

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al  
requisito curricular conforme O.C.S. N° 143/89

Título:

**“SALUD MENTAL Y TRABAJO”.**  
**ESTUDIO EXPLORATORIO DEL SÍNDROME DE**  
**BURN-OUT EN HOSPITAL PUBLICO.**

**Autores:**

**Cascardo Natalia Matricula: 4406/98 D.N.I.: 27.111.367**

**Longo Diego Matricula: 3799/96 D.N.I.: 26.600.610**

**Videla Maria Amalia Matricula: 4886/99 D.N.I.:11.082.364**

**Supervisora: Lic. Haydée Oggero**

**Cátedra de radicación: Seminario de Introducción a la Psicología  
económica.**



**Mar del Plata**

**Año 2005**

N.º CLASIFICACION	ADQUISICION
TRG C	
	N.º INVENTARIO
	936

## **Uso del trabajo de investigación**

Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Cascardo Natalia Matricula 4406/98 D.N.I. 27.111.367, Longo Diego Matricula: 3799/96 D.N.I.: 26.600.610, Videla Maria Amalia Matricula: 4886/99 D.N.I.:11.082.364, de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.

### Aprobación de la supervisora

La que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por los alumnos Cascardo Natalia Matricula 4406/98 D.N.I. 27.111.367, Longo Diego Matricula: 3799/96, D.N.I.:26.600.610, Videla Maria Amalia Matricula: 4886/99 D.N.I.11.082.364, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de los contenidos, en el mes agosto de 2005.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Haydée Oggero', written over a horizontal dotted line.

Haydée Oggero

Supervisora

## Informe de la supervisora

Dejo constancia que el trabajo de investigación aquí presentado con el título “**Salud Mental y Trabajo** *Estudio Exploratorio del Síndrome de Burn-Out en Hospital Público*” fue realizado por los alumnos Diego Longo, Natalia Cascardo y María Amalia Videla.

Los alumnos han trabajado con suma responsabilidad, cumpliendo con los objetivos especificados en el Plan de Trabajo oportunamente aprobado por la Secretaría de Investigación.

Fue un escollo que se debió enfrentar el hecho de que tanto el trabajo de campo como la residencia de los alumnos fuera en otra ciudad, pero fue posible resolverlo existosamente.

La planificación diseñada pudo ser llevada a cabo y se han logrado abordar el problema en estudio.

Dada la temática sobre la que se ha trabajado, se recomienda el uso de este informe como material de consulta de la cátedra de Psicología laboral, en especial para las clases prácticas y el trabajo de campo.

El informe escrito da cuenta clara de todo el proceso y ha sido elaborado siguiendo las pautas formales que estipula la reglamentación vigente.



Haydée A. Oggero

### **Presentación ante la Comisión Asesora**

Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de investigación presentados por los alumnos Cascardo Natalia Matricula 4406/98 D.N.I. 27.111.367, Longo Diego Matricula: 3799/96, D.N.I.:26.600.610, Videla Maria Amalia Matricula: 4886/99 D.N.I.11.082.364.

Fecha de aprobación..... de ..... de 2005

## INDICE GENERAL

Portada	I
Uso del trabajo	II
Aprobación de la Supervisora	III
Evaluación de la Supervisora	IV
Evaluación de la Comisión Asesora	V
Indice General	VI
Indice de Tablas	IX
Indice de Gráficos	X
Plan de trabajo	XI

Título: "Salud Mental y Trabajo"  
Estudio Exploratorio del  
Síndrome de Burn-Out en Hospital Público

### CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN	2
--------------	---

### CAPÍTULO II

MARCO TEORICO	5
2.1 Situación actual: Precarización laboral	6
2.2 Relación hombre- trabajo.	8
2.3 La salud mental	9
2.4 Sobre la denominación del Síndrome.	11
2.4.1 Antecedentes.	12
2.4.2 El síndrome, sus consecuencias y síntomas asociados.	18

2.4.3	Desencadenantes del síndrome en los profesionales de la salud	18
2.4.4	Grupos profesionales con riesgo para la salud mental	23
2.5	Factores del individuo en el Síndrome de Burn-Out	23
2.5.1	Las variables sociodemográficas.	23
2.5.2	Características intrínsecas del individuo	24
2.5.3	La personalidad resistente.	24
2.5.4	Características del individuo vulnerable.	26
2.5.5	Las variables personales profesionales	27
2.5.6	Sobre características en los profesionales de salud	29
<b>CAPÍTULO III</b>		
	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>30</b>
3.1	Objetivos.	31
3.2	Recolección de datos	31
3.3	Descripción de la Escala utilizada	32
3.4	Presentación de la muestra	32
3.5	Descripción de la muestra	33
3.6	Presentación de los datos.	35
<b>CAPÍTULO IV</b>		
	<b>INTERPRETACION DE DATOS</b>	<b>39</b>
4.1	Comparación de las medias según profesiones en las tres escalas.	40
4.2	Comparación de las medias según género.	41
<b>CAPÍTULO V</b>		
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO I</b>		<b>54</b>

	<b>MATRIZ DE DATOS</b>	
<b>ANEXO II</b>		<b>57</b>
	<b>SUMA DE CADA ESCALA POR SUJETO</b>	
<b>ANEXO III</b>		<b>59</b>
	<b>INSTRUMENTO</b>	

## INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Composición de la muestra según género	33
Tabla N° 2. Composición de la muestra según profesión	33
Tabla N°3. Composición de la muestra según su Posición Jerárquica	33
Tabla N°4. Composición de la muestra según el Nivel Educativo	34
Tabla N°5. Composición de la muestra según la Situación Laboral	34
Tabla N°6. Composición de la muestra según la cantidad de horas dedicadas diariamente a su trabajo	34
Tabla N°7. Composición de la muestra según la antigüedad de los entrevistados en su puesto de trabajo	34
Tabla N°8. Composición de la muestra según edades	34
Tabla N°9. Valores hallados por escala	35
Tabla N° 10 Media por escala de la muestra total	36
Tabla N° 11 Comparación de las medias de cada escala según profesión.	37
Tabla N° 12 Comparación de las medias de cada escala según género	37

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1	
Comparación de las medias según profesiones en las tres escalas.	40
Gráfico N° 2	
Comparación de las medias según género.	41

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION – REQUISITO CURRICULAR**

**PLAN DE ESTUDIOS O. C. S. 586/85 – O. C. S. 143/89**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS.</b>	<b>DNI</b>	<b>MATRICULAS.</b>
<i>Cascardo, Natalia</i>	27111367	4406/98
<i>Longo, Diego Hernán</i>	26600610	3799/96
<i>Videla, María Amalia</i>	11082364	4886/99

**CATEDRA DE RADICACION:** *Seminario de Introducción a la Ps. Económica.*

**SUPERVISORA:** *Lic. Haydée Oggero.*

**TITULO DEL PROYECTO.**

***“Salud Mental y Trabajo”.***  
***Estudio Exploratorio del Síndrome de Burnout en Hospital Público.***

## **DESCRIPCION RESUMIDA.**

El Síndrome de Burnout se presenta como un síndrome de estrés crónico, cuando se desequilibran las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario; afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros que están en una situación de necesidad o dependencia, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo.

En el presente estudio se pretende realizar una investigación exploratoria destinada a relevar la incidencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial del Hospital Municipal "Dr. Marino Casano" de la Ciudad de Miramar, Pcia. de Buenos Aires. La exploración se realizará en base a un cuestionario sociodemográfico; a la aplicación Maslach Burnout Inventory (MBI), a entrevistas y observación.

La muestra con la que se trabajará es de tipo intencional y se estima compuesta de aproximadamente 25 personas.

**PALABRAS CLAVES:** Trabajo- Síndrome de Burnout – Estrés laboral crónico – Profesionales de Salud – Hospital Municipal

## **DESCRIPCION DETALLADA.**

### Motivos y Antecedentes.

Salud y Trabajo se definen como conceptos íntimamente relacionados. El trabajo, en tanto actividad exclusivamente humana, tiene entre sus objetivos el de alcanzar niveles de productividad de orden económico. El trabajo participa en la construcción de la identidad psicológica y social del trabajador.

En la Argentina asistimos a un proceso de transformación socioeconómica sin precedente, donde los cambios en el proceso productivo y las reformas legislativas en el ámbito laboral tuvieron y tienen repercusiones en la salud de los trabajadores.

Crisis económica, precarización laboral y efectos sobre la salud mental de los trabajadores guardan relación. El malestar se vincula con una serie de circunstancias en las que la re-definición de lo público tiene un particular protagonismo, ya que la globalización económica y los cambios culturales que conlleva el modelo de vida, implican a nivel individual y social un "replanteo subjetivo de los proyectos" de vida (Galende, 1996); y en este plano, los cambios acontecidos en el periodo de reforma tienen efectos sobre la salud mental de los sujetos sociales, en tanto el individuo se ve sometido a fuerzas que deciden sobre aspectos esenciales de su vida como su trabajo, su ingreso, su cultura, etc., al mismo tiempo que lo responsabiliza de los impedimentos y fracasos en la concreción de su proyecto de vida.

Si bien, según Dejours, el sufrimiento pre-existe a la situación de trabajo, e impulsa al sujeto al mundo y al ámbito laboral en busca de condiciones para la realización del sí mismo; el encuentro con situaciones laborales conflictivas puede incrementar la intensidad de dicho sufrimiento, presentándose como un estadio intermedio de un proceso que tiene como punto de partida la salud y como final la enfermedad. Consideramos que si bien responde a la lógica de la época, en la actualidad el debilitamiento de los lazos de solidaridad y protección propician el surgimiento de vivencias de inestabilidad e indefensión frente a los cambios.

En la actualidad, la mayoría de los profesionales de la salud pública ve afectado su quehacer profesional en dos frentes. Por un lado, no resultaron exentos de los cambios en la situación laboral; se encuentran en mayor medida

dentro de la categoría de asalariados, contratándose los de modo inestable, situación ésta que afecta al proyecto de vida en sí mismo en tanto provoca un estado de temporalidad inmediata, obligando al profesional a vivir al día. Por otro, el sector público de salud aparece como receptor natural de la población que vio descender su nivel de ingreso, encontrando restringido el acceso al sistema de salud privado de medicina prepaga; debiendo así, el sector público de salud asistir con iguales y hasta menores recursos a un número cada vez mayor de personas.

La progresiva precarización de las condiciones de trabajo y el desfinanciamiento del sector público de salud en la hegemonía neoliberal, contribuyen a aumentar las tensiones específicas del quehacer hospitalario. La relación con el sufrimiento, la angustia, la enfermedad y la muerte, aumentan las cargas destructivas, en detrimento de las gratificaciones libidinales y la valoración de las prácticas de salutíferas. (Lodieu D, 2000)

Es decir, el nuevo contexto produjo un fuerte impacto en las condiciones y medio ambiente de trabajo con marcado correlato en la salud de los trabajadores, tanto de la población en general como de los trabajadores en salud pública en particular. Distintas investigaciones señalan la aparición de enfermedades a edades cada vez más tempranas en los profesionales de la salud.

Pérez Jáuregui (2001) señala entre sus causas principales:

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

Podemos considerar al Síndrome de Burnout como una resultante de las anteriores consideraciones, eje central de nuestro trabajo.

Se trata de un Síndrome clínico descrito en 1974 por Freunderberger, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

Posteriormente, la psicóloga social Christina Maslach (1981, 1984, 1986) estudió la forma en que las personas se enfrentaban a la excitación emocional en su trabajo, llegando a conclusiones similares a las de Freunderberger. Estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de "Sobrecarga emocional" o Síndrome del Burnout (quemado).

En un trabajo realizado por Ana Redondo, que intenta realizar una delimitación conceptual del Síndrome a través de un rastreo bibliográfico, sostiene que "Si bien no existe una definición única del Burnout, sobre lo que los diferentes autores están de acuerdo es de que se trata de una respuesta del individuo al stress laboral crónico". No existe una unidad de criterio sobre qué es el Síndrome de quemarse por el trabajo, en tanto algunos autores lo diferencian del stress, atribuyendo su carácter exclusivo en profesiones asistenciales, en tanto el stress laboral podría ocurrir a cualquier profesional. No obstante, Peiró (1997) lo describe como "experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto, dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización". (citado por Redondo A)

"El corto tiempo que lleva el síndrome como objeto de investigación psicosocial, ha favorecido esta situación ya que no existe unidad de criterio sobre qué es el síndrome de quemarse por el trabajo, qué variables agrupa, en qué tipo de profesionales se desarrolla y en cuales no, y cómo se desarrolla." (Redondo). En la delimitación conceptual del síndrome se pueden diferenciar dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. Mientras que la primera entiende el síndrome de quemarse por el trabajo como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del stress laboral haciendo alusión a la experiencia de

agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios; la segunda perspectiva considera al Burnout como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. Asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada. Se presenta con agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo.

El parecido del Síndrome de Burnout con el estrés laboral ha sido la crítica central. De hecho, Maslach (1981) y Freunderberger (1974) consideran al Síndrome de Burnout como una prolongación del estrés laboral debido a la excesiva demanda de recursos personales, suponiendo que el estrés es caracterizado por una generalización del estado anímico de la persona (depresión o ansiedad) en todas las situaciones de vida. Una discriminación más precisa sostiene que el Síndrome de Burnout es el proceso latente de erosión psicológica producido por una prolongada exposición a estrés laboral, haciendo por tanto una diferencia entre estrés y Síndrome de Burnout. Este último se referiría al quiebre en el proceso de adaptación al empleo que va acompañado de síntomas multifuncionales crónicos, síntomas disfóricos, que pueden ser similares a los registrados en el síndrome de la depresión.

Corsi sostiene que "La diferencia fundamental entre el estrés simple y el Síndrome de Burnout es que, mientras que el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el Burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso".

Rodríguez (1995), señala que desde la perspectiva psicosocial, el Síndrome de Burnout no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre los profesionales y los usuarios de los servicios.

La atención al paciente es la primera causa desencadenante; como señala Corsi, éstos "adoptan, como parte de su cuadro, una conducta de adherencia, dependiente y demandante hacia quienes tienen a su cargo, la atención médica, psicológica, legal o social de las mismas. Por lo tanto, es una de las actividades que vuelven más vulnerables a las personas que tienen a su cargo dicha tarea asistencial." El sufrimiento profesional se originaría por la

identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

En el ámbito laboral sanitario, las principales fuentes de Burnout que más se detectan en relación al desempeño del rol profesional son los siguientes: cuidado de los pacientes, ambigüedad de roles, conflictos de grupo, sobrecarga de trabajo, falta de autonomía, relación con los compañeros, relación con los superiores y el trato con los familiares de los pacientes.

Identificar los desencadenantes y facilitadores del Burnout es una tarea de gran complejidad, ya que virtualmente cualquier situación crónica molesta del entorno laboral puede ser un estresor y por lo tanto un desencadenante del síndrome. Sin embargo es posible identificar conjuntos estimulares donde se combinan elementos del contexto y condiciones personales, que con frecuencia producen estrés y llevan a la experiencia de quemarse en los profesionales.

Siguiendo la línea original, según la cual el Burnout puede afectar a todas las profesiones asistenciales, es que hemos decidido realizar este trabajo con profesionales de la salud que se desempeñan en el ámbito del Hospital Municipal de la ciudad de Miramar, entendiendo el Síndrome como un proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal; aspectos mensurables en las tres subescalas del "Maslach Burnout Inventory" (MBI).

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales como maestros (Iwanicki y Schwab, 1981) profesionales de enfermería y personal sanitario (Maslach y Jackson, 1986), trabajadores sociales (Koeske y Koeske, 1989) y farmacéuticos (Lahoz y Mason, 1989), entre otros.

#### Objetivos.

##### Objetivos Generales.

- Evaluar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial del Hospital Municipal "Dr. Marino Casano" de la ciudad de Miramar.

### Objetivos Específicos.

- Detectar el Síndrome de Burnout en médicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales de la salud del Hospital Municipal de la ciudad de Miramar.
- Verificar si aparecen diferencias en los valores de las tres dimensiones de la Escala Maslach entre los trabajadores de diferentes servicios/puestos.
- Establecer diferenciales por género y profesión.

### Métodos y Técnicas.

El instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el Síndrome de quemarse por el trabajo, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, es el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) (Maslach y Jackson 1981/1986). Es también uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado. Este instrumento está formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores ortogonales que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34.

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9.

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

2. **Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

El instrumento no permite medir los procesos individuales de desencadenamiento del Burnout y de su evolución, ya que el individuo sólo se

da cuenta cuando está en extremo agotado y presenta problemas con su rendimiento laboral.

#### Determinación de la muestra:

Se estima trabajar con una muestra de aproximadamente 25 personas que forman parte del personal asistencial del Hospital Municipal.

#### Lugar De Realización Del Trabajo.

Hospital Municipal "Dr. Marino Casano" de la ciudad de Miramar, Pcia. de Buenos Aires, cito en Diagonal JM Dupuy 1550

#### Cronograma De Actividades.

- 1- Definición del Problema.
- 2- Búsqueda bibliográfica y del estado de las investigaciones sobre el tema.
- 3- Selección del instrumento, redacción del cuestionario de datos sociodemográficos
- 4- Contacto con la Institución, presentación y solicitud de autorización para llevar a cabo el proyecto.
- 5- Aplicación del instrumento.
- 6- Recolección de datos.
- 7- Procesamiento e interpretación de datos.
- 8- Elaboración de conclusiones.
- 9- Elaboración y redacción del Informe Final.
- 10- Presentación del Informe Final.

Actividades	Diciembre	Enero/Febrero	Marzo	Abril	Mayo
1	X				
2	X				
3	X				
4	X				
5		X			
6			X		
7			X	X	
8				X	
9				X	
10					X

### Bibliografía.

BARRIA MUÑOZ, J. (2002): " Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile". PSIQUIATRIA.COM. 6(4)

CORSI, JD. "El Síndrome de Burnout en Profesionales Trabajando en el Campo de la Violencia Doméstica.

DEJOURS, C (1998)."De La Pena en el Trabajo". En "Organización del trabajo y salud". Editorial Lumen. Bs.As.

GALENDE, E (1996):"De Un Horizonte Incierto. Psicoanálisis Y Salud Mental En La Sociedad Actual". Ed. Paidos. Bs.As.

LOUDIE, MT. KOLODITZKY, D. y OTROS (2000) Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos.

NIETO, H. (2002): "Relación entre Salud y Trabajo". En "Competitividad y Salud Ocupacional", Ed. La Colmena.

PÉREZ JÁUREGUI, MI. (2001) El "Síndrome de Burn out" ("quemarse" en el trabajo) en los profesionales de la salud: Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, Año II, No. 5. [www.ssalvador.edu.ar/ual](http://www.ssalvador.edu.ar/ual)

PÉREZ SAN GREGORIO, M; RODRIGUEZ, M; CORPA, A: (2003) "Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los Equipos de Trasplantes" Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace C. Med. Psicosom, N° 66.

REDONDO, A: Delimitación Conceptual, Diagnostico y Prevención Del "Síndrome de Quemarse por el trabajo" (Burnout). Trabajo presentado en el V CONGRESO NACIONAL DE PSICODIAGNOSTICO y XII JORNADAS NACIONALES DE A.D.E.I.P.

RUEDA CASTILLO, Joaquín: "Estar quemado profesionalmente ¿quién cuida a los cuidadores?"

SALINAS-OVIEDO C, LAGUNA-CALDERÓN J, MENDOZA-MARTÍNEZ MR. (1994) "La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica." Salud Pública Mex;36:22-29.

TURNES, A. (2002): "La Salud Mental, el Medico y los Profesionales de la Salud" El Diario Medico. Uruguay. Disponible en [www.smu.org.uy/eldiariomedico](http://www.smu.org.uy/eldiariomedico).

TORRAS, M<sup>a</sup> T; BERNAD, J.A; OTROS (2001-2002): " Importancia de la detección del Síndrome de Burnout en la asistencia primaria" Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace N° 60 / 61.

**Firma de los Alumnos:**

  
.....  
*Cascado, Natalia*  
DNI 27111367  
Mat. 4406/98

  
.....  
*Longo, Diego Hernán*  
DNI 26600610  
Mat. 3799/96

  
.....  
*Videla, María Amalia*  
DNI 11082364  
Mat. 4886/99

**Firma de Supervisor**

  
..... 11/11/04  
*Lic. Haydée Oggero.*

**PI/ área de investigación :** .....

**Resultado de la evaluación: aprobado/ desaprobado**



**Fecha:** 29.11.04 - .....

**“Salud Mental y Trabajo”  
Estudio Exploratorio del  
Síndrome de Burn-Out en Hospital Público**

Autores:

Cascardo, Natalia

Longo, Diego

Videla, María Amalia

Año 2005

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

## 1. INTRODUCCION

La presente investigación se realiza con el objetivo de cumplir con el requisito curricular correspondiente a la carrera Licenciatura en Psicología.

Este trabajo parte de la importancia que se concede en la actualidad al síndrome de Burn-Out, cuadro psicológico que aparece en las profesiones de ayuda, entre las que se encuentran las sanitarias, como respuesta a factores estresantes de la propia actividad vinculados con la relación interpersonal. Diversas fuentes nos hablan de la prevalencia del síndrome entre el personal sanitario, más concreto entre los médicos afectando hasta a un 70% de la población de salud. Este síndrome tiene importantes consecuencias tanto en la salud de los profesionales que la sufren como en la calidad de la atención que pueden prestar a sus pacientes. Podemos pensar que cada vez más con el paso del tiempo las personas serían más susceptibles de desarrollar este tipo de síndrome si no se trabaja desde ahora para su prevención.

Existen factores que son inherentes al trabajo clínico, tales como los derivados de la confrontación con el sufrimiento humano, la enfermedad, la invalidez y la muerte.

Agregado a esto, podemos pensar en las condiciones laborales de Argentina que se han visto deterioradas por la implementación de leyes de flexibilización laboral y el creciente desempleo de los últimos años. En este contexto las condiciones laborales de los trabajadores en general y la de los trabajadores en salud en particular, han sufrido un embate a partir de las sucesivas reducciones de sueldos, de la mayor cantidad de horas de trabajo, de la explotación a las que muchas veces los trabajadores se ven sometidos debido a los recortes presupuestarios para salud.

Esto que se observa es consecuencia de la crisis socioeconómica y política por la que ha atravesado este país en detrimento de las instituciones de asistencia médica colectiva: esto se hace sentir sobre la pérdida del trato humanitario y el deterioro de la calidad asistencial.

Para la confección de este trabajo se realizó una intensa búsqueda bibliográfica, esto permitió determinar con claridad el contenido del concepto de "Síndrome de Burnout". Posteriormente se produjo la planificación y diseño de investigación para cuya implementación metodológica se seleccionó el "Maslach Burnout Inventory" (MBI)(1986).

Este estudio fue realizado en el Hospital Municipal de agudos Dr. Marino Cassano de la ciudad de Miramar. El objetivo principal es evaluar la presencia del síndrome de Burn-Out en el personal asistencial del Hospital Municipal; detectar el síndrome en médicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales de la salud; verificar si aparecen diferencias en los valores de las tres dimensiones de la Escala Maslach entre los trabajadores de diferentes servicios-puestos; establecer diferencias por género y profesión.

Se quiere destacar que este trabajo fue posible debido a que se nos abrieron las puertas del Hospital Municipal y a la colaboración de las personas encuestadas respondiendo amablemente al requerimiento de los autores.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

## **2.- Marco Teórico.**

A partir del recorrido bibliográfico realizado expondremos a continuación lo que se considera más relevante a fin de definir los términos teóricos sobre los cuales nos hemos focalizado para llevar a cabo la investigación partiendo de las condiciones del mercado laboral actual.

### **2.1- Situación actual: Precarización laboral**

Las condiciones de trabajo han sufrido modificaciones importantes a partir del proceso de reforma del Estado, en tanto la génesis del mismo se sostiene en cambios del modelo de acumulación vigente, los cuales afectan la concepción de trabajo que sostenía el modelo del Estado Benefactor, resultando en la pérdida de las “protecciones cercanas” (Castell, 1996) y el debilitamiento de los lazos de solidaridad entre los individuos como producto de la implantación de una cultura de lo aleatorio, la cual arroja al trabajador hacia la necesidad de replantear continuamente su identidad social relativa a la inserción laboral, en tanto el trabajo se torna precario.

La precarización laboral se define por los cambios que sufren: los modos de contratación predominantes (efectividad vs. temporalidad), la fluctuabilidad del salario (asociado ahora a indicadores de productividad y a la variabilidad de la demanda) y al debilitamiento de las políticas de protección social (cobertura social limitada, despidos compulsivos, redefinición de las indemnizaciones, retiros anticipados), favoreciendo el “desdibujamiento” (Castell, 1996) del trabajador el cual, sujeto a las imposiciones del empleo, debe estar continuamente dispuesto a ajustarse a las demandas del mercado laboral.

En este sentido, la precarización laboral se conforma, junto al desempleo, en proceso central que define las nuevas condiciones de trabajo a nivel mundial.

En este contexto emerge con mayor claridad el problema del malestar, percepción subjetiva que se define como tal en tanto entraña un estado de tensión, producto de la inadecuación entre el deseo y las expectativas del sujeto con las posibilidades que la sociedad le brinda para su realización, situación que lejos de constituir un estado patológico forma parte de la cotidianeidad del sujeto en la cultura. Freud se refiere al malestar en estos términos, considerando que el mismo puede virar hacia un estado de bienestar (asociado a la disminución de la tensión psíquica que lo produce y al encuentro con situaciones que promueven la felicidad) o bien hacia el sufrimiento subjetivo, en tanto se vea dificultada la elaboración de sus determinantes. (Freud, 1973)

Ahora, el malestar se vincula con una serie de circunstancias en las que la re-definición de lo público tiene un particular protagonismo, ya que la globalización económica y los cambios culturales que conlleva el modelo de vida, implican a nivel individual y social un " replanteo subjetivo de los proyectos" (Galende, 1996) y en este plano, los cambios acontecidos en el periodo de reforma tienen efectos sobre la salud mental de los sujetos sociales, en tanto el individuo se ve sometido a fuerzas que deciden sobre aspectos esenciales de su vida como su trabajo, su ingreso, su cultura, etc., al mismo tiempo que lo responsabiliza de los impedimentos y fracasos en la concreción de su proyecto de vida.

Crisis económica, precarización laboral y efectos sobre la salud mental de los trabajadores guardan relación, afectando las relaciones interpersonales entre los trabajadores:

En la actualidad, la mayoría de los profesionales de la salud presentan la categoría de asalariados, contratándose de modo inestable. Esta situación de inestabilidad afecta al proyecto de vida en sí mismo en tanto provoca un estado de temporalidad inmediata, obligando al profesional a vivir al día. El progreso vinculado al trabajo deja de tener un papel central en la construcción del mismo impidiendo construir una perspectiva de futuro consistente e incrementando los niveles de sufrimiento subjetivo.

Si bien este sufrimiento pre-existe a la situación de trabajo, el encuentro con situaciones laborales conflictivas puede incrementar su intensidad (Dejours, 1998) presentándose como un estadio intermedio de un proceso que tiene como punto de partida la salud y como final la enfermedad, la cual comprende la percepción del síntoma hasta la enfermedad clínicamente diagnosticada y clasificada nosológicamente

La angustia pasa a ser el rasgo distintivo del trabajador. Esto se debe, sintetizando lo expuesto, a la repercusión de los cambios laborales en la salud mental que tiene aspectos negativos tales como los disturbios psíquicos originados en las características del trabajo; el trabajo pasó a ser un vínculo transitorio e inestable, la seguridad laboral ya no existe y la falta de trabajo compromete la dignidad humana.

## **2.2- Relación hombre- trabajo.**

Se entiende el trabajo como una actividad que además de la subsistencia otorga al individuo la posibilidad de crecer y realizarse en relación al medio ambiente al que modifica y por medio del cual él mismo se modifica.

Las consecuencias psicológicas del trabajo son:

- Impone una estructura de tiempo definida durante los días hábiles;
- Obliga al establecimiento de vínculos extrafamiliares;
- Establece metas que exceden las individuales y que obligan a la acción conjunta para obtenerlas;
- Confiere estatus e identidad social;
- Fuerza a las personas a tener más o menos actividades.

Salud y trabajo se definen como conceptos íntimamente relacionados. El trabajo, en tanto actividad exclusivamente humana, tiene entre sus objetivos el de alcanzar niveles de productividad de orden económico. Pero el trabajo es más que el empleo ( Neffa, 1996) participa en la construcción de la

identidad psicológica y social del trabajador y en este sentido se constituye en proceso social básico ( Laurell, 1993)

Así el reconocimiento por el trabajo actúa como motor de vivencias de satisfacción y placer mientras que el déficit o la inexistencia de éste, como fuente de displacer y malestar, obstaculizando la construcción de una identidad firme y fragilizando la posibilidad de crear un proyecto de vida sostenido.

Las relaciones existentes entre salud y trabajo comprenden un sin número de aspectos.

Generalmente se ha estudiado esta relación desde una perspectiva tradicional, que centra su enfoque en la enfermedad, aportando de este modo una visión parcial sobre el tema, centrándose en las categorías de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, entendidos como alteraciones de la esfera biológica de la salud que surgen a consecuencia de la exposición a riesgos tangibles como tóxicos, polvo, humo o ruido.

Pero existe otro amplio campo de fenómenos que afectan la salud de los trabajadores, los cuales se vinculan a procesos sociales y psicológicos y que no siempre se manifiestan en daños materiales. Estos pueden alterar la vida cotidiana y limitar las posibilidades de desarrollar una vida productiva, tanto en el ámbito laboral como extralaboral.

### **2.3- La salud mental**

Hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental. Es un concepto muy cargado de valor, y no es probable que se llegue a una definición unánime de él.

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de Salud en los siguientes términos:

“estado de completo bienestar físico, mental y social. No consiste solamente en ausencia de enfermedad.”

Esta definición presenta la ventaja de considerar la salud no en términos negativos y de asociar el estado físico a condiciones mentales y sociales. Sin embargo, resulta algo estática dado que la salud no es algo estático sino un proceso multidimensional, una situación construida, una suerte de equilibrio activo que incluye la propia interioridad del sujeto, su relación con el medio natural, familiar y social.

Al igual que el concepto de salud, la salud mental se define como:

- Un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivo o negativos;
- Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental);
- El resultado de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso.

La salud mental puede asociarse también a:

- Características de la persona como los "estilos de afrontamiento": la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras.

Así pues, la salud mental se conceptualiza no sólo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

La salud mental estaría determinada por las características del entorno, tanto fuera, como dentro del campo profesional, y por las características propias del individuo.

Los precursores de la (mala) salud mental son, en general, de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido del trabajo, así como con las

condiciones de trabajo y de empleo y con las relaciones (formales e informales) en el trabajo.

#### **2.4- Sobre la denominación del Síndrome.**

Como señala Gil-Monte la denominación de los fenómenos es un referente fundamental para comprenderlos y caracterizarlos. Diferentes denominaciones para un mismo fenómeno, puede llevar a la idea de que se trabaja sobre cosas diferentes y puede generar un debate de partida sobre cuál es la denominación más acertada. En el caso del síndrome de quemarse por el trabajo en lengua española, una revisión de la literatura realizada por este autor revela al menos diecisiete denominaciones diferentes en español para el fenómeno, si bien algunas de ellas presentan una gran similitud. Considerando ese grado de similitud las denominaciones pueden ser clasificadas en tres grupos:

*"a) denominaciones que toman como referencia para la denominación en español el término original anglosajón burnout (v.g., síndrome del quemado),*

*b) denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología (v.g., desgaste profesional, síndrome de cansancio emocional) y,*

*c) estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral (v.g., estrés laboral asistencial, estrés profesional )."*

De las denominaciones propuestas Gil-Monte recomienda utilizar el término a) síndrome de quemarse por el trabajo para aludir al *burnout syndrome*, ya que reconoce en ella la ventaja de ayudar a la comprensión del fenómeno. Fundamenta dicha ventaja en las razones que se enuncian a continuación:

*"a) da información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas, b) nos informa sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado de la patología, c) desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador con lo que se evita estigmatizar al trabajador,*

d) se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial y, e) permite diferenciar el fenómeno de otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo no deseables como el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga, ansiedad, etc."

La quemadura interna que caracteriza a la enfermedad consiste en el agotamiento de los recursos físicos y mentales que sobreviene tras un esfuerzo desmesurado por alcanzar un fin irrealizable, que uno se había fijado o que los valores de la sociedad habían impuesto.

#### **2.4.1- Antecedentes.**

Fue a mediados de los años '70 cuando se hace alusión por primera vez al fenómeno de Burn-Out. Freudenberguer (1974) comenzó a observar una serie de manifestaciones de agotamiento en los psicoterapeutas de una clínica y utilizó este término para explicar el proceso de deterioro en los cuidados profesionales a los usuarios.

No existe una definición unánimemente aceptada de burnout, pero cada vez existe mayor consenso en considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Las autoras Maslach y Jackson (1981) fueron las primeras en emplear públicamente el término burnout para referirse a una situación que cada vez se hacía más notoria entre aquellas personas que por la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y continuado con personas, y que después de meses o años de dedicación acababan por estar desgastados profesionalmente, es por esto, que desde un primer momento se asocia al burnout con un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda. Las mismas autoras, antes mencionadas, han establecido una de las definiciones del estrés laboral asistencial más aceptadas: "*respuesta inadecuada a un estrés*

*emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar”.*

Aquí vemos como las autoras establecen una relación causal entre los dos aspectos, el de inadecuación al trabajo y el de la sintomatología psicofísica, afirmando que ambos son imprescindibles para definir el burnout. Una de las primeras claves del síndrome es el incremento del *cansancio emocional*. Cuando la fuerza o capital emocional se va consumiendo, el profesional ve como se vacía su capacidad de entrega a los demás, tanto desde un nivel personal como psicológico.

Otro aspecto del síndrome es la *despersonalización*, es decir, la aparición de unos sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca del sujeto con el que trabaja.

Este proceso de endurecimiento, o incluso de deshumanización, en relación con sus casos lleva a los profesionales a considerar que esas personas son algo o bastante merecedoras de sus problemas. El desarrollo de la despersonalización aparece relacionado con la experiencia del agotamiento emocional.

Un tercer aspecto es la reducción de la *autorrealización personal*. Esto implica la tendencia a evaluarse negativamente, y surge de modo especial cuando el profesional trabaja con personas. En estos casos este profesional puede sentirse infeliz y descontento, consigo mismo y con su labor.

En la delimitación conceptual del síndrome se pueden diferenciar dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. Mientras que la primera entiende el síndrome de quemarse por el trabajo como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del stress laboral haciendo alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios; la segunda perspectiva amplía el espectro de factores intervinientes y considera al Burnout como un proceso que se

desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales.

Desde esta perspectiva psicosocial, el síndrome de quemarse por el trabajo se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización). Asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada. Se presenta con agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo.

Sin embargo el síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales, (interacción entre respuestas del sujeto y condiciones de medio ambiente de trabajo).

En los modelos de estrés laboral las respuestas al estrés se sitúan como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias o efectos a más largo plazo. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es considerado un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (por ejemplo, como se verán más adelante alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización o institución donde lleva a cabo su trabajo (entre otras, deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseada, abandono.)

Corsi sostiene que "La diferencia fundamental entre el estrés simple y el Síndrome de Burnout es que, mientras que el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el Burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso". Debido a que el concepto de burnout ha surgido íntimamente relacionado con el estrés, es difícil

establecer una clara diferencia entre ambos. Las dos *diferencias* más significativas son:

*Primero, que el burnout es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral.*

*Segundo, el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, el burnout siempre tiene efectos negativos*

Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, y dado que no puede evitar esos estresores (pues ha de acudir diariamente al trabajo donde siempre encuentra problemas similares), conllevan fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los pacientes y con sus familiares. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización como nueva forma de afrontamiento.

Desde la perspectiva psicosocial el síndrome de quemarse por el trabajo es un síndrome cuyos síntomas son bajos niveles de realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización.

- La falta de **realización personal** en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. Es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autorreclusión. Los demás comienzan a percibirlo/a como una especie de fanático depresivo y hostil.

- Por **agotamiento emocional** se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos

emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.). constituye la primera fase del proceso, y junto a la progresiva pérdida de las energías vitales se manifiesta una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se las empieza a percibir como personas permanentemente insatisfechas, quejasas e irritables.

- La **despersonalización** (que no es sinónimo del cuadro psiquiátrico del mismo nombre) es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio. Puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales (enfermeras, trabajadores sociales, policías, maestros, funcionarios de prisiones, etc.) de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (por ejemplo, pensar que al paciente le estaría bien merecida su enfermedad, al indigente sus problemas sociales, al preso su condena, etc.).

Junto a estos tres grandes síntomas, sentimientos de culpa podrían ser un síntoma del síndrome adicional. De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos patrones en el desarrollo del síndrome. Un patrón, que se podría denominar tipo A, en el que los profesionales desarrollan despersonalización, y esta estrategia de afrontamiento resulta eficiente - aunque no eficaz- para manejar el estrés laboral. De esta manera, los

profesionales de salud se pueden adaptar el entorno laboral, y aunque no desaparezcan las fuentes de estrés pueden convivir con ellas. No obstante, la calidad de su trabajo será deficiente debido a esa respuesta -despersonalización- que resulta disfuncional para los pacientes y para la propia institución hospitalaria. Junto con este patrón, otros profesionales (patrón B), debido a consideraciones éticas o normativas derivadas de las prescripciones del rol y de otras variables psicosociales (orientación comunal, altruismo) desarrollarán sentimientos de culpa como consecuencia de las actitudes y sentimientos de despersonalización. Esos sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su culpabilidad, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian -sólo cambian los pacientes que presentan idénticos problemas-, disminuirá la realización personal en el trabajo, y aumentarán los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un espiral dialéctico. De esta manera, a medio o a largo plazo se produce un deterioro de la salud de los profesionales de salud, aumentará su tasa de absentismo, y aumentará su deseo de abandonar la organización y la profesión. Sin embargo como señala Gil-Monte en el citado trabajo, este modelo es un planteamiento hipotético pendiente de contrastar y confirmar empíricamente con metodología cuantitativa.

Algunos autores han insistido en la relevancia del cansancio emocional como elemento del síndrome. En un trabajo de Moreno-Jimenez y otros se lo señala como el verdadero núcleo del burnout, mientras que las dimensiones de despersonalización y realización personal serían simplemente un complemento procedente de investigaciones realizadas sobre muestras de trabajadores de servicios asistenciales. Sin duda alguna, el cansancio emocional es el componente más próximo a las definiciones habituales del estrés crónico. Sin embargo, la reducción del burnout a este elemento identificaría el burnout con un proceso claramente unidimensional. Sin embargo son numerosos los trabajos que han considerado el componente de cansancio emocional como el factor más predictivo de las numerosas

consecuencias negativas del burnout, de forma que a mayor intensidad del cansancio emocional mayor nivel de consecuencias.

#### **2.4.2- El síndrome, sus consecuencias y síntomas asociados.**

Las múltiples referencias posibles no han resuelto la ambigüedad de diferenciar lo que es un síntoma de burnout y lo que es una consecuencia del mismo. Incluso acogiéndose a la definición más común, como es la propuesta operativamente por el MBI (Maslach y Jackson, 1981, 1996), la ambigüedad persiste pues el término de cansancio emocional puede incluir una gama muy amplia de manifestaciones. Por ello, la línea divisoria entre síntomas y consecuencias puede ser resultar borrosa y siempre arbitraria.

Las consecuencias que se han expuesto del burnout exceden del centenar. Un esquema representativo de las múltiples desventajas asociadas al síndrome podría ser el presentado a continuación tomado del trabajo de Moreno-Jimenez:

##### *Síntomas descriptivos del burnout*

*Emocionales:* depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los pacientes, supresión de sentimientos

*Cognitivos:* pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación del autoconcepto, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.

*Conductuales:* evitación de responsabilidades, absentismo, conductas inadaptativas, desorganización, sobreimplicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

*Sociales:* evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, aislamiento, formación de grupos críticos, evitación profesional.

#### **2.4.3- Desencadenantes del síndrome en los profesionales de la salud**

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales

en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc.

Siguiendo el trabajo realizado por la Lic. A. Redondo presentado el V Congreso Nacional de Psicodiagnóstico XII Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P el Burnout puede ser entendido como una experiencia resultante de la combinación de estresores originados en el entorno social, en el entorno laboral y en el propio sujeto. Variables de carácter demográfico (por ejemplo, edad, sexo, estado civil, número de hijos, etc.), el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos en el trabajo, disfunciones en el desempeño del rol, clima laboral, contenido del puesto y características de personalidad, entre otras, han sido estudiados como antecedentes o facilitadores del síndrome.

Se entiende por desencadenantes a aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral. Peiró (1992) establece cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

- a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuentes de estrés laboral.
- b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
- c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
- d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.

a) *Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto de trabajo.*

Estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, y en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia, suponen una fuente importante de estrés laboral.

Junto con el ruido, las vibraciones y las características de la iluminación (luminosidad, brillo y contraste), así como la temperatura y las condiciones climatológicas en las que hay que trabajar, o las condiciones higiénicas del lugar de trabajo, toxicidad de los elementos que hay que manejar en el puesto y la disponibilidad de espacio físico para desempeñar el trabajo, aparecen descritos como elementos del ambiente físico de trabajo desencadenantes de estrés laboral.

También las demandas estresantes del puesto como los turnos rotativos de trabajo, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros, o la sobrecarga laboral, pueden desencadenar el síndrome de quemarse por el trabajo.

En relación a las demandas estresantes del puesto generadas por los contenidos del puesto, variables como la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que debe realizar, la retroinformación recibida sobre su desempeño o la identidad de las tareas que realiza, pueden llegar a ser una importante fuente del síndrome.

*b) Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.*

El rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición. Una de las principales fuentes de estrés laboral para profesionales y directivos es el desempeño de roles en las organizaciones. El denominado estrés de rol está integrado por dos disfunciones del rol: ambigüedad y conflicto de rol.

La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña el rol tiene respecto al mismo. Puede estar producida por un déficit de información, cualitativo o cuantitativo, que impide un desarrollo adecuado del rol por parte del sujeto. A su vez el conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias. No es un conflicto interpersonal sino un conflicto entre expectativas, el sujeto recibe dos o más expectativas de uno o varios

miembros de su organización que no puede satisfacer simultáneamente porque resultan contradictorias entre sí, aunque sería importante satisfacerlas.

Un último grupo de estresores a considerar se refiere al desarrollo de carrera y posibilidades de promoción de los profesionales. Los individuos se orientan hacia la consecución de recursos y están motivados para conseguirlos con el fin de prevenir futuras pérdidas y mejorar sus bienes, estatus, autoestima y relaciones. Cuando las inversiones que hace el sujeto para la consecución de recursos son superiores a lo que el percibe que recibe a cambio, experimenta una pérdida y esta pérdida le generará la experiencia de quemarse.

*c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.*

Las nuevas tecnologías pueden facilitar o dificultar el desempeño de las tareas e implican un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo. Este cambio puede afectar a los sistemas cognitivos y emocionales del sujeto en mayor o menor medida, dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico.

Como dice Peiró (1992) trabajos con un alto grado de componentes tecnológico pueden generar puestos puramente cognitivos que separan el procesamiento de la información de los procesos sociales que tradicionalmente los han acompañado. Esta tecnificación de las relaciones interpersonales cliente-profesional favorece en gran medida actitudes de despersonalización en la atención propiciando un trato de frialdad e indiferencia hacia los usuarios de la organización. Asimismo, problemas de carácter ético asociados al uso continuado de instrumentos tecnológicos pueden afectar el sistema emocional de los profesionales aumentando sus sentimientos de agotamiento emocional. Esta última relación es bastante relevante en el caso de los profesionales de la salud y especialmente cuando estos trabajan en unidades de cuidados intensivos. Por ejemplo, tener que decidir repetidamente si desconectar o no una máquina a la que

un paciente está conectado durante un largo tiempo y poner fin a su vida puede desgastar las emociones de estos profesionales, sin olvidar que la introducción de nuevas tecnologías en el ámbito hospitalario, incluye en numerosas ocasiones acciones más lesivas y dramáticas sobre los pacientes (por ej. Gastroscopías, cateterismos, intervenciones quirúrgicas, etc.)

Las dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización) también han sido identificadas como variables desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo. La centralización alude al grado en que las decisiones son tomadas por una persona o grupo pequeño de personas en el vértice de la jerarquía organizacional (estructura centralizada) o son tomadas por miembros de la organización distribuidos lateral y verticalmente en los distintos niveles de la jerarquía organizacional.(estructura descentralizada). La complejidad se refiere a la multiplicidad de unidades estructurales en las que se agrupan los miembros de una organización. Y la formalización alude al grado en que los roles están definidos y las normas e instrucciones fijadas.

En relación al clima organizacional, cabe destacar el grado de participación e implicación de los sujetos en la toma de decisiones, la autonomía permitida en la realización de las tareas sin necesidad de consultar a los superiores y el tipo de supervisión ejercida o el apoyo social recibido desde esa supervisión. Los resultados obtenidos indican que el Burnout se asocia significativamente de forma positiva con falta de participación en la toma de decisiones, falta de autonomía y falta de apoyo social por parte de la supervisión. Tanto el apoyo técnico como el apoyo emocional ofrecido por compañeros y supervisores disminuye los sentimientos de quemarse por el trabajo.

#### **2.4.4- Grupos profesionales con riesgo para la salud mental**

En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja discreción respecto al uso de las destrezas, el riesgo de trastorno mental es máximo. Un ejemplo de esto son las secretarías, camareros, obreros de la

construcción, etc. Los que parecen especialmente proclives a abandonar por motivos de salud mental pertenecen al sector servicios, como el personal sanitario y los maestros, así como los empleados de la limpieza, amas de casa y trabajadores del transporte.

## **2.5- Factores del individuo en el Síndrome de Burn-Out**

### **2.5.1- Las variables sociodemográficas.**

La edad es uno de los factores que parece no influir en la aparición del síndrome. Sin embargo se considera que puede existir un período de sensibilización donde el profesional sería especialmente vulnerable a éste. Los primeros años de carrera profesional se caracterizan como una etapa en la que se produce una transición desde expectativas idealistas del recién graduado hacia la práctica cotidiana, donde se constata en la mayoría de los casos que tanto las recompensas personales, como las profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

En cuanto a la variable de "género" principalmente las mujeres constituyen el grupo más vulnerable en el ámbito de profesionales sanitarios. Las razones pueden ser múltiples, como la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. Por otra parte, el sexo también establece diferencias significativas en los profesionales donde el síndrome ya se manifiesta.

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque no existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente.

También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales.

### **2.5.2- Características intrínsecas del individuo**

Desde los primeros estudios del Burn-Out se constató que mientras algunos sujetos eran claramente vulnerables, otros mantenían una fuerte resistencia al mismo. Aunque el origen del síndrome se situara en el tipo del ejercicio profesional y sus condiciones, las variables individuales ejercen una influencia indudable. Por ello, desde el primer momento los aspectos individuales no quedaron totalmente dejados de lado, Maslach (1976) sostiene que para que el síndrome aparezca, a las condiciones contextuales deben sumarse ciertas condiciones personales. Entre ellas, la investigadora ha identificado las siguientes:

- deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados brillantes, □
- trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento,
- relaciones negativas y antagonismos con los colegas.

Cherniss (1980) insistía en las formas de asumir el propio trabajo profesional, Farber (1983) proponía el perfil de profesional implicado como idealista y obsesivo, y Freudenberg y Richelson (1980) describían la tendencia a la sobreidentificación con el cliente del propio trabajo.

### **2.5.3- La personalidad resistente.**

La tendencia más consistente en los últimos años se ha orientado a vincular el Burn-Out y las variables de personalidad en el contexto de un enfoque de la salud, como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona. La ubicación de la persona a lo

largo del continuo sería dinámica, en continua modificación, dependiendo su ubicación tanto de las variables organísmicas como de las variables contextuales y personales. En general, se han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés. Este estilo de conducta estaría compuesto por tres dimensiones características: compromiso, control y reto:

- El compromiso es la tendencia a desarrollar conductas caracterizadas por la implicación personal, la tendencia a identificarse con lo que se hace y con el propio trabajo. Ello implica el reconocimiento de los propios valores y de las metas que orientan la conducta personal. Supone igualmente la consideración positiva del valor de la propia acción y una cierta confianza en la relación interpersonal con los demás.

- El control se refiere a la convicción que tiene la persona de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Al pensar de esta manera, los sujetos consideran que no son ajenos al desarrollo de los episodios en los que están inmersos y que pueden influir en ellos alterando o modificando su curso. Ello les permite considerar que pueden utilizar los sucesos, al menos parcialmente, en su propio beneficio.

- La dimensión de reto lleva a los sujetos a considerar que el cambio está presente en todos los aspectos de la vida y que supone una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias competencias y capacidades. La dimensión de reto proporciona flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad, dos características que permiten considerar el cambio como la condición natural y más deseable.

El conjunto de las tres dimensiones constituye lo que Moreno-Jimenez denomina "personalidad resistente" entendiéndolo por la misma a aquel sujeto que tuviera altos niveles en las tres variables. El uso de este constructo puede ayudar a comprender los procesos vinculados a la salud-enfermedad.

Los estudios citados por Moreno-Jimenez, que han utilizado conjuntamente el enfoque del burnout y de la personalidad resistente han

encontrado de forma sistemática que la personalidad resistente actuaba globalmente y mediante cada una de sus dimensiones disminuyendo los niveles globales de Burn-Out y los efectos específicos del mismo. Aunque podría objetarse que estas tres dimensiones corresponderían más a un patrón de conducta que a un tipo de personalidad. Así la formulación inicial del mismo se efectúa en términos de “complejo de acción-emoción que emplean los individuos para enfrentarse a los desafíos y su medio ambiente”

Del mismo modo el concepto de afrontamiento, clave en gran parte de los estudios actuales sobre el proceso de salud-enfermedad, se ha propuesto como un proceso diferenciado de rasgos y estilos cognitivos.

Las características personales, entonces, constituyen una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse por el trabajo. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan su profesión podrían facilitar el desarrollo del proceso de enfermedad. Este idealismo y los sentimientos altruistas lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los pacientes y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Ello va a conllevar que se sientan culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional.

#### **2.5.4- Características del individuo vulnerable.**

Así como se señala la personalidad resistente como factor interviniente, en el trabajo de Corsi se encuentra la descripción del perfil de la persona vulnerable al Burn-Out. Este perfil está caracterizado por elementos tales como elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Estos sujetos organizarían una distorsión cognitiva según la cual se perciben a sí mismos como los únicos capaces de resolver y hacer las cosas bien. La vinculación con la sobrecarga emocional es evidente. Otro autor, Waring, citado en el mismo trabajo agrega que se

trata de personalidades caracterizadas por la obsesión profesional, la falta de búsqueda de satisfacciones personales en otros ámbitos, y el sentimiento de "indispensabilidad". Es decir, la restricción personal al mundo profesional. También podrían asociarse factores tales como eran: insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo de ocio y supresión de la actividad física. A las personas víctimas del Síndrome de Burn-Out, les resultan casi imposibles disfrutar y relajarse. Pero también señalan los investigadores que algunas características personales positivas suelen ser un caldo de cultivo apropiado para el Síndrome: por ejemplo, personas entusiastas, idealistas y con gran nivel de implicación personal en el trabajo, más vinculados a la profesión.

En síntesis, en el proceso del síndrome hay que buscar el equilibrio que se ha perdido, planteando que puesto que la reconocimiento del cambio es la fórmula para afrontar el burnout, habrá que partir de la siguiente ecuación:

$$\textit{Susceptibilidad Individual} + \textit{Sobrecarga} = \textit{Burnout}.$$

#### **2.5.5- Las variables personales profesionales**

Para una adecuada comprensión del proceso hay que ver la interacción de las variables personales, conjuntamente con las variables organizacionales, la forma de orientarse en el ámbito laboral, actitudes o estilos profesionales, la orientación de carrera de los trabajadores, las metas, los valores y las actitudes que se buscan en el trabajo. Las actitudes ante el trabajo pueden dan lugar a cuatro grupos de estilos profesionales:

- *Los activistas sociales*, aquellos que quieren cambiar el mundo.
- *Los centrados en sus carreras*, quienes quieren principalmente promocionar en sus trabajos y obtener beneficios.
- *Los artesanos*, motivados por la naturaleza de su trabajo.

- *Los esforzados*, que consideran que el trabajo como un mal inevitable.

Una alternativa más completa y más enraizada en la Psicología de las Organizaciones es la propuesta por Schein (1978). Schein habla de “*anclas de carrera*” para referirse a patrones distintivos en la forma de asumir necesidades y expectativas dentro de las organizaciones. Propone cinco tipos de patrones específicos de la orientación profesional: competencia técnica, competencia administrativa, seguridad, autonomía y creatividad. En función de los cinco tipos de patrones de carrera, el tipo de expectativas que se desarrolla en el ámbito profesional es marcadamente diferente por lo que cabe suponer que la vulnerabilidad al Burn-Out sería diferente en función del tipo de orientación profesional.

Durante el período de formación profesional cada sujeto va construyendo una representación interna de su propio ejercicio profesional, cargada con una serie de expectativas que entraran en contacto con la realidad cotidiana una vez que comience a desarrollar su carrera

Básicamente se pueden agrupar tres tipos de expectativas.

1. **Expectativas altruistas:** poder ayudar a los que sufren.
2. **Expectativas profesionales:** ser un profesional competente y ser considerado como tal.
3. **Expectativas sociales:** tener un prestigio social y buenos ingresos económicos.

Las características que los servicios sanitarios han adquirido en la actualidad, sintetizadas más arriba, de alguna manera van impactando corrosivamente en cada una de las expectativas que el sujeto se ha formado. El trato directo y continuado con los pacientes y sus familias, la mayor proximidad al sufrimiento cotidiano, la implicación emocional y la difícil tarea de mantener distancia terapéutica, la variabilidad e incertidumbre diagnóstica con síntomas inicialmente vagos de enfermedades

potencialmente graves, excesiva burocratización de las consultas que disminuye la capacidad resolutive profesional, etc. Las altas expectativas que se forma en un principio crea un importante grado de frustración al no verse cumplidas en un grado adecuado.

#### **2.5.6- Sobre características en los profesionales de salud**

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo

Tienen incidencia estresores como pueden ser la escasez de personal, el trabajo por turnos, el trato con personas con problemas (contacto con la enfermedad, el dolor, la exclusión, la muerte, etc.), falta de especificidad de fines y tareas lo que apareja consigo conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo,

El conjunto de los elementos antes descritos, mas los problemas económicos de la administración, con un achicamiento indiferenciado del aparato estatal y su retiro paulatino, pero continuo, de políticas públicas y de su rol de estado benefactor, han llevado a las profesiones de servicio, que suelen ejercerse en el ámbito público, a una situación en que sus roles han quedado poco definidos para la población y para los propios profesionales.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

### **3- Metodología.**

A continuación se expone el diseño metodológico utilizado para investigar la problemática. El mismo ha sido organizado en función de responder a los objetivos siguientes:

#### **3.1- Objetivos.**

##### Objetivo General.

- Evaluar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial del Hospital Municipal "Dr. Marino Casano" de la ciudad de Miramar.

##### Objetivos Específicos.

- Detectar el Síndrome de Burnout en médicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales de la salud del Hospital Municipal de la ciudad de Miramar.
- Verificar si aparecen diferencias en los valores de las tres dimensiones de la Escala Maslach entre los trabajadores de diferentes servicios/puestos.
- Establecer diferenciales por género y profesión.

#### **3.2- Recolección de datos.**

Los datos para el análisis de la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de salud del Hospital Municipal Dr. Marino Casano de la ciudad de Miramar, fueron obtenidos mediante la administración del Test de Maslach Burn-Out Inventory (MBI), por ser un test de fácil aplicación, y por ser un test ya ampliamente utilizado en el ámbito de la Asistencia Primaria.

Para la recolección de los datos se estableció contacto con el Director de Salud del Municipio, a quien se le explicó sobre la investigación que solicitábamos realizar. Luego de obtener su aprobación, este nos derivó con el Director del Hospital quien nos autorizó la realización del trabajo.

Para evitar uno de los principales problemas de aplicación del test, que es la posible falseación de las respuestas del test, se administró éste de forma anónima, mediante la entrega del formulario en un sobre que podían dejar en forma cerrada en puntos clave de la Institución, mesa de entrada, Office de enfermeras, y oficina de personal.

### **3.3- Descripción de la Escala utilizada**

La escala se compone de 22 ítems. Los ítems de la misma se puntúan de 1 a 6 puntos, englobándose éstos en tres apartados:

1) La subescala de cansancio emocional (C.E) consta de nueve preguntas (preguntas nº 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el cansancio emocional, siendo el máximo 54 puntos;

2) La subescala de despersonalización (D.P) esta formada por 5 ítems (preguntas 5, 10, 11, 15 y 22) y valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. También cuanto más alta es la puntuación, mayor es la despersonalización en el trabajo, siendo la puntuación máxima de 30 puntos;

3) La subescala de realización personal en el trabajo (R.P) se compone de 8 ítems (preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) y evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. Estas se valoran de forma inversa, es decir, a mayor puntuación mayor realización personal y menor desgaste.

También se decidió aplicarlo durante un determinado mes, el de diciembre, para poder de ese modo rechazar las épocas de mucho trabajo próximos a la temporada de verano.

### **3.4- Presentación de la muestra.**

Para valorar la posible existencia del síndrome del Burnout, la muestra a estudiar en este trabajo se compone de 25 sujetos, médicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales de salud de ambos sexos y de diferentes

rangos jerárquicos, que desempeñan funciones en el Hospital Municipal Dr. Marino Casano de la ciudad de Miramar.

### 3.5- Descripción de la muestra.

**Tabla Nº 1. Composición de la muestra según género.**

<b>Genero</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	9	36
<b>Femenino</b>	16	64
<b>Total</b>	25	100

**Tabla Nº 2. Composición de la muestra según profesión**

<b>Profesión</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>1- Médicos</b>	7	28
<b>2- Enfermeros</b>	11	44
<b>3- Psicólogos</b>	3	12
<b>4- Otros</b>	4	16
<b>Total</b>	25	100

**Tabla Nº3. Composición de la muestra según su Posición Jerárquica**

<b>Posición Jerárquica</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>1- Si</b>	5	20
<b>2- No</b>	20	80
<b>Total</b>	25	100

**Tabla N°4. Composición de la muestra según el Nivel Educativo**

Nivel	f	%
1- Primario	1	4
2- Secundario	5	20
3- Terciario	4	16
4- Universitario	15	60
Total	25	100

**Tabla N°5. Composición de la muestra según la Situación Laboral**

Situación Laboral	f	%
1- Trabajo ad-honorem, pasantía u otros	0	0
2- Temporario por contrato	6	24
3- Contrato Indefinido	4	16
4- Planta permanente	15	60
Total	25	100

**Tabla N°6. Composición de la muestra según la cantidad de horas dedicadas diariamente a su trabajo**

Horas	f	%
8 o menos horas	18	72
9 o mas horas	7	28
Total	25	100

**Tabla N°7. Composición de la muestra según la antigüedad de los entrevistados en su puesto de trabajo**

Antigüedad	f	%
0 a 4 años	9	36
5 a 15 años	11	44
16 o mas años	5	20
Total	25	100

**Tabla N°8. Composición de la muestra según edades**

Rangos de Edades	f	%
25 – 35	7	28
36 – 45	7	28
46 – 55	9	36
56 – 65	2	8
Total	25	100

### 3.6- Presentación de los datos.

Se presentan a continuación los datos obtenidos ordenados según cada subescala y los valores medios correspondientes a cada sujeto.

**Tabla N° 9 Valores hallados por escala**

	C.E		D.P		R.P	
<b>Valor máximo posible</b>	54	6	30	6	48	6
<b>Valor máximo hallado</b>	42	4.67	18	3.60	48	6
<b>Valor mínimo posible</b>	9	1	5	1	8	1
<b>Valor mínimo hallado</b>	11	1.22	5	1	29	3.63
<b>Distribución Respuestas</b>						
<b>Cantidad de S por nivel</b>	C.E		D.P		R.P	
<b>Alto</b>	4		1		25	
<b>Bajo</b>	21		24		0	

Para analizar las respuestas de los sujetos se tendrá en cuenta la media de cada sujeto a cada subescala, considerando que 1 es el valor mínimo y 6 el valor máximo; siendo 3.5 el valor medio, por lo tanto de 3.5 a 6 se considera un valor alto y valor bajo por debajo de 3.5.

A partir de la tabla anterior se observa que en la escala de Cansancio Emocional (C.E) que hace referencia a la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las vivencias del trabajo, 4 personas respondieron con puntajes altos.

En la escala Despersonalización (D.P.) que valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento se observa sólo 1 sujeto con valor alto.

Por último en cuanto a la escala de Realización Personal (R.P.) que evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal todos los sujetos de la muestra presentaron valores altos.

Una lectura global de estos datos nos permitiría inferir que no se cumplen las condiciones necesarias para determinar la presencia del Síndrome de Burn-Out, para lo cual deberían presentarse puntajes altos en las dos primeras escalas y bajas puntuaciones en la tercera.

Observando cada caso en particular se podría pensar en un sujeto con predisposición al Síndrome de Burn-Out ya que presentan puntuaciones altas en la escala C.E. y en D.P. y en la escala R.P. si bien no presenta un puntaje bajo sí lo es con respecto a la muestra total. Este sujeto es de sexo femenino, enfermera, de 28 años de edad, cuyo nivel educativo alcanzado es terciario incompleto, que le dedica diariamente a su trabajo 8 horas y con una antigüedad laboral de 1 año.

Otro caso es el de un sujeto que presenta puntuación alta en la escala C.E. y si bien la puntuación en D.P. no se encuentra dentro de los parámetros para considerarla alta es una puntuación elevada con respecto a la muestra total. Y lo mismo sucede con el valor obtenido en R.P. Se trata de un sujeto de sexo femenino, de 52 años, enfermera, cuyo nivel educativo es de secundario completo, dedicándole a su trabajo 8 horas diarias y 18 años de antigüedad laboral.

**Tabla N° 10 Media por escala de la muestra total**

<b>Escala 1 (C.E)</b>	<b>Escala 2 (D.P)</b>	<b>Escala 3 (R.P)</b>
2.49	1.97	5.73

Observando estos datos podríamos pensar que las medias de la primera y segunda escala son bajas, pero la escala C.E. supera a la escala D.P. Por el contrario la escala de R.P. nos mostraría una media alta, un valor cercano al puntaje máximo posible. Se podría inferir mirando globalmente la muestra que en este grupo de trabajadores de la salud habría bajo cansancio emocional, baja despersonalización y alta realización personal.

Es decir que en base a esta información estaríamos en condiciones de afirmar la ausencia del síndrome en casi la totalidad de la muestra total.

**Tabla N° 11 Comparación de las medias de cada escala según profesión.**

<b>Profesión</b>	<b>Escala 1 (C.E)</b>	<b>Escala 2 (D.P)</b>	<b>Escala 3 (R.P)</b>
<b>1 Médicos</b>	2.30	1.54	5.57
<b>2 Enfermeros</b>	2.59	2.45	5.16
<b>3 Psicólogos</b>	3.26	2.07	4.75
<b>4 Otros</b>	1.98	1.30	5.47

Se observa en este caso las medias de cada escala teniendo en cuenta las distintas profesiones. Las medias en la escala de C.E. fueron bajas presentándose medias más altas en el grupo de psicólogos.

En cuanto a la escala de D.P. nuevamente las medias son bajas apareciendo una diferencia en el grupo de enfermeros.

En la escala de R.P. se presentaron puntajes altos destacándose las medias de los médicos como los más realizados personalmente; y las medias mas bajas se encontraron en los psicólogos.

**Tabla N° 12 Comparación de las medias de cada escala según género.**

<b>Género</b>	<b>Escala 1 (C.E)</b>	<b>Escala 2 (D.P)</b>	<b>Escala 3 (R.P)</b>
<b>Masculino</b>	1.96	1.70	5.58
<b>Femenino</b>	2.74	2.09	5.19

Comparando las medias de cada escala teniendo en cuenta el género, observamos que el género femenino obtuvo medias superiores en las escalas de C.E y D.P, que el género masculino. En la escala de R.P el género femenino obtuvo medias mas bajas comparadas al género masculino.

## **CAPÍTULO IV**

### **INTERPRETACION DE DATOS**

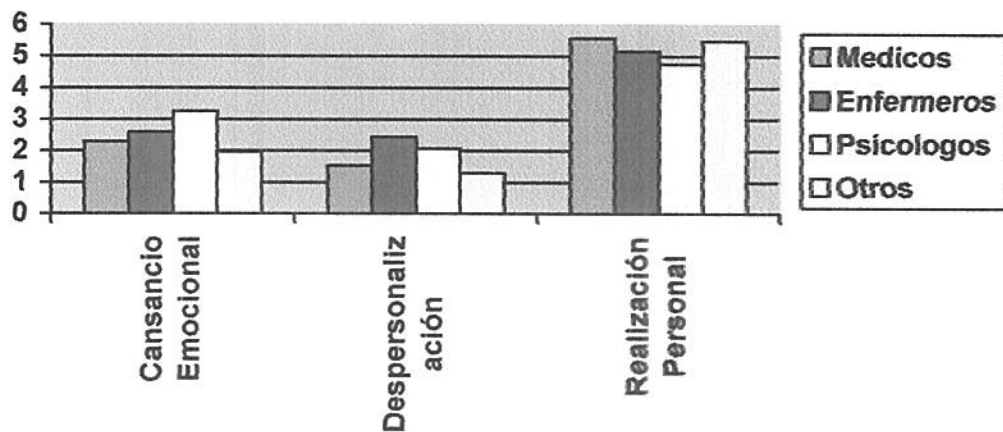
#### 4- Interpretación de datos.

En el siguiente capítulo se interpretarán los resultados obtenidos a partir de los datos presentados en el capítulo anterior y siguiendo los objetivos planteados al iniciar la investigación.

El objetivo general consistió en evaluar la presencia del Síndrome de Burn-Out en el personal asistencial del Hospital Municipal "Dr. Marino Casano". En cuanto a los objetivos específicos se intentó detectar el Síndrome de Burn-Out en los distintos profesionales de salud del hospital como así también evaluar las posibles diferencias entre los distintos grupos de profesionales y diferencias entre géneros.

#### 4.1- Comparación de las medias según profesiones en las tres escalas.

Gráfico N° 1



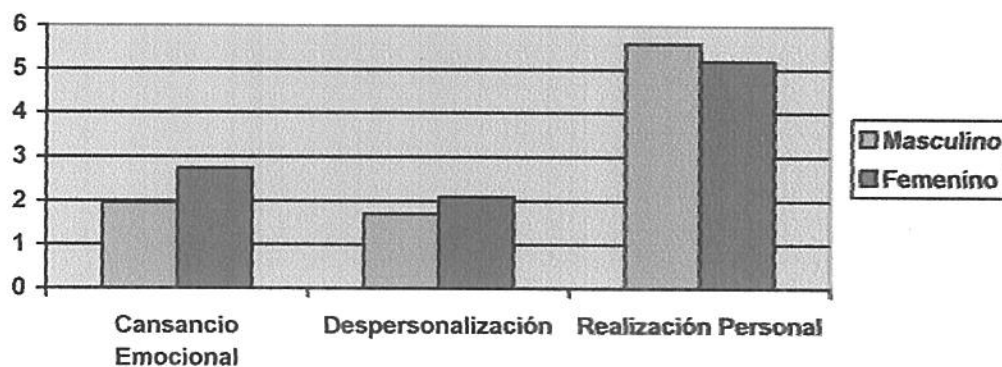
El gráfico N° 1 así como la tabla N° 11 comparan las medias de cada escala teniendo en cuenta las distintas profesiones. Se observa en este caso las medias de cada escala teniendo en cuenta las distintas profesiones. Las medias en la escala de C.E. fueron bajas presentándose medias más altas en el grupo de psicólogos.

En cuanto a la escala de D.P. nuevamente las medias son bajas apareciendo una diferencia en el grupo de enfermeros.

En la escala de R.P. se presentaron puntajes altos destacándose las medias de los médicos como los más realizados personalmente; y las medias mas bajas se encontraron en los psicólogos.

#### 4.2- Comparación de las medias según género.

Gráfico N° 2



El gráfico N° 2 y la tabla N° 12 comparan las medias de cada escala teniendo en cuenta los distintos géneros. Observamos que el género femenino obtuvo medias superiores en las escalas de C.E y D.P, que el género masculino. En la escala de R.P el género femenino obtuvo medias mas bajas comparadas al género masculino.

A partir del análisis y de la interpretación de los datos recogidos en esta investigación, podríamos concluir que los trabajadores de la salud del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Marino Casano", en la ciudad de Miramar no presentarían mayoritariamente el Síndrome de Burn-Out.

Se podría pensar que la ausencia del síndrome se debería a que el hospital se encuentra en una ciudad pequeña de aproximadamente 34.000 habitantes, turística y que los servicios de práctica de diagnóstico y tratamiento no incluyen el abordaje de patologías de alta complejidad. Así mismo también podría deberse a que del hospital dependen 8 centros de Atención Primaria: cinco periféricos y tres ubicados en las localidades de Otamendi, Mechongué y Mar del Sud, descentralizando de este modo las actividades del hospital.

Otro factor que podría incidir en la ausencia del síndrome es la cantidad de horas que dedican a su trabajo los sujetos de la muestra (el 72% trabaja 8 horas o menos por día).

Las diferencias encontradas en las medias con respecto al grupo de psicólogos en las escalas de C.E y R.P se podrían pensar en la presencia de una gran presión asistencial con poco tiempo para los pacientes. También el hecho de que es un hospital que no se dedica a tratamientos extensos y que las consultas al departamento de Psicología se limitan a dos o tres encuentros y los pacientes tienen un alto grado de deserción. Esto produciría una serie de efectos psicológicos y emocionales en los profesionales ante el hecho de no poder sostener un tratamiento adecuado a las problemáticas que le demandan. A diferencia

En cuanto al valor observado en la escala de D.P. en el grupo de enfermeros que es más elevado con respecto a los demás profesionales, podría pensarse esto motivado por el hecho de tener que asumir más funciones día a día que estarían más alejadas de su quehacer específico, como por ejemplo tareas de limpieza.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

## 5. CONCLUSION

Salud y Trabajo se definen como conceptos íntimamente relacionados. El trabajo, en tanto actividad exclusivamente humana, tiene entre sus objetivos el de alcanzar niveles de productividad de orden económico, pero también participa en la construcción de la identidad psicológica y social del trabajador.

En la Argentina asistimos a un proceso de transformación socioeconómica sin precedente, donde los cambios en el proceso productivo y las reformas legislativas en el ámbito laboral tuvieron y tienen repercusiones en la salud de los trabajadores.

Crisis económica, precarización laboral y efectos sobre la salud mental de los trabajadores guardan relación. El malestar se vincula con una serie de circunstancias en las que la re-definición de lo público tiene un particular protagonismo, ya que la globalización económica y los cambios culturales que conlleva el modelo de vida, implican a nivel individual y social un "replanteo subjetivo de los proyectos" de vida; y en este plano, los cambios acontecidos en el periodo de reforma tienen efectos sobre la salud mental de los sujetos sociales, en tanto el individuo se ve sometido a fuerzas que deciden sobre aspectos esenciales de su vida como su trabajo, su ingreso, su cultura, etc., al mismo tiempo que lo responsabiliza de los impedimentos y fracasos en la concreción de su proyecto de vida.

En la actualidad, la mayoría de los profesionales de la salud que trabajan en hospitales públicos, como los sujetos de muestra estudiada, ven afectado su quehacer profesional en dos frentes. Por un lado, no resultaron exentos de los cambios en la situación laboral; se encuentran en mayor medida dentro de la categoría de asalariados, contratándose de modo inestable, situación ésta que afecta al proyecto de vida en sí mismo en tanto provoca un estado de temporalidad inmediata, obligando al profesional a vivir al día. Por otro, el sector público de salud aparece como receptor natural de la población que vio descender su nivel de ingreso, encontrando restringido el acceso al sistema de salud privado de medicina prepaga; debiendo así, el

sector público de salud asistir con iguales y hasta menores recursos a un número cada vez mayor de personas.

El nuevo contexto produjo un fuerte impacto en las condiciones y medio ambiente de trabajo con marcado correlato en la salud de los trabajadores, tanto de la población en general como de los trabajadores en salud pública en particular. Distintas investigaciones señalan la aparición de enfermedades a edades cada vez más tempranas en los profesionales de la salud.

Podemos considerar al Síndrome de Burnout como una resultante de las anteriores consideraciones, eje central de nuestro trabajo.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que no todos los sujetos tienen la misma susceptibilidad a enfermar, ni todas las circunstancias tienen el mismo potencial nocivo; es así que por las características particulares de la muestra que fue estudiada no hemos encontrado ningún caso significativo de Burn-Out.

Sin embargo debemos reconocer que la patología existe, que nadie es ajeno a ella y que puede adquirir proporciones crecientes conforme a como se deterioran las características del sistema de salud y de las instituciones. Pese a que no se ha detectado la presencia del Síndrome en la muestra estudiada, alguno de los trabajadores obtuvieron puntuaciones que podrían indicar una tendencia a padecer el síndrome de mantenerse en las condiciones de trabajo en las que se encuentran.

De todas maneras para prevenir estas situaciones lo principal es conocer las características del síndrome, a través de programas de formación, tratamiento de esta patología, implantados de manera sistemática, y regular, en todas las organizaciones en las que existan profesionales o grupos de riesgo susceptibles de desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo.

Podemos pensar que cada vez más con el paso del tiempo las personas serían más susceptibles de desarrollar este tipo de síndrome si no se trabaja desde ahora para su prevención.

El psicólogo laboral debe realizar un trabajo en conjunto con todos los sectores de la Institución hospitalaria, en un intento de llevar a la práctica las acciones tendientes a optimizar las condiciones del medio ambiente laboral como una forma de prevención de este padecimiento. Cobra importancia el rol del psicólogo como agente de cambio interviniendo sea a nivel individual, grupal o en la estructura de la Institución; acompañando a si mismo las necesidades de las personas y ayudándolas a sentirse partícipe de los cambios.

Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales (Gil-Monte 2003).

Dentro de las estrategias del nivel individual se recomienda la utilización del entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y los programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz. Es importante considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia.

En el nivel grupal la estrategia por excelencia es la utilización del apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores. A través del apoyo social en el trabajo los individuos obtienen nueva información, retroinformación sobre su desarrollo del rol, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

Por último, a nivel organizacional, ya que el origen del problema está en el contexto laboral, por tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Las estrategias más relevantes para la prevención del síndrome de quemarse por el trabajo que pueden ser implantadas desde la

dirección de la organización son los programas de: socialización anticipada, la implantación de sistemas de evaluación y retroinformación, y los procesos de desarrollo organizacional.

- Socialización anticipada; puede prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias. La filosofía que subyace a los programas de socialización anticipada es que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral. El choque se vivencia en un contexto "de laboratorio" que permite desarrollar estrategias constructivas para enfrentarse con las expectativas irreales que se tienen.

- Implantación de sistemas de evaluación y retroinformación; se centra en preparar para la ejecución futura, tiene como objetivo cambiar la ejecución a través del autoaprendizaje y el crecimiento personal, se basa en el asesoramiento, en el establecimiento de objetivos, y en la planificación de carrera, asigna al evaluador el rol de asesor, y otorga a los profesionales un rol activo y de participación en el diseño de planes futuros para la ejecución laboral.

- Desarrollo organizacional; proceso que busca mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional, y en los procesos sociales y humanos de la organización. El objetivo es mejorar los procesos de renovación y de solución de problemas de una organización mediante una gestión de la cultura organizacional más eficaz y colaborativa. El énfasis del desarrollo organizacional se sitúa en los equipos formales de trabajo.

Otras estrategias que se pueden llevar a cabo desde el nivel organizacional son: reestructurar y rediseñar el lugar de trabajo haciendo participar al personal de la unidad, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional.

Los Administradores de Recursos Humanos en el ámbito de la sanidad deben ser conscientes de que la primera medida para evitar la aparición del síndrome es conocer sus manifestaciones. Desde esta base, los programas de formación son una de las mejores estrategias para la prevención y tratamiento de esta patología, y deben ser implantados de manera sistemática, y ofrecerse regularmente, en todas las organizaciones en las que existan profesionales o grupos de riesgo susceptibles de desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo.

La identificación y reconocimiento del síndrome, especialmente en las personas que trabajan en servicios asistenciales es crucial. Deben estar atentas a la emergencia de cualquiera de sus síntomas, para una intervención preventiva que impida que se llegue a consolidar. Suele recomendarse:

- implicarse en actividades externas al trabajo
- intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares
- planificar y desarrollar actividades de ocio y sociales
- tener tiempo y espacio para el juego y la recreación
- no saltar periodos de vacaciones
- desarrollar actividad física
- realizar una psicoterapia focalizada en el problema para prevenir la cronificación del Síndrome.

Además habría que potenciar la participación del personal sanitario mejorando los canales de comunicación, pactando incentivos en función de la eficacia en la consecución de los objetivos o en la utilización de los recursos.

Para afrontar estas situaciones es necesario potenciar las unidades de salud laboral, desarrollar un servicio ágil y confidencial de inspección laboral con una orientación preventiva y rehabilitadora, más que sancionadora, que funcione desde la misma organización prestando un servicio para sus propios profesionales, incrementar el enlace entre la dirección de recursos

humanos y las unidades docentes-investigadoras, sensibilizar a las organizaciones colegiales y sindicales al servicio de los representados, actualizar y desarrollar el marco legal necesario para mejorar la salud del trabajador y la eficiencia de la institución.

# **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

- AUBERT Y DE GAULEJAC (1993) "*El coste de la excelencia*" Ed. Paidós
- BALLENATO PRIETO, G (2003) "*Docencia Y Estrés*" Revista Digital UMBRAL 2000 – No. 11 – Enero 2003 [www.reduc.cl](http://www.reduc.cl)
- BARRIA MUÑOZ, J. (2002): "*Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile*". PSIQUIATRIA.COM. 6(4)
- BLASCO ESPINOSA J. R. LLOR ESTEBAN B. Y OTROS (2002) "*Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana*" Rev. MAPFRE Medicina; vol. 13, n.º4
- CAPILLA PUEYO, R (2000) "*El síndrome de burnout o de desgaste profesional*" JANO EMC, Volumen 58 - Número 1334 p. 56 - 58
- CORSI, JD. Documentación de apoyo, Fundación Mujeres "*El Síndrome de Burnout en Profesionales Trabajando en el Campo de la Violencia Doméstica*". <http://www.corsi.com.ar/trabajos.htm>.
- DESJOURS, C (1998). "*De La Pena en el Trabajo*". En "Organización del trabajo y salud". Editorial Lumen. Bs.As.
- DESJOURS, C (1990) "*Trabajo y desgaste mental*" Ed. Humanitas.
- GALENDE, E (1996): "*De Un Horizonte Incierto. Psicoanálisis Y Salud Mental En La Sociedad Actual*". Ed. Paidós. Bs.As. NIETO, H. (2002): "*Relación entre Salud y Trabajo*". En "Competitividad y Salud Ocupacional", Ed. La Colmena.

- PÉREZ JÁUREGUI, MI. (2001) *El "Síndrome de Burn out" ("quemarse" en el trabajo) en los profesionales de la salud: Psicología y Psicopedagogía*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, Año II, No. 5. [www.ssalvador.edu.ar/ual](http://www.ssalvador.edu.ar/ual)
- PÉREZ SAN GREGORIO, M; RODRIGUEZ, M; CORPA, A: (2003) *"Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los Equipos de Trasplantes"* Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace C. Med. Psicosom, N° 66.
- REDONDO, A (2001): *Delimitación Conceptual, Diagnostico y Prevención Del "Síndrome de Quemarse por el trabajo" (Burnout)*. Trabajo presentado en el V CONGRESO NACIONAL DE PSICODIAGNOSTICO y XII JORNADAS NACIONALES DE A.D.E.I.P.
- REDONDO, A: *La Psicología, el Mundo del Trabajo y el Rol del Psicólogo*, Material de circulación interna, Cátedra Psicología Laboral, Facultad de Psicología, UNMdP
- RUEDA CASTILLO, Joaquín: *"Estar quemado profesionalmente ¿quién cuida a los cuidadores?"*
- SALINAS-OVIEDO C, LAGUNA-CALDERÓN J, MENDOZA-MARTÍNEZ MR. (1994) *"La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica."* Salud Pública Mex;36:22-29.
- SAMES ASOCIACIÓN CIVIL (2001) *"Una aproximación al burnout :estudio comparativo del caso particular de los Asistentes Sociales del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires, con asiento en*

*las ciudades de Mar del Plata y Bahía Blanca.*" En Newsletter "Estrés y Salud" - Año II Volumen VI

- SILVA PERALTA, Y. (2004): "*Síndrome de Burn-out: enfermedad de la excelencia*" Material de circulación interna, Cátedra Psicología Laboral, Facultad de Psicología, UNMdP
- TURNES, A. (2002): "*La Salud Mental, el Medico y los Profesionales de la Salud*" El Diario Medico. Uruguay. Disponible en [www.smu.org.uy/eldiariomedico](http://www.smu.org.uy/eldiariomedico).
- TORRAS, M<sup>a</sup> T; BERNAD, J.A; OTROS (2001-2002): "*Importancia de la detección del Síndrome de Burnout en la asistencia primaria*" Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psi
- ZALDUA G., LOUDIE, MT. KOLODITZKY, D. y OTROS (2000) *Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos*. Revista medica del Hospital J.M. Ramos Mejia; 7 (1): 13-17-

# **ANEXO I**

## **MATRIZ DE DATOS**

Sujeto	Profesión	Sexo	Edad	Nivel Educativo	Situación Laboral	Horas/ Trabajo	F. Jerárquica	Antigüedad	Masi 1	Masi 2	Masi 3	Masi 4	Masi 5	Masi 6	Masi 7	Masi 8	Masi 9	Masi 10	Masi 11	Masi 12	Masi 13	Masi 14	Masi 15	Masi 16	Masi 17	Masi 18	Masi 19	Masi 20	Masi 21	Masi 22
1	1	M	50	4	4	8	2	3 años	2	2	2	6	1	2	5	2	5	1	1	5	2	6	6	2	5	5	5	2	6	2
2	1	F	49	4	4	6	1	14 años	4	3	3	5	2	5	4	4	5	2	2	6	2	5	1	4	6	5	5	2	5	2
3	1	M	32	4	2	8	2	10 meses	2	1	6	6	2	2	6	1	6	1	1	5	1	1	1	2	5	5	5	1	6	1
4	1	F	29	4	3	24	1	10 meses	2	1	6	6	1	2	6	1	6	1	1	6	1	6	1	6	6	6	6	2	6	1
5	1	M	54	4	4	6	2	14 años	2	2	2	5	2	2	2	2	6	1	1	5	1	1	1	1	6	6	5	5	6	2
6	1	M	52	4	2	6	2	3 años	2	2	2	6	1	2	6	1	6	1	1	6	6	2	1	2	6	6	6	1	6	1
7	1	M	49	4	2	24	2	2 meses	1	2	1	6	2	2	6	1	6	1	1	6	1	1	1	1	6	6	6	1	6	6
8	2	M	41	2	4	16	2	10 años	1	1	1	6	1	1	6	2	6	2	6	6	1	5	1	1	6	6	6	2	6	1
9	2	F	62	2	4	8	2	42 años	1	1	2	6	1	1	6	1	6	1	1	6	2	1	6	1	6	6	6	1	6	1
10	2	F	52	2	4	8	2	18 años	6	5	6	5	1	2	6	6	5	6	6	2	1	6	1	2	6	2	6	2	5	1
11	2	F	26	4	4	8	2	3 años	2	1	2	6	1	2	6	2	6	1	2	5	1	1	1	2	6	6	6	2	5	1
12	2	F	28	3	2	8	2	1 año	6	6	5	3	3	6	6	5	5	5	6	6	5	2	1	6	5	2	2	1	5	3
13	2	F	40	2	4	8	2	14 años	5	1	5	6	1	5	5	5	5	4	6	5	1	6	1	5	5	5	5	2	5	2
14	2	F	50	1	4	8	1	20 años	1	1	1	6	1	2	6	6	6	1	6	6	1	6	6	2	6	6	2	4	6	1
15	2	F	51	2	4	8	1	13 años	5	1	5	6	2	1	5	5	6	1	1	5	2	2	1	2	5	6	5	2	5	1
16	2	M	33	2	4	8	2	7 años	2	1	2	5	1	1	5	1	5	1	1	6	1	1	1	2	6	6	6	1	6	1
17	2	F	55	3	4	12	1	21 años	2	1	2	2	2	1	1	1	6	6	6	6	1	6	1	2	6	6	6	2	5	2
18	2	F	25	3	2	12	2	3 años	2	1	2	2	2	2	1	2	6	6	6	6	1	6	1	2	6	6	6	2	6	2
19	3	F	44	4	4	10	2	11 años	5	1	5	5	1	2	5	2	5	1	1	5	1	2	1	2	6	6	6	2	5	2
20	3	M	37	4	2	6	2	5 años	1	2	6	5	1	1	5	2	5	2	5	6	5	5	2	1	5	6	5	1	5	2



## **ANEXO II**

### **SUMA DE CADA ESCALA POR SUJETO**

Tabla de valores de la suma de los ítems de cada escala

Sujeto Nº	Cansancio Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
	Puntaje	media	Puntaje	media	Puntaje	media
1	22	2.44	11	2.20	42	5.25
2	32	3.56	9	1.80	41	5.13
3	17	1.89	6	1.20	44	5.50
4	27	3	5	1	48	6
5	16	1.78	7	1.40	41	5.13
6	20	2.22	5	1	48	6
7	11	1.22	11	2.20	48	6
8	15	1.67	11	2.20	47	5.88
9	11	1.22	10	2	48	6
10	36	4	16	3.20	37	4.63
11	15	1.67	6	1.20	46	5.75
12	42	4.67	18	3.60	34	4.25
13	35	3.89	14	2.80	41	5.13
14	24	2.67	15	3	44	5.50
15	28	3.11	6	1.20	43	5.38
16	12	1.33	5	1	45	5.63
17	18	2	17	3.40	38	4.75
18	20	2.22	17	3.40	39	4.88
19	29	3.22	7	1.40	43	5.38
20	28	3.11	12	2.40	42	5.25
21	31	3.44	12	2.40	29	3.63
22	25	2.78	8	1.60	39	4.88
23	16	1.78	6	1.20	46	5.75
24	15	1.67	7	1.40	45	5.63
25	15	1.67	5	1	45	5.63

## **ANEXO III**

## **INSTRUMENTO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

Señor/a:

La encuesta que se le presente a continuación es anónima y forma parte del trabajo de investigación que un grupo de alumnos de la carrera de Licenciatura en Psicología se encuentra realizando como requisito de sus estudios. Los datos obtenidos serán usados únicamente con el fin mencionado por lo que se guardará absoluta reserva.

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

1. ¿Cuál es su puesto de trabajo/profesión en el Hospital?  
.....

2. Sexo: (tache lo que NO corresponde)  F  M

3. Edad.

4. Máximo nivel educativo alcanzado (complete sólo las casillas del de mayor nivel):

Nivel	Completo/incompleto	Título (solo el mayor)
Primario		
Secundario		
Terciario		
Universitario		

5. *Situación laboral:* (señale el número que corresponda)

- 1) Trabajo ad-honorem, pasantía u otra forma no remunerada
- 2) Temporario por contrato con fecha de finalización.
- 3) Contrato indefinido.
- 4) Fijo o de planta permanente.

6. ¿Qué cantidad de horas le dedica diariamente a su trabajo?  
.....

7. ¿Este cargo posee función jerárquica? SI NO  
¿Cuál?.....

8. ¿Cuál es su antigüedad en el Hospital?.....

***Muchas gracias por su colaboración.***

Señor/a

Por favor, lea atentamente cada una de las 22 afirmaciones que figuran a continuación e indique, colocando una cruz en un casillero, la frecuencia con que esto le sucede

	Nunca	Pocas veces por año	Una vez por mes	Una vez por semana	Varias veces por semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo						
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío						
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar						
4. Siento que puedo entender fácilmente a mis pacientes						
5. Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales						
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa						
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes						
8. Siento que el trabajo me está desgastando						
9. Siento que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas						
10. Siento que me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo este trabajo						
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente						
12. Me siento muy activo						
13. Me siento frustrado en mi trabajo						
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo						
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes						
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés						
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes						
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes						
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo						
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades						
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma						
22. Siento que mis pacientes me culpan por alguno de sus problemas						