necesario que se pondere lo anterior, y así evitar el restarle importancia a los resultados obtenidos en el presente estudio respecto a la escala de Despersonalización. Saber que un porcentaje significativo de la muestra reporta haber sustituido el trato cálido y comprensivo con los pacientes por un manejo indiferente y distante resulta preocupante y, por tanto, no debe ser interpretado como un hecho aislado, que no tiene repercusiones. Resulta imperativo adoptar las medidas preventivas necesarias que nos permitan evitar que los síntomas, propios del Síndrome, continúen evolucionando y que las características propias de la Despersonalización avancen. Además, no debemos olvidar que la Despersonalización es una defensa frente al Cansancio Emocional y

podemos suponer que aunque las puntuaciones de esta última escala no reportan un grado de afectación significativa, existe un muro de contención (la Despersonalización) que hasta ahora ha funcionado para impedir que las puntuaciones correspondientes a dicha dimensión aumenten.

Por los resultados obtenidos en esta investigación, podemos indicar que las variables correspondientes a la edad, número de hijos, profesión, años de experiencia como médico y guardias semanales, son los elementos que guardan una relación significativa con la Despersonalización. Esto es, dichos factores influyen para que el médico se conduzca de una manera fría, distante y deshumanizada frente a sus pacientes. Es probable que la insatisfacción que principalmente se reporta por la falta de recursos materiales, deficiencias de las condiciones ambientales y ausencia de estímulos materiales y profesionales, también repercutan en la Despersonalización de los médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. El tener que ofrecer servicio asistencial sin contar con suficientes medicamentos, jeringas, algodón, utensilios y equipo clínico-quirúrgico, aire acondicionado, privacidad en los sitios donde se ofrece la consulta, etc., en vez de generar motivación por brindar una buena atención, da lugar a un estado de tensión y estrés importante.

En el marco de las limitaciones presupuestales del sistema hospitalario, pueden idearse mecanismos de motivación y reconocimiento profesional que ayuden a

sobrellevar las carencias materiales con mejor disposición y permitan al médico sentirse orgulloso de cumplir satisfactoriamente con su trabajo.

Estos cambios facilitarían la recuperación del trato cálido, amistoso, comprensible y cercano que debe mostrar el médico frente a sus pacientes, sin olvidar que cierta dosis de despersonalización debe conservarse para poder operar en óptimas condiciones.

Como fue señalado al principio, la distribución de la población total según el indicador de Burnout en bajo, moderado y alto, fue preestablecida por el criterio de calificación propuesto para el instrumento en esta investigación. Esto lo consideramos una limitación del estudio y aunque el CBB reportó ser un instrumento de medición lo suficientemente confiable para ser utilizado por nosotros (Alfa Cronbach), deben continuar las investigaciones dirigidas a su estandarización y perfeccionamiento.

Dicho criterio de calificación y distribución también nos permitió determinar con claridad el grado de afectación de cada una de las especialidades que participó en el estudio. Tal resultado, a su vez, nos indicó el orden de afectación en cada una de las especialidades participantes y esto le permite a la Institución Hospitalaria concretar con mayor facilidad los servicios que requieren de más apoyo preventivo.

No es difícil entender que cada servicio del Hospital está sometido a dificultades y presiones diferentes, las cuales exponen al individuo a distintos grados de riesgo al estrés. Podríamos suponer que también existen otros factores importantes, independientes de la complejidad de la especialidad médica, que influyen para que determinados servicios reporten mayor tendencia a experimentar el Burnout que otros. Estimamos de gran importancia realizar posteriores investigaciones encaminadas a esclarecer las dificultades concretas de cada una de las especialidades más afectadas, y así poder dirigir correctamente el tipo de intervención que se requiere para lograr mejoras en la asistencia que dichos servicios ofrecen. Sin duda alguna, Ortopedia es la primera especialidad donde se tendrían que aclarar los factores que están interviniendo para que los médicos de dicho servicio estén reportando manifestaciones significativas de Burnout.

En el capítulo 3 se indicó que “en la Despersonalización, la depresión y la hostilidad van de la mano.” Esto es algo que debemos considerar, ya que nuestra población reportó un nivel significativo de afectación en esta escala y por tanto es muy probable que factores depresivos y hostiles en los médicos participantes también estén presentes. Aunque no contamos con elementos objetivos que apoyen nuestra impresión, la forma de responder a los cuestionarios y ciertos comentarios hechos en las preguntas abiertas, permiten palpar elementos de agresión encubierta.

Podría sugerirse que futuras investigaciones de la Institución Hospitalaria, estén también dirigidas a tener un conocimiento más profundo de la prevalencia de estos dos elementos psicopatológicos. La aplicación de un instrumento que mida depresión y hostilidad podría determinarlo, y el combatir estos síntomas también repercutiría favorablemente en la optimización de los servicios asistenciales que el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras brinda a sus beneficiarios.

Debemos señalar que una de las limitaciones del estudio consistió en la presencia de variables extrañas que no pudimos controlar en la fase de aplicación. Explicamos que un grupo de psicólogos de la misma Institución Hospitalaria fue quien auxilió en la aplicación del Cuestionario. Aunque los integrantes de este grupo fueron previamente capacitados con la finalidad de que todos manejaran las mismas instrucciones, resulta casi imposible constatar que éstas fueron cumplidas por todos de la misma manera. Cabría la posibilidad de pensar que tanto la forma de aplicación, el tema central que el cuestionario en sí pretende medir, así como la falta de familiaridad con instrumentos de esta naturaleza, pudieron haber levantado defensas en la población de estudio que hayan inhibido la aparición de respuestas propias del Síndrome como tal. No obstante, esta es una suposición que puede ser esclarecida con estudios y mediciones posteriores que se continúen haciendo sobre el Burnout en la Institución Hospitalaria.

Aplicar el instrumento en forma colectiva en un sitio amplio, ventilado y cómodo (por ejemplo, un auditorio), podría ser una variante a tomar en cuenta para la realización de futuras investigaciones donde deba estudiarse una población amplia. No obstante, este procedimiento requeriría de mucha organización, interés y apoyo por parte de toda la Institución, ya que los médicos suelen tener horarios distintos y poco tiempo libre disponible para actividades que no tengan que ver con su labor profesional.

El Burnout es un tema actual de gran interés, debido a las presiones continuas y constantes a las que está sometido el hombre moderno en casi todas las sociedades. El continuar realizando investigaciones que aporten información encaminada a ampliar el conocimiento de este concepto son útiles y necesarias, puesto que al ser un elemento ligado a la conducta humana y muy influenciado por factores externos, el Síndrome de Burnout puede ir modificando su dinámica e incursionar en terrenos ajenos a la labor asistencial y de enseñanza.

6.2 Recomendaciones a nivel preventivo

Las medidas preventivas deberán estar dirigidas a la recuperación de la calidad del servicio asistencial, básicamente con respecto a la Despersonalización, en cada una

de las especialidades que ofrecen atención clínica y quirúrgica en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

Resultaría repetitivo mencionar cuáles son los servicios que requieren de mayor prevención y los que necesitan menos. Esto fue claramente explicado con anterioridad y en el análisis de los resultados es posible consultarlo con todo detalle. Lo que consideramos pertinente es comentar los pasos a seguir para que tanto médicos como pacientes resulten beneficiados.

En la literatura revisada acerca de medidas preventivas se indicó que para obtener verdadero éxito al enfrentar el problema de Burnout, se requiere introducir cambios institucionales en todos los niveles. Por tanto, el primer esfuerzo podría consistir en ampliar los canales de comunicación en la Institución Hospitalaria, de tal forma que todo interesado en conocer, por ejemplo, los resultados de esta investigación, tenga acceso a ello.

Sería conveniente que el Departamento de Psicología convocara a los jefes de servicio, médicos especialistas y residentes de las especialidades participantes, a una serie de sesiones de información, donde se den a conocer los resultados de esta investigación y se provoque la retroalimentación con los propios afectados, con la finalidad de que, de dichos encuentros, surjan ideas concretas y conjuntas, respecto a los pasos preventivos que deberán llevarse a cabo, en el marco de la limitación de

recursos financieros. Asimismo, se ofrecería alguna información adicional acerca de las características del Síndrome de Burnout, sus consecuencias y manifestaciones clínicas. La atmósfera que deberá imperar en estas sesiones grupales debe ser de absoluta confianza y cordialidad, de manera que las personas se sientan con la suficiente libertad para expresar cualquier inquietud o hacer preguntas.

El manejo de esta información podría apoyarse con algún tipo de folleto, donde por medio de técnicas didácticas se explicaran aspectos relacionados con el Síndrome. Se trataría de repartir este material en una extensión importante del Hospital, al ser un documento que también ayudaría a concientizar a la población sobre la posibilidad de caer en Burnout.

Antes de continuar con las estrategias preventivas, resulta necesario recalcar que estimamos que gran parte de la labor preventiva en la Institución debe estar coordinada y dirigida por el servicio de Psicología. Los psicólogos son quienes tienen las mejores herramientas para ayudar a enfrentar a los afectados el Síndrome y son quienes en determinado momento están mejor capacitados para intervenir técnicamente en la labor preventiva. Aunque lo idóneo sería que en un futuro ellos también pudieran contar con personas capacitadas, de preferencia ajenas a la Institución, que les sirvieran de apoyo en los momentos que lo requieran, entendemos que por razones económicas sería difícil contratar dicha clase de

servicio. Por tanto, el modelo de grupo operativo puede hacer las funciones de “contenedor”, sin pretender con ello que el grupo funcione como un grupo terapéutico.

El siguiente paso que estimamos debe darse es el de elegir los servicios donde se piensa comenzar a actuar. Dicha elección seguramente tendrá que ver con el grado de afectación de las especialidades; es decir, en principio deberán escogerse los servicios que indicaron estar más afectados. En uno de los capítulos anteriores señalamos la necesidad de realizar investigaciones en los servicios que reportaron elevadas puntuaciones de Burnout, diseñadas a esclarecer qué componentes pueden estar operando en estas especialidades que ocasionan tales alteraciones. Estos componentes pueden ser psicológicos, o bien obedecer simplemente a dificultades en la coordinación médica y/o administrativa del servicio en cuestión. Para poder aclarar esto podrían aplicarse cuestionarios, instrumentos psicométricos, test proyectivos, etc; pero sin olvidarnos de acompañar cualquier aplicación de una dinámica grupal donde podrían exponerse vivencias personales respecto al estrés, las cuales resultan inmensamente útiles para tener una mejor comprensión del problema. Aclarado cuál es la problemática específica de los servicios que presentan importantes manifestaciones del Síndrome, deberá pensarse en las técnicas terapéuticas que habrán de emplearse. Sería conveniente aplicarlas siempre dentro de

un contexto grupal, ya que autores como Shinn y Morch (1983) enfatizan la importancia de trabajar en grupo durante el trabajo preventivo. Vale la pena recordar las características de los grupos de apoyo mencionadas en el tercer capítulo, al ser una de las modalidades de las técnicas grupales que ofrece muchas posibilidades de éxito en relación al trabajo preventivo. Asimismo, se refiere que tanto técnicas de relajación, como la misma terapia racional emotiva, y programas de entrenamiento de habilidades cognitivas, entre otras, han reportado obtener resultados positivos en la labor preventiva.

El servicio de Psicología del Hospital Ameijeiras, además de tener acceso a todas las especialidades de la Institución, suele mantener una posición integrativa con respecto a la psicología en general y específicamente en el terreno de la intervención terapéutica. Es por eso que estimamos que pueden manejarse diversas opciones a nivel de la psicoterapia y no sugerir la elección de un solo tipo.

Todo el proceso descrito hasta ahora tendría que llevarse a cabo en cada servicio. Evidentemente, en aquellas especialidades donde se reportó un nivel de afectación bajo, podría empezar a instrumentarse alguna medida preventiva, la cual básicamente estaría dirigida a evitar que las manifestaciones propias del Síndrome pudieran continuar evolucionando. Es probable que, en estos casos específicos, el

simple manejo de información respecto al tema de Burnout pudiera tener efectos preventivos.

No hay que olvidar que todas estas medidas deben ir acompañadas de cambios institucionales. Esto es, además de la labor preventiva que específicamente se emprenda en cada uno de los servicios del Hospital, el mismo también debe contemplar la posibilidad de reorganizar aspectos relacionados con la administración y coordinación del trabajo, para así realmente contribuir a la mejoría de los servicios asistenciales que día tras día se ofrecen en la Institución.

Por último, valdría la pena agregar que el incluir a la familia de los médicos en algunas de las actividades con propósitos preventivos podría ser de gran utilidad, ya que los mismos pueden ser un apoyo importante para la recuperación física y emocional del médico afectado por el Síndrome de Burnout.

BIBLIOGRAFÍA

- Addison, R.B; Kahn, N.B. Jr. (1994) Studying burnout (editorial) Fam. Pract. Res. Journal, Sep, 14(3), 207-10.
- Alonso, A; Hille I.S. (1995) Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica. Editorial El Manual Moderno. México. Cap. 9, 169-181.
- Austad, C.S; Sherman, W.O; Morgan, T; Holstein, L (1992) The psychotherapist and the managed care setting. Professional-Psychology-Research and Practice, Aug, Vol 23(4), 329-332.
- Axelson, J:A; Clark, R:H. (1992) Burnout syndrome among oncologists. J. Clin. Oncol., Feb; 10(2), 346.
- Bennett, L; Kelaher, M; Ross, M:W (1994) Quality of life in health care professionals: Burnout and its associated factors in HIV/AIDS related care. Psychology and Health, Vol 9(4), 273-283.
- Bennett, L; Michie, P; Kippax, S (1991) Quantitative analysis of burnout and its associated factors in AIDS nursing, AIDS-Care, Vol 3(2), 181-192.
- Boxer, PA; Burnett, C; Swanson, N. (1995) Suicide and occupation: a review of the literature. Journal Occup. Environment Medicine, 37(4), 442-52.
- Brezniak, N; Ben-Ya'ir, S. (1989) Patient burnout: Behaviour of young adults undergoing orthodontic treatment. Stress-Medicine, Vol 5(3), 183-187.
- Brooke, D. (1995) The addicted doctor. Caring professionals? (Editorial) Br. J. Psychiatry, Feb, 166(2), 149-53.
- Byone, G. (1994) Stress in women doctors. Br. J. Hosp. Med., Mar 16-Apr 5, 51(6), 267-9.
- Cherniss, C. (1980) Professional burnout in human service organization. New York
- Cordes, C.L; Dougherty, T.W. (1993) A review and an integration of research on job burnout. Academy of Management Review, Vol 18(4), 621-656.
- Day, H.I; Chambers, J. (1991) Empathy and burnout in rehabilitation counsellors. Canadian Journal of Rehabilitation, Vol 5(1), 33-44.

- Deckard, G; Meterko, M; Field, D. (1994) Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. Med. Care, Jul, 32(7), 745-54.
- De la Gandara Martin, J.J; de Dios Francos, A; de Diego Herrero, E. (1994) Estudio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario. Actas Luso Esp. Noeurol. Psiquiatr. Cienc. Afines, Mar-Apr, 22 (2), 71-6.
- Díaz Gonzalez, R.J; Hidalgo, R.I. (1994) The burn-out syndrome in physicians of the public system of a health area. Revista Clínica Española, 194(9),670-676.
- Eells, T.D; Lacefield,P; Maxey,J.(1994) Symptom correlates and factor structure of the Health Professions Stress Inventory. Psychol. Rep, Dec, 75 (3 Pt 2),1563-8
- Erera, I.P.(1991) Supervisors can burn-out too. Clinical Supervisor, Vol 9(2),131-148.
- Fordham, H. (L993) Physicians are people too. Mich-Med, Jun, 92(6), 23-4.
- Garzotto, N; Carcereri, G; Turrina, C; Ballarini, C. (1992) The syndrome of burn-out among mental health professionals in Verona (Italy). New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, Vol 8(3), 113-118.
- Gatchel, H. (1989) Control and learned helplessness. Health Psychology
- Gervas, J; Hernández Monsalve, LM. (1994) La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. Med. Clin. Barc, Oct, 103(11), 421-2.
- Grau, J; Martín M y cols (1993) Calidad de vida en el paciente oncológico en situación terminal. INOR
- Gran Diccionario Patria de la Lengua Española. (1983) Tomo III. Editorial Patria, S.A de C.V, México.
- Heim, E. (1993) Coping with occupational stresses in health professional. Psychother. Psychosom. Med. Psychol, Sep-Oct, 43(9-10), 307-14.
- Hellmich, S; Reincke, A. (1994) The burn-out syndrome in nursing. An empirical study in a sociopsychological context. Pflege Z, 47 (3): suppl 3-15

- Hernández, L. (1995) Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Trabajo de Terminación de la Maestría en Psicología de la Salud, La Habana, Cuba.
- Hidalgo Rodrigo, I; Díaz González, RJ. (1994) Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Avila. Med. Clin. Barc. Oct, 103(II), 408-12.
- Johnson, J.T; Wagner, R.L; Rueger, R.M; Goepfert, H. (1993) Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey. Head Neck, Nov-Dec, 15(6) 557-60.
- Jupp, J.J; Shaul, V. (1991) Burn-out in student counsellors. Counselling Psychology Quarterly, Vol 4(2-3), 157-167.
- Keel, P. (1993) Psychological stress caused by work: burnout syndrome. Soz. Preventivmed. 38 Suppl 2: S131-2.
- Kushnir, T; Malkinson, R; Ribak, J.(1994) Teaching stress management skills to occupational and environmental health physicians and practitioners. A graduate level practicum. Journal Occupational Medicine, Dec, 36 (12), 1335-40
- Lawrence, W. G; Cullen, J; Foster, M. (1987) El estrés físico y psicológico en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Leiter, M.P. (1992) Burn-out as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. Work and Stress, Apr-Jun, Vol 6(2), 107-115.
- Leiter, M.P. (1991) The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. Canadian Psychology, Oct, Vol 32 (4), 547-558.
- Lemkau, J; Rafferty, J; Gordon, R. Jr. (1994) Burnout and career choice regret among family practice physicians in early practice. Fam. Pract. Res. J, Sep, 14(3), 213-22.
- Lewis, J.M; Barnhart, F.D; Nace, E.P; Carson D.I; Howard, B.L. (1993) Marital satisfaction in the lives of physicians. Bull Menninger Clin, 57(4), 458-65.

- Lewis, J.M; Barnhart, F.D; Howard, B.L; Carson, D.I; Nace, E.P. (1993) Work stress in the lives of physicians. Tex. Med, Feb, 89 (2), 62-7.
- Lewis, J.M; Nace, E.P; Barnhart, F.D; Carson, D.I; Howard, B.L. The lives of female physicians. Tex. Med, Mar, 90 (3), 56-61.
- Lloyd, S; Streiner, D; Shannon, S. (1994) Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. J. Emerg. Med., Jun-Aug, 12(4), 559-65.
- Lloyd, S; Streiner, D; Hahn, E; Shannon, S. (1994) Development of the emergency physicians job satisfaction measurement instrument. Am. J. Emerg. Med., Jan, 12(1), 1-10.
- Maas, K. (1990) The role of social support in the prevention of occupational burnout: Colleague support groups. Apprentissage et Socialisation, Jun, Vol 13(2), 129-139.
- Maslach, C; Jackson, S. E (1981) Burnout in health professions: A social Psychological Analysis. Social Psychology of Health and Illness, Hillsdale, N. J: Lawrence Herlbaum.
- Macurán, G. (1994) Profesionales de la Oncología Pediátrica: Vida y Profesión. Tesis de Grado, Universidad de la Habana, Facultad de Psicología.
- Melamed, S; Kushnir, T; Shirom, A. (1992) Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behavioral Medicine, Summer, 18(2), 53-60.
- Moreno, B; Oliver, C; Pastor, J:C; Aragoneses, A. (1990) Una teoría y una medida del estrés laboral asistencial. Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia. Abril, págs. 291-297
- Moreno, B; Oliver, C. (1989) El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: adaptación y nuevas versiones. Universidad Autónoma de Madrid 1:10, 161-172.
- Moreno, B; Oliver, C; Aragonés, A. (1990) El Burnout, una forma específica de estrés laboral. Ponencia presentada en el II Simposium de psicología clínica aplicada. Jaén, págs. 271-284.

- Moreno, B; Peñacoba, C. (1995) Estres asistencial en los servicios de salud. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.
- Noworol, C; Marek, T. (1993) Typology of burnout: Methodology modelling of the syndrome. Polish Psychological Bulletin, Vol 24 (4), 319-326.
- Oktay, J.S (1992) Burnout in hospital social workers who work with AIDS patients. Social Work, Sep Vol 37(5), 432-439.
- Pines, A. (1993) Burnout. Handbook of stress. L. Goldberg. Mc.Millan. New York, 126-136.
- Pines, A. (1994) The Palestinian intifada and Israelis' burnout. Journal of Cross Cultural Psychology. Dec, Vol 25(4), 438-451.
- Roca, M.A (1993) Psicología y cáncer: El proceso de afrontamiento a las enfermedades oncológicas malignas en niños, adolescentes y sus familiares. Tesis de Doctorado, Universidad de la Habana, Facultad de Psicología.
- Pedrabissi, L; Santinello, M. (1988) The nursing profession and the burnout syndrome: A contribution to the development of the Maslach Burnout Inventory. Bollettino di Psicologia Applicata, Aug-Dec No 187-188, 41-46.
- Sampieri Hernández, R; Collado Fernández, C; Lucio Baptista, P. (1991) Metodología de la Investigación. McGraw - Hill Interamericana de México, S.A de C.V.
- Shiron, A. (1989) Burnout in work Organization. International Review of Industrial and Organizational Psychology. New York: Wiley.
- Small, G. W. (1981) House officer stress syndrome. Psychosomatics, 22, 860-869.
- Starrin, B; Larsson, G; Styrborn, S. (1990) A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol 4(2), 83-91.
- Sutherland, V.J; Cooper, C.L.(1993) Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill- health and job dissatisfaction. Soc. Sci. Med, Sep, 37(5), 575-81.

- Schwab, J.J. (1995) How to avoid burnout in medical practice. J. Ky. Med. Assoc., Jan, 93(1), 23-7.
- Turnipseed, D.L.; Turnipseed, P.H. (1991) Personal coping resources and the burnout syndrome. Journal of Social Behavior and Personality. Sep, Vol 6(3), 473-488.
- Turnipseed, D.L. (1994) An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. Journal of Applied Social Psychology. May, Vol. 24 (9) 782-800
- Vanyperen, N.W; Buunk, B.P; Schaufeli, W.B. (1992) Communal orientation and the burnout syndrome among nurses. Journal of Applied Social Psychology. Feb, Vol 22(3) 173-189.
- Van Servellen, G; Leake, B. (1993) Burn-out in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples. J. Prof. Nurs. May-Jun; 9(3): 169-77
- Walton, W.T. (1993) Parents of disabled children burn-out too: Counseling parents of disabled children on stress management. International Journal for the Advancement of Counselling. Jun, Vol 16(2) 107-118
- Warren, C.H, Editor (1982) Diccionario de Psicología. Fondo de Cultura Económica, México.
- Whitley, T.W; Allison, E.J Jr; Gallery, M.E; Cockington, R.A; Gaudry, P; Heyworth, J; Revicki, D.A. (1994) Work related stress and depression among practicing emergency physicians: an international study. Ann. Emerg. Med. May; 23 (5) 1068-71.

¿Con qué frecuencia siente esto?					
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
8. Siento que mi trabajo me está desgastando. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
10. Siento que me he hecho más duro con la gente. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
13. Me siento frustrado por trabajo. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada. ¿Con qué frecuencia siente esto?					
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas. ¿Con qué frecuencia siente esto?					

Anexo 2.

CUESTIONARIO C.B.B.

(Bernardo Moreno)

Este Cuestionario es totalmente anónimo, los datos tendrán un tratamiento estadístico.
Por favor, conteste las cuestiones siguientes. En las preguntas donde aparecen varias opciones de respuestas, rellene con un círculo la que corresponda.

- A. Edad años
- B. Sexo: 1. V 2. M
- C. Relaciones personales :
1. Con pareja habitual 2. Sin pareja habitual
3. Sin pareja
- D. Número de hijos: hijos
- E. Estudios realizados:
1. Primaria 2. Bachiller 3. Formación profesional 4. Titulado superior
5. Doctorado 6. Otros
- F. Profesión (especifique sección o unidad lo más posible):
-
- G. Cargo que ocupa
- H. Situación laboral
1. Contratado 2. Fijo 3. Otros:
- I. Tiempo de experiencia en la profesión: años
- J. Centro en el que trabaja
- K. Situación del centro
1. Privado 2. Público
- L. Tiempo que lleva en el mismo centro años
- M. Tiempo que lleva en el mismo cargo años
- N. Turno:
1. Mañana 2. Tarde 3. Noche
- O. Número de horas que trabaja a la semana: horas
- P. Número de personas que atiende diariamente: personas
- Q. ¿Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo?
1. Más del 75% 2. El 50% 3. Menos del 30%
- R. Tiene que realizar labores de su trabajo en casa.
1. Si 2. No

INSTRUCCIONES:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la opción deseada, en una escala de 1 a 5, donde 1 es nunca o nada; 2 es raramente o poco; 3 es algunas veces o algo; 4 es frecuentemente o bastante y 5 es siempre ó mucho.

	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentem ente	Siempre
1. En general estoy más bien harto de mi trabajo.					
2. Me siento identificado con mi trabajo.					
3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.					
4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo.					
5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales.					
6. Mi trabajo actual carece de interés.					
7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor.					
8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.					
9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
10. Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.					
11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.					
12. Los intereses por mi desarrollo profesional son actualmente muy escasos.					
13. Considera Ud. Que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (Dolor de cabeza, insomnio, etc.)	Nada	Algo	Bastante	Poco	Mucho
14. Mi trabajo es muy repetitivo.	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
15. Estoy quemado por mi trabajo.	Nada	Algo	Bastante	Poco	Mucho
16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo.					
17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales.	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuente mente	En la mayoría de las ocasiones

18. Las relaciones con los usuarios de mi trabajo procuro despersonalizarlas.					
19. El trabajo que hago dista de ser el que yo hubiera querido.	Nada	Algo	Bastante	Poco	Mucho
20. Mi trabajo me resulta muy aburrido.	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuente mente	En la mayoría de las ocasiones
21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.					

22. Cual es la principal causa de malestar en su trabajo

.....

.....

Anexo 3.

CUESTIONARIO C.B.B.
(Lidia Hernández)

Este cuestionario es totalmente anónimo, los datos tendrán un tratamiento estadístico.

Por favor, conteste las cuestiones siguientes. En las preguntas donde aparecen varias opciones de respuestas, rellene con un círculo la que corresponde.

- A. Edad años
- B. Sexo: 1. V 2. M
- C Relaciones personales :
1. Con pareja habitual 2. Sin pareja habitual
3. Sin pareja
- D. Número de hijos: hijos
- E. Estudios realizados:
1. Primaria 2. Secundaria 3. Preuniversitario
4. Universidad 5. Formación técnica
- F. Profesión (especifique sección o unidad lo más posible)
-
- G. Cargo que ocupa
- H. Situación laboral
1. Contratado 2. Fijo 3. Otros:
- I. Tiempo de experiencia en la profesión años
- J. Centro en el que trabaja.....
- K. Situación del centro
1. Estatal 2. Firmas corporativas 3. Otros.....
- L. Tiempo que lleva en el mismo centro años
- M. Tiempo que lleva en el mismo cargo años
- N. Turno:
1. Mañana 2. Tarde 3. Noche
- O. Número de horas que trabaja a la semana: horas
- P. Número de personas que atiende diariamente (promedio) personas
- Q. ¿Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo?
1. Más del 75% 2. El 50% 3. Menos del 30%
- R. Tiene que realizar labores de su trabajo en casa.
1. Si 2. No
- Cuántas horas diarias

INSTRUCCIONES:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la opción deseada, en una escala de 1 a 5, donde 1 es nunca o nada, 2 es raramente o poco, 3 es algunas veces o algo, 4 es frecuentemente o bastante y 5 es siempre o mucho

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo.	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
2. Me siento identificado con mi trabajo.					
3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.					
4. Mi jefe me apoya en las decisiones que tomo.					
5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales.					
6. Mi trabajo actual carece de interés.					
7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor.					
8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.					
9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí.					
10. Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.					
11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.					
12. Mis intereses por el desarrollo profesional son actualmente muy escasos.					
13. Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal (Dolor de cabeza, insomnio, etc).					
14. Mi trabajo es muy repetitivo.					
15. Estoy quemado por mi trabajo.					
16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo.	Nada	Algo	Bastante	Poco	Mucho
17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales.	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	En la mayoría de las ocasiones
18. Las relaciones con los usuarios de mi trabajo procuro despersonalizarlas.					
19. El trabajo que hago dista de ser el que yo hubiera querido.	Nada	Algo	Bastante	Poco	Mucho

20. Mi trabajo me resulta muy aburrido.	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuente mente	En la mayoría de las ocasiones
21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.	En ninguna ocasión	Raramente	Algunas veces	Frecuente mente	En la mayoría de las ocasiones

22. La principal causa de malestar en mi trabajo es:

.....

.....

.....

ANEXO 4

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

1.	R1	Cansancio Emocional
2.	R2	Características de la tarea
3.	R3	Despersonalización
4.	R4	Organización
5.	R5	Realización Personal
6.	R6	Tedio
7.	R7	Cansancio Emocional
8.	R8	Organización
9.	R9	Organización
10.	R10	Características de la tarea
11.	R11	Despersonalización
12.	R12	Realización Personal
13.	R13	Consecuencias del BurnOut
14.	R14	Tedio
15.	R15	Cansancio Emocional
16.	R16	Características de la tarea
17.	R17	Consecuencias del Burnout
18.	R18	Despersonalización
19.	R19	Realización Personal
20.	R20	Tedio
21.	R21	Consecuencias del Burnout

		Mean	Std Dev	Cases
1.	R1	1.8513	.9813	269.0
2.	R2	1.4461	1.0832	269.0
3.	R3	2.8401	.8153	269.0
4.	R4	2.0149	1.0437	269.0
5.	R5	2.1375	1.3326	269.0
6.	R6	1.4721	.9082	269.0
7.	R7	1.9294	.8631	269.0
8.	R8	2.0669	.9902	269.0
9.	R9	1.7844	.8497	269.0
10.	R10	1.9480	1.1833	269.0
11.	R11	2.9405	1.0057	269.0
12.	R12	1.4758	.9524	269.0
13.	R13	2.3829	1.1647	269.0
14.	R14	2.5316	1.1541	269.0
15.	R15	3.2230	1.1307	269.0
16.	R16	2.9405	1.2564	269.0
17.	R17	2.0335	1.0871	269.0
18.	R18	2.9182	1.3330	269.0
19.	R19	1.7249	1.0818	269.0
20.	R20	1.4089	.7356	269.0
21.	R21	2.4870	1.1895	269.0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Covariance Matrix

	R1	R2	R3	R4	R5
R1	.9629				
R2	-.0901	1.1734			

R3	.2149	147		
R4	.1216	198	1.0893	
R5	.3041	258	.1360	1.7758
R6	.3093	166	.0974	.5430
R7	.4111	340	.0645	.2038
R8	.1704	779	.2453	.1139
R9	.0910	960	.2122	.0484
R10	.2721	484	.2844	.4139
R11	.2710	143	.1128	.2507
R12	.2688	987	.1086	.3970
R13	.3706	853	.1697	.1412
R14	.3405	666	.0891	.4229
R15	.3281	746	.0079	.2528
R16	.3008	621	.1352	.0866
R17	.2587	584	.1189	.1819
R18	.0400	287	-.0659	.0150
R19	.3507	753	.0340	.4708
R20	.2886	358	.0275	.3092
R21	.4010	304	.1196	.3134

	R6		R9	R10
R6	.8248			
R7	.2536			
R8	.1437	1806		
R9	.1208	1772	.7220	
R10	.3791	1087	.1417	1.4003
R11	.2185	1570	.2035	.2917
R12	.3827	1688	.0955	.3756
R13	.1394	2280	.1426	.3036
R14	.2332	2330	.1262	.3151
R15	.1592	1417	-.0525	.2505
R16	.1401	2279	.2259	.1350
R17	.1521	1060	.0893	.3264
R18	.0537	0132	-.0513	-.0080
R19	.4251	2050	.1457	.2580
R20	.2838	1442	.1221	.1146
R21	.2506	2098	.1614	.2419

R E L I A B I L I T Y - S C A L E (A L P H A)

	Covar			
	R11	3	R14	R15
R11	1.0114			
R12	.2448			
R13	.2617	3566		
R14	.2556	4114	1.3320	
R15	.2148	5635	.3064	1.2784
R16	.2054	4818	.2444	.1887
R17	.2557	6401	.3030	.4888
R18	.2451	1023	.0959	.0705
R19	.2784	3856	.3968	.3153
R20	.1923	1413	.3564	.1435
R21	.3164	7009	.2849	.4917

	R16	18	R19	R20
R16	1.5785			
R17	.2371			

R18	-.0982	.1110	1.7769		
R19	.2784	.2704	.1155	1.1703	
R20	.1625	.1206	.0298	.5196	.5411
R21	.5776	.4202	.1034	.5151	.2441

R21

R21	1.4149
-----	--------

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	R1	R2	R3	R4	R5
R1	1.0000				
R2	-.0848	1.0000			
R3	.2687	.0768	1.0000		
R4	.1188	.2944	.0116	1.0000	
R5	.2326	-.0246	.0237	.0978	1.0000
R6	.3470	-.0063	.1981	.1028	.4487
R7	.4854	.0019	.2331	.0716	.1772
R8	.1754	.0625	.0965	.2373	.0863
R9	.1091	.1008	.1386	.2392	.0428
R10	.2343	.0356	.1538	.2302	.2625
R11	.2746	.0279	.2614	.1075	.1871
R12	.2876	.0467	.1272	.1092	.3128
R13	.3242	-.0028	.3005	.1396	.0910
R14	.3007	.0245	.0708	.0740	.2750
R15	.2957	.0007	.2979	.0067	.1678
R16	.2440	-.1011	.1583	.1031	.0517
R17	.2425	.0728	.1787	.1048	.1256
R18	.0306	.0176	.1184	-.0474	.0085
R19	.3304	-.0382	.0853	.0301	.3266
R20	.3999	.0090	.0596	.0358	.3154
R21	.3436	-.0418	.1344	.0963	.1977

	R6	R7	R8	R9	R10
R6	1.0000				
R7	.3235	1.0000			
R8	.1597	.2282	1.0000		
R9	.1566	.2132	.5671	1.0000	
R10	.3528	.2375	.1781	.1409	1.0000
R11	.2392	.2789	.1576	.2382	.2451
R12	.4425	.1863	.0729	.1180	.3333
R13	.1318	.3982	.1977	.1441	.2203
R14	.2224	.3188	.2038	.1287	.2307
R15	.1551	.3144	.1266	-.0546	.1872
R16	.1228	.2370	.1832	.2116	.0908
R17	.1540	.2650	.0984	.0967	.2537
R18	.0443	.0047	-.0100	-.0453	-.0051
R19	.4327	.4666	.1914	.1585	.2016
R20	.4249	.4100	.1979	.1953	.1317
R21	.2319	.4298	.1781	.1596	.1718

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	R11	R12	R13	R14	R15
R11	1.0000				
R12	.2556	1.0000			
R13	.2234	.1883	1.0000		
R14	.2202	.1832	.3060	1.0000	
R15	.1889	.2372	.4279	.2348	1.0000
R16	.1626	.1952	.3293	.1686	.1328
R17	.2339	.2080	.5056	.2415	.3977
R18	.1828	.0484	.0659	.0623	.0468
R19	.2559	.2072	.3060	.3178	.2578
R20	.2600	.2059	.1650	.4198	.1726
R21	.2645	.2426	.5059	.2075	.3656

	R16	R17	R18	R19	R20
R16	1.0000				
R17	.1736	1.0000			
R18	-.0586	.0766	1.0000		
R19	.2048	.2300	.0801	1.0000	
R20	.1758	.1508	.0304	.6530	1.0000
R21	.3865	.3250	.0652	.4003	.2790

	R21
R21	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 269.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables		
Scale	45.5576	108.4566	10.4142	21		
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.1694	1.4089	3.2230	1.8141	2.2876	.3132
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.1375	.5411	1.7769	1.2358	3.2837	.1198
Inter-item Covariances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.2014	-.1375	.7009	.8384	-5.0957	.0215
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.1868	-.1011	.6530	.7540	-6.4610	.0173

Item-total Statistics

Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted

R1	43.7063	97.4470	.5186	.3869	.8050
R2	44.1115	106.3532	.0416	.1519	.8278
R3	42.7175	102.6288	.3126	.2611	.8144
R4	43.5428	102.6446	.2233	.2157	.8188
R5	43.4201	97.4908	.3492	.2883	.8139
R6	44.0855	98.7800	.4903	.4452	.8069
R7	43.6283	98.1896	.5567	.4269	.8045
R8	43.4907	100.6613	.3430	.3823	.8131
R9	43.7732	102.4447	.3075	.4180	.8146
R10	43.6097	97.5747	.4056	.2670	.8100
R11	42.6171	98.5208	.4470	.2488	.8082
R12	44.0818	99.4485	.4265	.3097	.8094
R13	43.1747	94.9507	.5352	.4908	.8029
R14	43.0260	97.0628	.4424	.2952	.8080
R15	42.3346	97.7608	.4212	.3594	.8092
R16	42.6171	98.7894	.3239	.2431	.8149
R17	43.5242	97.6981	.4456	.3319	.8080
R18	42.6394	104.7464	.0709	.0792	.8304
R19	43.8327	95.9980	.5325	.5383	.8035
R20	44.1487	100.6196	.4944	.5439	.8084
R21	43.0706	94.7525	.5307	.4244	.8030

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Analysis of Variance

Source of Variation	Sum of Sq.	DF	Mean Square	F	Prob.
Between People	1384.1122	268	5.1646		
Within People	6702.7619	5380	1.2459		
Between Measures	1685.0005	20	84.2500	89.9963	.0000
Residual	5017.7614	5360	.9361		
Total	8086.8741	5648	1.4318		
Grand Mean	2.1694				

Reliability Coefficients 21 items

Alpha = .8187 Standardized item alpha = .8283

Anexo 5.

CUESTIONARIO C.B.B

(instrumento de medición utilizado en la presente investigación)

La profesión del médico, por sus propias características, suele estar sometida a un alto grado de estrés.

Con la finalidad de contar con datos concretos que nos puedan orientar respecto de los niveles de estrés que están presentes en nuestro personal médico, el Servicio de Psicología del Hospital Hermanos Ameijeiras solicita su cooperación, respondiendo a la encuesta y cuestionario que le fue entregado.

Queremos hacer de su conocimiento que su participación en esta investigación es de carácter totalmente anónimo y para fines estadísticos. Asimismo, les informamos que desde luego se cuenta con el apoyo y autorización del Director de esta Institución.

Consideramos que su ayuda será de gran utilidad, ya que los resultados del presente estudio nos permitirán tomar las medidas preventivas necesarias para el mejoramiento y optimización de nuestros servicios asistenciales.

Muchas gracias por su colaboración.

ENCUESTA

Por favor, conteste las siguientes cuestiones. En las preguntas donde aparecen varias opciones de respuestas, marque con un círculo aquella que fue de su preferencia.

A) Edad: años

B) Sexo: 1. F 2. M

C) Relaciones personales

1. Con pareja habitual 2. Sin pareja habitual 3. Sin pareja

D) Número de hijos: hijos

E) Profesión:

1. Médico Especialista 2. Residente

F) Especifique especialidad:

G) Tiempo que lleva ejerciendo su profesión: años

H) Turno de trabajo: 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche

I) Número de horas que trabaja a la semana: horas

J) Realiza guardias a la semana. 1. Si Número de días: días 2. No

K) Número de personas que atiende diariamente (promedio): personas

L) ¿Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción directa (cara a cara) con los pacientes?

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

M) Tiene que realizar labores de su trabajo en casa

1. Si 2. No 3. Algunas veces

¿Cuántas horas diarias? horas

**Cuestionario C.B.B.
Instrucciones.**

Estimado Especialista:

A continuación le formulamos una serie de preguntas para que exprese su respuesta rodeando con un círculo o marcando con una cruz, la opción deseada.

Cada pregunta puede responderse en una escala de 1 a 5, donde:

1. Corresponde a: en ninguna ocasión.
2. Corresponde a: raramente o poco.
3. Corresponde a: algunas veces o algo.
4. Corresponde a: frecuentemente o bastante.
5. Corresponde a: siempre o mucho.

	En ninguna ocasión	Raramente o poco	Algunas veces	Frecuente- mente	Siempre
1.- En general estoy más bien harto de mi trabajo.	1	2	3	4	5
2.- Me siento identificado con mi trabajo.	1	2	3	4	5
3.- Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.	1	2	3	4	5
4.- Mi jefe me apoya en las decisiones que tomo.	1	2	3	4	5
5.- Desde el punto de vista personal, mi trabajo profesional no me motiva lo suficiente en la actualidad.	1	2	3	4	5
6.- Mi trabajo actual carece de interés.	1	2	3	4	5
7.- Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor.	1	2	3	4	5
8.- Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.	1	2	3	4	5
9.- Las relaciones humanas que establezco en el trabajo me resultan satisfactorias.	1	2	3	4	5
10.- Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.	1	2	3	4	5
11.- Las personas a quien tengo que atender, reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.	1	2	3	4	5
12.- Mi interés por el desarrollo profesional es escaso actualmente.	1	2	3	4	5
13.- Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud (dolor de cabeza, insomnio, pérdida de apetito, etc.)	1	2	3	4	5
14.- Mi trabajo es muy repetitivo.	1	2	3	4	5
15.- Me siento estresado por mi trabajo.	1	2	3	4	5
16.- Me gusta el ambiente y las condiciones físicas de mi trabajo.	1	2	3	4	5

17.- El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales.	1	2	3	4	5
18.- Procuro no involucrarme emocionalmente con los usuarios de mi trabajo.	1	2	3	4	5
19.- El trabajo que realizo se aleja de lo que yo hubiera deseado.	1	2	3	4	5
20.- Mi trabajo me resulta muy aburrido.	1	2	3	4	5
21.- Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.	1	2	3	4	5

22.- La(s) principal(es) causa(s) de malestar en mi trabajo son:

.....

.....

23.- ¿Hay alguna idea en particular que Ud. Quisiera agregar acerca de la temática propuesta?

.....

.....

.....

.....