

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

**El Síndrome de Burnout en residentes del Hospital de Niños Sor María
Ludovica de la ciudad de La Plata**

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
SEGÚN REQUISITO CURRICULAR DEL PLAN DE ESTUDIOS 1989 (O.C.S 143/89)

Apellido y Nombre: Cozzoli, María Constanza

Matrícula y año: 3016/94

DNI N°: 24.251.753

Apellido y Nombre: Sánchez Levis, Natalia

Matrícula y año: 3181/94

DNI N°: 24.251.443

Apellido y Nombre: Himmelreich, Verónica

Matrícula y año: 3069/94

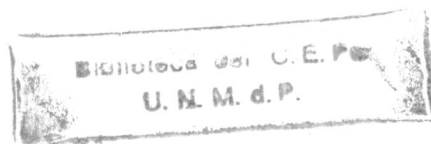
DNI N°: 18.457.553

Supervisora: Lic. Rodríguez Salgado, Carmen

Co-supervisora: Lic. Terroni, Nancy

Cátedra de radicación: Psicología Clínica

Fecha de presentación: de 2004

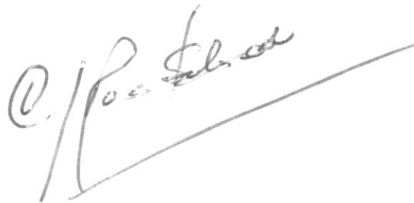


CLASIFICACIÓN:	ADQUISICIÓN:
X-13 K	N° INVENTARIO: 11614

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Cozzolli, María Constanza, Himmelreich, Verónica y Sánchez Levis, Natalia de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito de las autoras.”

Las que suscriben manifiestan que el Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Cozzoli, Constanza María (Mat.3016/94), Sánchez Levis, Natalia (Mat.3181), y Himmelreich, Verónica (Mat.3069/94), conforme los objetivos y plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días del mes dede 2004.

Firma



CARMEN M. RODRIGUEZ SALGADO
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
M. P. 49167

Aclaración/ Supervisora

Firma



NANCY TERRONI
LIC. EN PSICOLOGIA
M.T. 45862

Aclaración/ Co -supervisora.

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACION S/ OCS 143/89

"EL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL DE NIÑOS
SOR MARIA LUDOVICA DE LA CIUDAD DE LA PLATA"

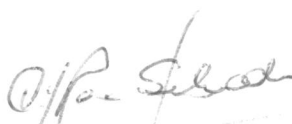
El informe final sobre la Investigación de tipo exploratorio-descriptivo, elaborado por Cozzoli, Maria Constanza, Sanchez Levis, Natalia, y Himmelreich Verónica, cumple con los Objetivos Generales y Específicos pertinentes al tema y a la formulación del problema.

El resultado de la muestra compuesta por 36 Médicos Residentes del citado Hospital, la formulación teórica, la consulta bibliográfica, y el análisis e interpretación de los datos está representado en las conclusiones y propuestas que cierran el estudio investigativo.-

Estamos ante un minucioso trabajo de revisión y recapitulación bibliográfica, metodológicamente fundado, donde fue posible la articulación del marco teórico con el trabajo en terreno, .

Por todo lo expuesto, sugiero se dé por Aprobado el Trabajo de Investigación.-

Mar del Plata, noviembre 2004



CARMEN M. RODRIGUEZ SALGADO
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
M. P. 49107

Lic. Carmen M. Rodriguez Salgado



NANCY TERRONI
LIC. EN PSICOLOGIA
MAT. 45862

“ Atento al cumplimiento de los requisitos curriculares prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha, se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Cozzoli, María Constanza Matrícula : 3016/94; Himmelreich, Verónica Matrícula : 3069/94 Sánchez Levis, Natalia Matrícula : 3181/94.”

Firma :

Aclaración :

Integrantes de la Comisión Asesora

Fecha de Aprobación: ___/___/___

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

Requisito curricular del Plan de Estudios 1989 (O .C .S 143/89)

Apellido y Nombre:

Cozzoli , María Constanza - Matrícula:3016/94

Sánchez Levis , Natalia - Matrícula: 3181/94

Himmelreich , Verónica- Matrícula :3069/94

Cátedra o Seminario de radicación: Psicología Clínica

Supervisor: Lic. Carmen Rodríguez Salgado

Co- Supervisor: Lic . Nancy Terroni

Título del proyecto:

“ El Síndrome de Burnout en residentes del Hospital de Niños Sor
María Ludovica de la ciudad de La Plata “

Descripción Resumida:

El Síndrome de Burnout descrito por Freudenberg en 1974 fue adquiriendo interés creciente en la comunidad médica.

Diversos factores hacen que la tarea de los profesionales de la salud en general, sea especialmente estresante, pudiendo traer consecuencias negativas para la salud mental, física y familiar, viéndose también afectada la calidad del servicio que brindan a sus pacientes.

En este trabajo se pretende exponer algunos lineamientos generales respecto a los síntomas, posibles consecuencias y prevención del Síndrome de Burnout en el equipo de residentes correspondientes a 1º, 2º y 3º año de pediatría del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata, el cual cuenta con una población de 12 residentes por año en cada uno de los niveles antes mencionados. Estos médicos desempeñan tareas rotativas en los diversos servicios de Consultorio Externo, Terapia Intensiva, Terapia Intermedia y Oncología, obteniendo formación como médicos internistas ya que este es un Hospital de alta complejidad.

Otros factores a considerar son las condiciones laborales de estos residentes y la crisis en el sistema de salud que viven cotidianamente.

Palabras Clave: Síndrome de Burnout - Condiciones laborales - Crisis en el sistema de salud - Residentes - Hospital público.

Descripción Detallada

Motivos y Antecedentes

El motivo que llevó a las autoras a realizar esta investigación, se debe a la importancia de privilegiar ante todo la salud de los trabajadores sanitarios en su voluntad por adaptarse para poder responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales.

Estos profesionales se esfuerzan de un modo intenso con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedad , como así también de afectar negativamente su rendimiento , su calidad de servicio profesional.

Este trabajo estaría dedicado a aquellos profesionales de la salud que bien merecen que alguien también se ocupe de ellos, y del mantenimiento de su bienestar psicofísico.

No cabe la menor duda que estamos ante un problema correspondiente a la subjetividad del hombre y en particular al estado de su salud mental, por lo que las autoras se sienten comprometidas en colaborar con un trabajo dirigido a emprender una etapa informativa y de prevención.

Iniciar el desarrollo de este trabajo de tesis, desde la realidad observada es el modo de resaltar esta situación propia, que viven a diario un grupo de médicos entre los 25 y 33 años.

Considerando el estrés una de las principales causas de absentismo laboral que da origen a accidentes, es importante la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, que han cobrado un protagonismo social en los últimos años.

El Síndrome de agotamiento profesional, frecuente en los trabajadores de salud, se caracteriza por: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Los factores relacionados con los pacientes son: el contacto continuo con el sufrimiento, sensación de frustración ante no poder curar, temores, impotencias por demandas adecuadas e inadecuadas de los familiares o de los pacientes mismos, la necesidad de enfrentar dilemas éticos o temores legales, la juventud de los pacientes y la frecuente necesidad de contención psicológica.

Como factores ambientales cabe mencionar: la necesidad de precauciones especiales, inadecuada retribución económica, falta de reconocimiento profesional o ambigüedad en la delimitación de las responsabilidades, entendiendo estos factores como posibles contribuidores de declinación de energía en los trabajadores de la salud.

Los síntomas físicos más observados son: cefalea tensional , agotamiento, fatiga, insomnio, trastornos gastrointestinales, síntomas sin causa orgánica explicada, asociados a quejas diversas y dolores.

Los síntomas psicológicos más observados son: falta de entusiasmo ,dificultad para levantarse, tensión, irritabilidad, frustración, negativismo , reducción o aumento de horas de trabajo con disminución de productividad, disminución de sensibilidad respecto de las necesidades propias y ajenas, no poder desprenderse del trabajo y trasladarlo a la casa , dificultades para delegar.

Objetivos Generales

Investigar la existencia del Síndrome de Burnout en los residentes de pediatría clínica del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

Objetivos Particulares

- Recabar datos bibliográficos sobre el tema.
- Investigar sobre el contexto socio-histórico del hospital en el que se realizará el trabajo de campo.
- Describir las características del Síndrome de Burnout .
- Investigar las condiciones laborales de los residentes de pediatría clínica del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

Hipótesis

Se espera encontrar niveles elevados del Síndrome de Burnout en los residentes de pediatría del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata .

Métodos y Técnicas:

En la presente investigación descriptiva y exploratoria, la metodología consistiría en la aplicación de entrevistas y el Test de Maslach a cada uno de los médicos con un régimen de residencia de 1º, 2º y 3º año de pediatría del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata y realizar comparaciones entre los diferentes grupos de acuerdo al nivel de residencia . Este proceso constaría de dos instancias.

En la primera se recogerían datos sociodemográficos e impresiones personales sobre el malestar en el trabajo. La segunda parte estaría constituida por la administración del Test de Maslach Burnout Inventory (MBI).

La versión del MBI posee una escala de 22 items con frecuencia 0 a 6 para cada uno. Esta escala mide tres factores: cansancio emocional (CE); despersonalización (D) sentimientos o actitudes negativas en relación al paciente y realización personal (RP) con respecto a lo vocacional.

En este caso se entregarán 36 ejemplares, administrando 12 inventarios por cada nivel de residencia, que se completarán en forma anónima y auto administrada. Las mismas serían llenadas individualmente y depositadas en una urna para mantener el anonimato.

Lugar de realización del trabajo :

Hospital de Niños Sor María Ludovica, ciudad de La Plata.

Médicos residentes en pediatría . Niveles 1-2-3

Cronograma de Actividades:

- Búsqueda Bibliográfica / Mayo
- Estudio del hospital como institución /Mayo
- Investigación sobre el contexto socio histórico actual /Junio
- Administración del MBI a los médicos de los 3 niveles de residencia de pediatría del Hospital / Junio
- Análisis de los Inventarios /Julio
- Confección del Informe final / Agosto

Bibliografía Básica de referencia:

Espinoza Arranz, Zamora Auñon y Ordóñez. (1994). *El Síndrome de Agotamiento Profesional*.

Filgueira ,Nea ; Fassler ,Clara ; Aguirre, Rosario ; Saavedra, Carlos y otros .
(1997) *Entre sufrimientos y gratificaciones* .Serie La salud del trabajador de salud. Ed. Nordan – Comunidad

Gervás J, Hernández LM. (1989). *Tratamiento de la enfermedad*. Med. Clin Barcelona

Gil – Monte ,Pedro R.; Peiró Silla ,José M.(1997) . *Desgaste Psíquico en el Trabajo : El Síndrome de Quemarse* .Ed . Síntesis Psicología

Gómez Sancho M,. (1994). *Síndrome de Burnout . El cuidado de los cuidadores. Cuidados paliativos e intervención psicosocial*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPPS .

Peiró, José Maria ; Salvador, Alicia (1993) *Control del Estrés laboral* . Ed. Eudema

Rodríguez Marín ,Jesús ; Zurriaga Llorens, Rosario.(1997) *Estrés , Enfermedad y Hospitalización* . Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública .

Wolfberg , Elsa (2002) *Prevención en Salud Mental* . Lugar Editorial.

Bibliografía suministrada por el Grupo de Investigación en Psicología Clínica: "*El Síndrome de Burnout , sus posibles resignificaciones en el personal de salud*"- UNMdP , dado que esta investigación se inspira en la de la cátedra.


www.psycologia.com/articulos/ar-pgil

www.psicologia-online.com/autoayuda/burnout

www.psiquiatria.com

www.prevenccionintegral.com

www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199703/burnout


CARMÉN M. FERNÁNDEZ SALGADO
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
M. P. 45107

Firma del Supervisor


NANCY TERRONI
LIC. EN PSICOLOGIA
MAT. 45862

Firma del Co-supervisor





Firma de los Alumnos

PI Área de investigación:

Resultado de la evaluación (aprobado/ rehacer)


APROBADO

Fecha: 7/7/04

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	3
1.2.	Objetivo General de la Investigación	6
1.3.	Objetivos particulares	
1.4.	Hipótesis	
2.	EL HOSPITAL	7
2.1.	Sistema de Salud Argentino	13
2.2.	Crisis Actual y Atención de la Salud	14
2.3.	Historia del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la Ciudad de la Plata	15
2.4.	Datos sociodemográficos actuales del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la Ciudad de la Plata	19
2.4.1.	Residencias de 1º Nivel	24
2.4.2.	Residencias de 2º Nivel	
2.5.	Organizaciones No Gubernamentales (ONG)	25
3.	SÍNDROME DE BURNOUT	26
3.1.	Delimitación conceptual del Síndrome	
3.2.	Determinantes del Síndrome de Quemarse por el Trabajo ...	29
3.3.	Delimitación conceptual del Síndrome de Burnout mediante la diferenciación con otros conceptos	32
3.4.	El Desarrollo del proceso del Síndrome de Burnout	34
3.5.	Principales modelos explicativos del Síndrome de Burnout ...	40

3.6.	Medida y Diagnóstico del Síndrome de Burnout	47
4.	DESENCADENANTES Y FACILITADORES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	52
4.1.	Desencadenantes del Síndrome de Quemarse por el Trabajo..	53
4.1.1.	Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral	
4.1.2.	Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera	54
4.1.3.	Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales	56
4.1.4.	Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relación trabajo – familia	59
4.2.	Facilitadores del Síndrome de Quemarse por el Trabajo	
4.2.1.	Variables de carácter demográfico	
4.2.2.	Variables de personalidad	62
4.2.2.1.	Patrón de personalidad tipo A	63
4.2.2.2.	Locus de control	65
4.2.2.3.	Las variables de personalidad del “self”	66
4.2.2.4.	Personalidad resistente (hardiness)	67
5.	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	69
5.1.	Tipología de las estrategias de afrontamiento	70
5.2.	Estrategias Individuales	71

5.2.1.	Técnicas para la adquisición y mejora de las estrategias individuales de afrontamiento	72
5.2.2.	Entrenamiento en solución de problemas	
5.2.3.	Entrenamiento de la asertividad	73
5.2.4.	Programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz	74
5.2.5.	Otras estrategias de afrontamiento desde la perspectiva individual	75
5.3.	Estrategias de carácter interpersonal y grupal: el apoyo social en el trabajo	76
5.3.1.	Apoyo social: tipología y funciones	77
5.3.2.	Estrategias para la implementación del apoyo social en el trabajo..	78
5.4.	Estrategias organizacionales para la prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo	80
5.4.1.	Programas de socialización anticipatoria	
5.4.2.	Evaluación y retroinformación	82
5.4.3.	Desarrollo organizacional	84
5.4.4.	Otras estrategias desde la perspectiva de la organización	85
6.	LA SALUD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: RIESGOS Y PREVENCIÓN	87
6.1.	Condiciones de trabajo del personal de salud	
6.2.	Disminución de la calidad y cantidad de trabajo	90
6.3.	¿Qué pasa con el trabajo médico?	91

7.	METODOLOGÍA:.....	94
7.1	Participantes.....	
7.2	Materiales.....	
7.3	Procedimiento.....	
7.4	Aspectos vivenciales.....	95
8.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:.....	97
8.1	Características de la muestra.....	
8.2	Análisis descriptivo correspondiente a cada año de Residencia.....	98
8.3	Descripción Estadística.....	101
9.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	108
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	110
11.	ANEXOS.....	112
11.1	Anexo 1: Inventario MBI	
11.2	Anexo 2: Entrevista con la Jefe de Residentes de Pediatría Clínica Del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata	

AGRADECIMIENTOS

Las autoras de esta investigación agradecen a la Lic. Carmen Rodríguez Salgado por suministrar información bibliográfica del Grupo de Investigación en Psicología Clínica: *"El Síndrome de Burnout , sus posibles resignificaciones en el personal de salud"*- UNMdP ,dado que esta investigación se inspira en la de la cátedra. Además, por brindar espacios de reflexión que fueron guía para abordar la temática elegida, y por el aporte bibliográfico que fue beneficioso al momento de la apreciación teórica del material relevado.

Agradecen también a la Lic. Nancy Terroni que mantuvo una actitud de diálogo abierto, y por la guía en cuanto a los aspectos metodológicos, que fueron fundamentales a la hora de analizar los datos obtenidos, además del material aportado.

Expresan su agradecimiento al grupo de médicos residentes, por brindar su colaboración respondiendo a los inventarios, facilitando así el proceso de toma de contacto con los datos obtenidos.

Agradecen a las autoridades del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata por la colaboración , por abrir sus puertas para la administración de los inventarios y por brindar información referente a la historia y datos sociodemográficos del hospital. Además destacamos la cooperación que nos brindó la Jefe de Residentes del Hospital, por conceder

una entrevista que aportó información relevante y por brindar la colaboración necesaria.

Dan su gratitud a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y en ella a sus docentes, por brindar conocimientos teóricos y prácticos durante la carrera.

Y no pueden dejar de mencionar a las familias de cada una que con sostén y estímulo posibilitaron la realización de esta investigación, y con ella la culminación de la formación académica.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se inspira en el trabajo “El Síndrome de Burnout, sus posibles resignificaciones en el personal de salud”, que lleva adelante el Grupo de Investigación en Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y surge por la motivación e interés de las autoras, por aspectos que hacen a la comprensión y prevención de la salud de los trabajadores de salud.

Para la realización de la misma, consideran importante desarrollar las características del Síndrome de Burnout, dado que se trata de una nueva enfermedad que afecta de manera muy especial al personal sanitario en general. Se pretenden exponer algunos lineamientos generales respecto a los síntomas, posibles consecuencias y prevención del Síndrome.

Dada la importancia y magnitud de la afectación de los profesionales de la salud en los estudios de campo realizados recientemente, se ha considerado tratar esta patología derivada del estrés, teniendo en cuenta que los estresores a los que estos profesionales se enfrentan cotidianamente, les provoca una respuesta de estrés que puede desarrollar la enfermedad.

Atentas a la complejidad del entorno político, social, económico y la crisis del sistema de salud, se investiga la influencia que estos aspectos tienen en el hospital público, surge como inquietud conocer y analizar las condiciones laborales y sus posibles consecuencias en la salud. Para ello se

elige la población de médicos residentes de 1º, 2º y 3º nivel de pediatría clínica.

¿Por qué esta elección? Porque estos profesionales se esfuerzan de un modo intenso con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedad, como así también de afectar negativamente su rendimiento, su calidad de servicio profesional. Esta residencia estructurada en tres años, implica el inicio y el fin de una instancia de entrenamiento obligatorio. ¿Cómo piensan estos profesionales al inicio y al final de esta práctica? ¿Se sienten más estresados al iniciar o al concluir esta etapa, que a su vez es el inicio de otra?

Las condiciones laborales de estos profesionales, ¿favorece el desarrollo del síndrome?

Ante tantos interrogantes, las autoras consideran que los programas de contención psicológica para médicos y profesionales de la salud, serían una respuesta adecuada a la situación laboral de estos profesionales. Se destaca la figura del médico, que durante horas, atiende fluctuante número de pacientes, con diversos grados de emergencias y tipos de dolencias. Cabe cuestionarse cómo se relacionan con los pacientes, qué emociones les despiertan sus demandas y las situaciones límites que enfrentan. ¿Genera en los médicos alteraciones psicológicas esta modalidad de trabajo? ¿En qué manera incide en el desempeño profesional y vivencia personal del médico, la realidad sociocultural actual?

Desde la psicología es dable observar la realidad con una visión diferente que desde otras ciencias humanísticas y sociales. El trabajo

interdisciplinario, en el área de la salud enriquecería el desempeño de los médicos en servicios donde la labor es más estresante.

Para orientar esta investigación descriptiva y exploratoria, sirven de guía los objetivos particulares y el objetivo general de este trabajo, que se detallan más adelante.

El lugar de realización del trabajo es el Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

Esta tesis intenta contribuir al desarrollo de la psicología, con un planteo comprometido con la realidad de los profesionales de la salud.

Objetivo General de la Investigación

Investigar la existencia del Síndrome de Burnout en los residentes de pediatría clínica del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

Objetivos Particulares

Recabar datos bibliográficos sobre el tema.

Investigar sobre el contexto socio-histórico del hospital en el que se realizará el trabajo de campo.

Describir las características del Síndrome de Burnout.

Investigar las condiciones laborales de los residentes de pediatría clínica del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

Hipótesis

La Hipótesis, pilar de las autoras en su trabajo de Tesis es la siguiente:

El trabajo diario de los residentes de pediatría del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata genera un estado de agotamiento que tiene que ver con el Síndrome de Burnout.

EL HOSPITAL

Desde hace ya algunos años el hospital general está sufriendo importantes cambios. Algunos de los servicios que eran propios de los hospitales están siendo asumidos hoy en día por otros centros independientes o de cuidados ambulatorios. Pero, al mismo tiempo, los hospitales expanden sus actividades a áreas antes no consideradas, como los servicios de rehabilitación y la hospitalización domiciliaria.

Económicamente, los hospitales se han convertido en grandes empresas de servicios y forman parte de una de las industrias más importantes: la de los servicios sanitarios.

Como toda organización, el hospital no puede ser entendido eficazmente si se lo considera en el vacío, al margen del sistema social en el que se inserta.

Dentro del sistema social, las funciones que desempeña cada organización se cumplen de acuerdo con el “paradigma vigente”, que afecta a los procesos teóricos (científicos y técnicos) que constituyen los modos según los cuales se intentan conseguir las metas de la organización. Estas metas son función del sistema social, aunque en la profesión médica parece existir independencia y plasticidad al establecer los fines de la organización.

El paradigma de cuidado de salud que rige hoy en día en la sociedad post-industrial occidental es el “biomédico”, dentro de cuya estructura, la práctica médica se considera como una tecnología aplicada. El cuidado y

tratamiento médico se estructuran en términos de criterios técnicos (validez del diagnóstico, precisión del tratamiento, alivio de los síntomas y terminación del proceso de enfermedad). Esta tendencia se ve incrementada en la etapa de entrenamiento clínico, ya que tal entrenamiento se realiza en grandes hospitales, en los cuales el uso de tecnología médica en gran escala acentúa tal tendencia. Aunque el uso de criterios científicos y de la tecnología que se deriva de ellos es correcto y necesario, sin embargo, la creciente dependencia de la tecnología ha producido un descuido de los aspectos psicosociales que inevitablemente concurren en tal problema.

El sistema de servicios de cuidado sanitarios se caracteriza por desigualdades muy pronunciadas; los servicios se proporcionan de manera diferente a los distintos grupos socioeconómicos de la sociedad, a tal punto que se lo puede considerar como un sistema de cuidado de salud dual: uno para ricos y otro para pobres. La población con un nivel socioeconómico más elevado tiene acceso a la medicina privada, aunque en ocasiones también se ve beneficia de la mejor medicina pública.

El papel del hospital ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas. Ya no es el lugar en donde se va a morir, y sí el lugar en donde habitualmente se va a nacer, a ser diagnosticado y tratado de múltiples enfermedades. (Marín, 1997).

Los hospitales se diferencian entre sí en el tipo de edificios, su tamaño y sus posibilidades económicas, y también en sus programas y en el medio ambiente social que presenta a sus enfermos, al personal y al público.

La diferencia estructural depende de dos procesos básicos: de la densidad de población y del desarrollo tecnológico.

Todas estas características se relacionan con la calidad de la asistencia que se brinda al paciente y con la satisfacción de éste.

A pesar de todas estas diferencias, los hospitales son organizaciones que tienen fines, actividades y estructuras sociales similares. Además, implican un modelo cultural reconocido, una "institución-tipo". Son organizaciones complejas que incorporan las tendencias históricas y las innovaciones actuales. Son unidades de custodia, centros de tratamiento, instituciones de enseñanza, centros de investigación y laboratorios. (Marín, 1997). Si bien las funciones son diversas, tienen una meta organizacional: el cuidado del paciente. Además tiene todos los atributos de una sociedad: numerosas unidades, cuerpo gobernante, métodos para socializar, entrenar a nuevos empleados, facilidades para trabajar y representar los roles correspondientes. Dentro del hospital se da el tradicional agrupamiento de pacientes por salas, de acuerdo a la edad, sexo y tipo de enfermedad. También tienen unidades especiales, como las de enfermedades crónicas, infecciosas, de rehabilitación y otras.

La situación de la organización hospitalaria es compleja por la presencia de las profesiones que convergen en ella. La naturaleza especial de la autonomía profesional, sobre todo en el caso de los médicos, hace que su posición dentro del organigrama del hospital origine un sistema de diferentes líneas de autoridad dentro del mismo.

Existen al menos dos líneas de autoridad en el hospital: una profesional y una administrativa. Los médicos están en la cima de la línea profesional, basada en la experiencia y en la destreza respecto del objetivo fundamental: el cuidado del enfermo. Se les atribuye un estatus alto, porque necesitan un importante entrenamiento para obtener sus destrezas y son los principales responsables del tratamiento del paciente, tendiente a restablecer la salud del mismo, es decir, curarlo.

La segunda línea de autoridad es la de la administración hospitalaria. Habitualmente los gerentes o administradores de hospital carecen de destrezas técnicas precisamente en el área que supervisan, es decir en el cuidado de los pacientes. Sin embargo, tienen una visión general del funcionamiento del hospital de la que carecen los médicos, destrezas técnicas en el campo de la gerencia y de la organización. Su compromiso con el hospital es que éste, en su conjunto, funcione armónicamente, que las personas y las cosas estén donde deben estar, y haciendo lo que deben hacer. Es decir, que su principal función es que el hospital alcance su meta organizacional básica con la mayor agilidad, eficiencia y economía de medios.

Asimismo, existen sectores dentro del hospital que están implicados en diversas líneas de autoridad, como el personal de enfermería, los servicios de farmacia, patología, radiología y de documentación clínica. Es en estos sectores donde con mayor frecuencia surgen los inevitables conflictos de autoridad.

Dado que tanto médicos como administradores se encuentran igualmente dotados de autoridad, aunque por razones diferentes y opuestas, esta situación genera problemas en los escalafones inferiores. Un personal especialmente afectado por este conflicto de autoridad es el de enfermería, cuya función principal se orienta al cuidado del paciente e implica un aspecto humano del tratamiento. El médico lo considera como su ayudante, pero en realidad se trata de un empleado del hospital. Esta duplicidad de la autoridad hace que el papel de los enfermeros sea a menudo muy conflictivo, ya que se encuentra sujeto a las directrices de ambas líneas de autoridad, teniendo incluso a veces que desobedecer las órdenes de una autoridad para satisfacer las necesidades de la otra. Se encuentran así en una situación de subordinación múltiple.

Las tres metas señaladas: cura, cuidado y gestión son aspectos del mismo objetivo, y entran a menudo en conflicto.

Marín (1997) resume las características de la estructura social del hospital halladas por Coe: 1) un sistema múltiple de autoridad en el cual la organización administrativa está basada en los principios de una burocracia y tiene una autoridad racional-legal, mientras que el personal médico está organizado a lo largo de líneas colegiales y tiene una autoridad carismática; 2) una gran división del trabajo, entre los miembros del personal médico y en el sector administrativo; 3) un tercer rasgo del hospital moderno es su naturaleza autoritaria.

Desde una perspectiva cultural, cabe hablar de una específica subcultura, "cultura hospitalaria", que queda establecida por el grupo

profesional dominante (la profesión médica) y por el propio marco hospitalario, ya que tanto en uno como en otro caso nos encontramos con normas, valores, creencias y símbolos, que se transmiten de generación en generación; por un entrenamiento institucionalmente establecido dentro del sistema social general, y por la profesión médica en particular.

Cabe mencionar a modo de cierre, algunos aspectos con respecto al entorno físico del hospital. La arquitectura y decoración de la mayoría de los hospitales no son muy alentadoras. Esos enormes edificios con sus sonidos, escenas y olores tan característicos, constituyen para la mayor parte de las personas un lugar poco agradable y no muy tranquilizador, incluso amenazante. Los pacientes, con frecuencia, se sienten como huéspedes no muy bienvenidos, pero deben permanecer allí para salvar sus vidas y, a la vez, con miedo a perderla. Los hospitales se asocian habitualmente con el dolor y con la muerte (quizás como reminiscencia de su historia). Sin embargo, el hospital está habitado, por decirlo de alguna manera, por un personal especial que ha elegido estar allí. Para esas personas el hospital es simplemente el lugar en donde trabajan, la mayor parte de las veces sobrecargadas de diversas actividades y viéndose envueltas en escenas cotidianas, que transmiten una impresión de una máquina trabajando al límite de sus posibilidades.

Sistema de Salud Argentino

El sector de salud en la Argentina se encuentra estructurado a través de tres pilares: hospitales públicos, la seguridad social y las empresas de medicina prepaga. Los recursos que maneja el sector salud, alcanzan para proporcionar servicios efectivos posibles para toda la población. Las fallas de orden político -sanitarias, posibilitan que los fondos se dispersen.

La atención de las obras sociales y el PAMI, son irregulares, por tal motivo, una parte de la población, se afilia a empresas de medicina prepaga, que en ciertos casos cumplen con el servicio prometido. Ante la ausencia o defecto de las prestaciones, el hospital público, opera como prestador de última instancia, que atiende tanto a trabajadores autónomos de bajos recursos, desempleados, y aquellos trabajadores que no encuentran la cobertura necesaria en sus servicios contratados o asignados.

El hospital público es una de las partes más importantes de nuestro sistema de salud, donde se realizan acciones de promoción y prevención de la salud, posee asimismo sistemas de emergencias médicas y cumple funciones de pregrado y postgrado.

El deterioro de la estructura y arquitectura, se debe a inversiones en tecnología de alta complejidad, pero actualmente no cuenta con el presupuesto necesario para su mantenimiento.

Crisis Actual y Atención de la Salud

Los problemas de la atención de la salud se dan en el marco de la crisis que vive nuestra sociedad, y no pueden ser analizados sino en el torbellino que experimenta nuestra época y que será vista probablemente en el futuro con visión histórica, como una gran fractura en la evolución cultural del hombre. El problema se presenta, pues, con una doble perspectiva: por un lado la atención de la salud sufre la repercusión de la crisis de la sociedad y una época de choques de ideologías, desarrollos tecnológicos, perturbaciones políticas, que repercuten inevitablemente sobre el hombre. La literatura al respecto es amplia, filósofos, sociólogos, hombres de ciencia han analizado desde todos los ángulos y lo han asociado en gran medida con una crisis de nuestros sistemas de valores. Por otro lado, la atención de la salud no ha permanecido ajena a este proceso, sino que su desarrollo ha seguido las mismas líneas de evolución para desembocar en la misma crisis.

Historia del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata

En el año 1888, la sociedad de damas de beneficencia adquirieron una casa en calle 8 entre 41 y 42 (hoy Casa del Niño) para que funcione el Hospital provisoriamente, mientras se gestionaba la construcción del Hospital en calle 14 entre 65 y 66.

El 24 de agosto de 1887, se donó a las damas de beneficencia la manzana de tierra, calles 14,15, 65 y 66, para la construcción del Hospital de Niños en la dirección actual.

En 1889, ante la colocación de la piedra fundamental del Hospital estuvieron presentes 3 religiosas Hijas de Nuestra Señora de la Misericordia llamadas por las Damas de Beneficencia para que se hicieran cargo del Hospital.

Se inauguró el actual edificio en 1894. Sus primeros profesionales fueron : el Dr. Ambrosio Cnadri, el cirujano Dr. Vicente Centurión, el farmacéutico José María Ferreyro y el practicante Nico Reynal O` Conor.

El Hospital contaba con dos salas para enfermos, una para varones y otra para nenas, con 30 camas cada una, y una salita de 6 camas para enfermos infectocontagiosos.

En el año 1909 se inauguró el pabellón para enfermos infectocontagiosos, que constaba de dos salas de 12 camas cada una.

Las autoridades del Hospital solicitaron sea nombrada Administradora la Hermana Sor María Ludovico de Angelis, debido a sus dotes y capacidad. Este cargo lo ocupó hasta febrero de 1962.

En el año 1913, se construyeron la morgue, el anfiteatro y la sala velatoria.

En 1915 fue nombrado el oftalmólogo Dr. Rafael Romano y se nombró superiora a Sor María Ludovica.

En 1916 se inauguraron las consultas de oftalmología y odontología y se compró un aparato de Rayos X.

En 1917 fue nombrado el médico ad-honorem del Servicio de Otorrinolaringología, el Dr. Alberto Cvazzutti.

En 1918 se inauguró la sala de operaciones y en la antigua se instaló el Servicio de Esterilización.

En 1922 se creó el Laboratorio y su Jefe fue el Dr. Carlos Teobaldo.

En 1925 se inició la construcción del pabellón de cirugía.

En 1930 se construyó el pabellón de lactantes y otorrinolaringología, con capacidad para 95 camas en total.

En 1931 se ampliaron los siguientes Servicios: Cirugía; Lactantes (que consta de subsuelo, planta baja y primer piso); Otorrinolaringología y Farmacia.

En 1932 se inauguró el pabellón de Cirugía y otras dependencias, nuevos Servicios de Rayos X, salas de Oftalmología y Consultorios Externos de clínica médica, cirugía, otorrinolaringología, odontología.

En 1935 se amplió el laboratorio, la morgue, el anfiteatro, la capilla, la galería cerrada y los sanitarios.

En 1938 se refaccionaron las salas de ortopedia y traumatología, con capacidad para 30 camas cada una.

En este período el Hospital ya contaba con subsuelo, planta baja, primero y segundo piso.

En 1943 se inauguró oficialmente el Solario Marítimo anexo de este Hospital, construido en Punta Mogotes, Mar del Plata. Durante este año disfrutaron de los beneficios del clima de mar 50 pacientes de este Hospital.

En 1944 se inauguraron los servicios internos de transfusión sanguínea.

En 1947 comenzó a funcionar la escuela número 95 para que los enfermos no se vean obligados a suspender sus clases durante los tratamientos en traumatología y ortopedia. Se inauguró el Instituto de Hemoterapia.

En 1952, la dirección del Hospital queda intervenida. Y en 1955 se nombró al nuevo director del Hospital, Dr. Ferrando.

En 1961 se inauguraron los nuevos Consultorios Externos de Clínica Médica, Lactantes, Alergia, Neurología y Odontología.

El 25 de febrero de 1962 falleció la Superiora Sor María Ludovica de Angelis, quien trabajó por más de 50 años por el bien de la niñez. Se gestionó la autorización para designar con el nombre de Superiora Sor María Ludovica al Hospital de Niños de la ciudad de La Plata. La aprobación

fue concedida a través de un decreto, a partir de ese momento llevó el nombre de Hospital de Niños Sor María Ludovica.

En 1977 se construyó el Departamento de enfermería bajo la dirección y mando de la Hermana Emilia Paternesto.

En 1980 se inauguró el servicio de Terapia Intensiva del Gran Quemado.

En 1982 se habilitó el Servicio de Gastroenterología.

En 1985 se produjo la inauguración de Hemodiálisis.

En 1992 se inauguró la sala de Inmunocomprometidos, destinada a niños con grandes enfermedades sanguíneas. La misma constaba de 10 habitaciones con baños privados, sala de estar, televisores, dependencias necesarias para médicos y enfermería.

En 1993, se trasladaron los consultorios externos del Hospital a la calle 16 y 63.

En 1996 se inauguraron las nuevas instalaciones del Servicio de Neonatología.

Datos Sociodemográficos Actuales

Ubicación del Hospital: Calle 14 N°1361 La Plata (1900)

Teléfonos: (0221) 453-5901/07 Interno 15340

Fax: (0221) 453-5930

El Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata cuenta con diferentes áreas.

Área Asistencial : Se desarrolla en niños de 0 hasta los 14 años y 364 días. A partir de esa edad se comienza la transición a centros asistenciales de adultos en forma gradual y progresiva. A los 18 años el paciente debe pasar a ser atendido completamente en un centro asistencial para adultos. Esta modalidad de atención no tiene precedente en el medio hospitalario y contribuye a racionalizar el uso de los recursos. Ante el aumento de la sobrevida de pacientes se impone incorporar modelos de gestión que garanticen la calidad de atención y concomitantemente contribuyan a asegurar la disponibilidad de recursos. Solo esta coordinación de acciones permite lograrlo.

La actividad asistencial se realiza en la clínica, cirugía y especialidades pediátricas. Cuenta con 29 salas de internación que permiten albergar a 350 pacientes, ello determinó que durante el año 1999 se hayan producido 14608 egresos con una mortalidad de solo el 1.56%; en el primer trimestre de este año se han producido 3464 egresos con una mortalidad de 1.44%.

En el Servicio de Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se atienden prematuros extremos cuyo peso de nacimiento es de hasta 450 grs. así como recién nacidos con graves malformaciones que requieren tratamiento quirúrgico, o bien patologías derivadas que demandan sofisticados tratamientos para oxigenación: se ha incorporado la utilización de ventilación de alta frecuencia, y utilización de óxido nítrico; recursos aplicados con equipamiento de última generación.

En cirugía se han incorporado procedimientos de excelentes resultados y menor riesgo para el paciente. Se han iniciado las intervenciones con laparoscopia video asistida habiéndose efectuado una esplenectomía por vía laparoscópica.

Este Hospital es el único centro del sector público en el que se realizan reimplantes de miembros a nivel pediátrico con técnica micro quirúrgica.

En neurocirugía se realiza cirugía estereotáxica con excelentes resultados así como complejas intervenciones sobre tumores del sistema nervioso central.

La cirugía reparadora en quemados y malformados ha hecho acreedor al equipo dirigido por el Dr. Carlos Perroni de importantes premios por los logros obtenidos.

La utilización de láser en numerosas cirugías, inclusive su aplicación en cirugía ortopédica ha sido un avance sin precedentes en nuestro país.

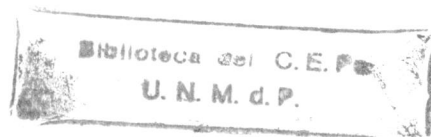
Desde abril de 1998 hasta la fecha se han realizado doce cirugías video asistidas de columna vertebral en pacientes con deformidades o tumores.

El Servicio de Cirugía Pediátrica ha realizado separación de siameses de aquellos casos en los que resultó posible por el tipo de fusión. Asimismo, este Servicio ha incorporado la Cirugía percutáneas realizadas con intervenciones mínimas guiada por imágenes.

Desde 1998, el Servicio de Hematología ha realizado 22 trasplantes de médula ósea (células progenitoras hematopoyéticas): 14 alogénicos y 8 autólogos. En los 14 trasplantes alogénicos, los donantes fueron los hermanos: histoidénticos en 12 casos y con un antígeno de diferencia en dos casos. En 13 casos se extrajo médula ósea y en uno se utilizó sangre del cordón umbilical. Las indicaciones de trasplantes fueron en su mayoría por enfermedades hematológicas: 11 pacientes con diagnóstico de leucemia aguda, 4 de anemia aplásica severa, 3 linfomas y 1 síndrome mielodisplásico. Este es el único Centro en el que se realizan estos procedimientos en una actividad conjunta con CUCAIBA .

El Servicio de Cirugía Cardiovascular ha realizado desde 1998, 7 trasplantes cardíacos, uno de ellos en un recién nacido de pocos días de vida, procedimiento que se realiza en escasos centros del mundo. Asimismo, el Servicio de Cardiocirugía es el único centro pediátrico del país donde se realiza ECMO. (Extracorporeal Membrane Oxigenation), recurso muy complejo y de alto costo.

En el Servicio de Nutrición, se realiza nutrición parenteral, incluso domiciliaria. Este recurso ha permitido tener la máxima experiencia en



pacientes con intestino corto; 28 pacientes. Muchos de estos pacientes sólo pueden sobrevivir si se realiza un trasplante de intestino, técnica que actualmente excepcionalmente se realiza adentro en el país.

En el área de Laboratorio es de destacarse que este es el único Hospital provincial donde se ha desarrollado la Biología Molecular, recurso diagnóstico imprescindible para numerosas patologías. Asimismo la sección Virología es la única de esta magnitud dentro de los hospitales provinciales.

En el Servicio de Cardiología, el equipo de Hemodinamia ha realizado intervencionismo, procedimiento que permitió resolver patologías severas sin realizar intervenciones quirúrgicas.

El Hospital cuenta con un sólido Servicio de Imágenes donde se realizan, tomografías, centellografías, intervencionismo diagnóstico y terapéutico y debe destacarse la actual instalación de un angiógrafo de última generación.(el que se inaugura) Angiógrafo Biplano Universal. Marca Toshiba, modelo Angiorax.

El equipamiento instalado es una expresión acabada de tecnología moderna surgida como consecuencia del perfeccionamiento y conversión innovadora de una aplicación médico-técnica. Es el segundo de su tipo disponible en el país; el otro se encuentra en el Hospital Garrahan de la ciudad de Buenos Aires.

Nuevas posibilidades técnicas significa tener acceso a novedosos campos de aplicación especialmente en las recientemente surgidas técnicas intervencionistas.

El equipo está constituido por dos arcos, uno en C y el otro en Gama que permiten el examen en dos planos simultáneos.

Dicho brazo permite un examen radioscópico y radiológico multiplanar eficiente y rápido.

Desde un panel digital indicador suspendido que se encuentra junto a los 5 monitores, los profesionales que realizan la práctica pueden controlar desde la cabina de comando.

La mesa de examen, versátil en su capacidad de movimiento, facilita la ubicación del paciente.

Posee el más moderno procesamiento digital de imágenes con técnicas de sustracción y de seguimiento al acecho y radiografía digital seriada. También cuenta con Servicios de Dermatología, Física y Rehabilitación, Cirugía Plástica y Quemados, Oftalmología y Unidad de terapia intensiva, Fonoaudiología, Otorrinolaringología.

En el área docente se realiza docencia de pre y postgrado. En el caso de pre grado funcionan en el Hospital varias cátedras, 2 de ellas tienen su sede en el Hospital: Pediatría I y Enfermedades Infecciosas tienen en él su sede.

Además numerosas cátedras de la Facultad de Medicina y otras facultades desarrollan su actividad docente en esta Institución. Asimismo llevan a cabo actividad práctica los alumnos de carreras técnicas como radiología, hematología, enfermería, obstetricia, etc. En lo relativo al postgrado, el Hospital es sede de numerosas residencias del área pediátrica, contando actualmente con 135 residentes y jefes de residentes. La

Residencia de Clínica Pediátrica se inició en 1968, por Iniciativa del Prof. Dr. Juan Vicente Climent y hoy cuenta con un total de 16 instructores.

Este año se dio comienzo a la primera residencia de enfermería neonatal que existe en el país. Este proyecto largamente anhelado significa uno de los aportes más importantes en la formación de recursos humanos.

Residencias de Primer Nivel:

Clínica Pediátrica, Rehabilitación, Psiquiatría, Servicio Social, Bioquímica, Psicología, Farmacia, Enfermería .

Residencias de Segundo Nivel:

Terapia Intensiva Neonatal, Terapia Intensiva, Pediátrica, Terapia Intensiva Pediátrica, Medicina Interna Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Cardio Cirugía Pediátrica, Neurocirugía Pediátrica, Ortopedia Infantil, Bioquímica de Segundo Nivel, Diagnóstico por Imágenes, Hematología, Nefrología, Nutrición, Cardiología, Neumonología Pediátrica, Neurología, Informática.

El hospital cuenta con un enlace dedicado a internet que permite que las áreas de Docencia y Biblioteca puedan acceder a infinidad de bases de datos médicas alrededor del mundo. En breve se contará con un portal que posibilitará brindar servicios a distancia, tales como consulta de casos, derivación de pacientes, etc.

Organizaciones No Gubernamentales (ONG)

Desde 1991 funciona la Fundación del Hospital de Niños de La Plata que aporta al progreso y desarrollo institucional; en la actualidad está desarrollando la recaudación de dinero que permitirá construir un Hogar de Transito para los padres de los pacientes que atienden en el Hospital. Asimismo cuenta con una Asociación cooperadora que contribuye con aportes que complementan el presupuesto oficial. El servicio de voluntarias contribuye al sostén afectivo de los pequeños internados, y a la compañía de las familias.

Funcionan en el hospital grupos de autoayuda, son grupos de padres de niños con la misma patología que se nuclean para resolver problemas comunes a la enfermedad de sus hijos, a sí como para apoyar el mejoramiento de las condiciones de atención en los respectivos Servicios.

Desde hace 52 años funciona en el Hospital una escuela especial n° 509 para que los pacientes que se encuentran internados no interrumpan la escolaridad. Surgió por iniciativa del Dr. Héctor Giglio y el Prof. Vitalone cuando se produjo la epidemia de poliomeilitis, actualmente concurren pacientes de diferentes servicios y este año se inició la alfabetización de madres analfabetas para que como mínimo aprendan a leer las indicaciones médicas. Esta actividad está a cargo de docentes de la escuela. También cuenta con biblioteca con el material usado por las docentes a cargo y voluntarias.

SÍNDROME DE BURNOUT

La expresión “estar quemado” se emplea coloquialmente para manifestar que se ha perdido la ilusión por el trabajo y que cualquier esfuerzo destinado a hacer las cosas bien es poco menos que inútil.

Técnicamente, estar quemado es estar agotado emocionalmente y mostrar una fuerte actitud negativa hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol.

El uso de una etiqueta común para designar un problema psicológico que altera la capacidad laboral de una persona suele ser problemático ya que añade confusión a cualquier intento de una definición rigurosa y técnicamente manejable.

Para evitar esa confusión, la mayor parte de los escritos españoles sobre el tema evitan la expresión estar quemado y usan en su lugar la inglesa “burn out” ... Los autores del libro “Desgaste psíquico en el trabajo” (Gil-Monte, Pedro R; Peiró Silla, José M, 1997) utilizan el término el síndrome de quemarse, haciendo un esfuerzo por imponer tal concepto en nuestro idioma.

Delimitación conceptual del Síndrome

El concepto de “ quemarse por el trabajo “ (burnout) surgió en Estados Unidos a mediados de la década de los años setenta

(Freudenberguer, 1974), para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios A lo largo de estos años el síndrome ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach y Jackson, 1981). Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, maestros, funcionarios de prisiones, etc. . .) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones. No obstante, el síndrome no está restringido a los profesionales de los servicios humanos. Maslach y Schaufeli (1993), señalan que . . . el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organizaciones, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral.

La necesidad de estudiar el síndrome viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse por de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados .

Es importante destacar que no existe una definición unánime aceptada sobre el síndrome de quemarse por el trabajo pero hay consenso en considerar que aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico.

En cuanto a su delimitación conceptual existen dos perspectivas diferentes: la clínica y la psicosocial . . . la primera entiende el síndrome de quemarse como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. Mientras que la segunda . . . apunta hacia su consideración desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. La diferencia estriba en que el síndrome como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral y, por el contrario, . . . como un proceso asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez diferenciada.

Dentro de la perspectiva clínica; . . .Freudenberguer (1974) señala que el síndrome hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y perdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la presentación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo . . . Entre otros, Pines y Arosón (1988) lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima.

Desde un enfoque psicosocial, la mayoría de los autores asumen la definición elaborada por Maslach y Jackson (1981) señala que el síndrome de quemarse debe ser conceptualizado como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo

que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad.

En esa definición, por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar mas de si mismos a nivel afectivo. . .La despersonalización puede ser definida como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales . . . de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas . . .mientras que a la falta de realización profesional en el trabajo se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente.

Determinantes del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en las Profesiones de Servicio

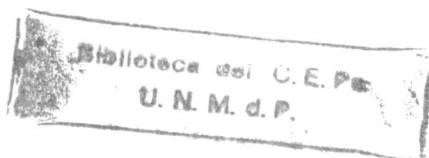
Los profesionales sanitarios , los profesionales de la educación , los trabajadores sociales , entre otros... , han sido identificados como colectivos ocupacionales proclives al desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Ya que el estrés en estas profesiones esta compuesto por una combinación de variables físicas , psicológicas y sociales Son profesiones en las que inciden estresores como escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, en algunas de ellas contacto directo con la enfermedad, el dolor, y 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, etc.

Respecto de los antecedentes del síndrome el entorno social, Mallet (1991) señala que en los últimos años, en la profesión de enfermería han surgido nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión , . . . se han formulado nuevos procedimientos para las tareas y funciones, han aparecido cambios en los programas de educación y formación de los profesionales, . . . y aumento de las demandas de servicios de salud por parte de la población. Estos cambios ocurridos en corto plazo, unidos a los problemas de índole económico , , han llevado a estas profesiones a una situación en la que los roles están poco definidos para la población y para los propios profesionales. Generando severas disfunciones del rol, problemas de desarrollo de carrera, condiciones laborales de riesgo, insuficiencia nivel salarial, etc.

Desde un nivel organizacional las profesiones señaladas se caracterizan por desarrollar un trabajo en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. . . Para Mintzberg (1988) las burocracias profesionalizadas requieren una serie de condiciones en el ambiente y en el clima organizacional para ser funcionales. Así el ambiente en el que esta inmersa la organización debe ser estable para permitir que las habilidades y procedimientos puedan llegar a estandarizarse.

La socialización laboral, según Peiró (1986), es "el proceso mediante el cual el nuevo miembro (de una organización) aprende la escala de



valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora “.

En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse.

A nivel del individuo, las características van a ser una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse. 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 proceso de quemarse. (Edelwich y Brodsky, 1980) Estos sentimientos llevan a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Esto lleva a que se sientan culpables de los fallos, . . .lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.

Cuando hablamos del Síndrome de Burnot dentro del marco contextualizador del estrés laboral, no podemos dejar de comprenderlo como una respuesta que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias considerándolo 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, . . . y para la organización.

Delimitación conceptual del Síndrome de Burnout mediante la diferenciación de otros conceptos

Son frecuentes las diferenciaciones con dichos conceptos como: *tedio, depresión, alineación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, neurosis existencial, o desencanto.*

Circunscribiendo el término burnout a las profesiones de ayuda cuyos profesionales trabajan con personas como objeto de trabajo, y emplear el término *tedio* para referirnos al mismo fenómeno en los sujetos que trabajan en otras ocupaciones.

A pesar de esto existen investigadores que usan ambos constructos como similares.

Mientras que el síndrome de burnout y la depresión presentan ciertas similitudes, como cansancio, retiro social, y sentimientos de fracaso. Además existe cierto solapamiento entre depresión y los sentimientos de agotamiento emocional. Esto origina que algunos autores los consideren sinónimos. Leiter y Durup (1994) señalan que el síndrome de burnout es un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales, mientras que *depresión* es un conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre esas relaciones interpersonales.

Por otra parte, Farber (1983) opina que la *depresión* se acompaña en mayor medida de sentimientos de culpa, el síndrome de quemarse por el trabajo se acompaña de enfado, ira y respuestas encolerizadas.

En relación a la alineación, Cherniss (1993) señala que este síndrome no es *alineación*, ya que la alineación ocurre cuando el sujeto tiene poca libertad para llevar a cabo una determinada tarea que es posible realizar, mientras que el Burnout se desarrolla cuando el sujeto tiene demasiada libertad para llevar a cabo una tarea que es imposible realizar.

Mientras que la alineación está influida por variables de tipo organizacional y de la carrera del sujeto, el síndrome de quemarse es un fenómeno específico de una profesión que está influido por variables situacionales.

Al considerar la ansiedad, Cotton (1990) menciona que es un síndrome de aprehensión, tensión, malestar que experimenta un sujeto al anticipar un peligro especialmente cuando el origen de éste es desconocido.

Por lo tanto la ansiedad puede ser una parte de la respuesta al estrés y puede ser considerada un rasgo de personalidad. Mientras el síndrome de burnout es más amplio que el concepto de ansiedad y ésta puede formar parte de aquél.

Otro concepto que aparece ligado al concepto de quemarse es el de *insatisfacción laboral*. Aunque el término de quemarse implica agotamiento o pérdida de motivación por el trabajo, también supone una actitud de despersonalización, mientras que este aspecto no se da en la insatisfacción laboral.

En relación a la *fatiga*, Pines (1993) indica que una de las principales diferencias entre burnout y fatiga física, es que el sujeto se recupera rápidamente de la fatiga pero no del síndrome de quemarse. Mientras que el

esfuerzo físico causa una fatiga que se acompaña de sentimientos de realización personal y en ocasiones de éxito, el síndrome de quemarse conlleva una experiencia negativa que se acompaña de un profundo sentimiento de fracaso.

Sin embargo el síndrome de quemarse, entendido como un proceso, supone una interacción de variables: afectivas, cognitivo- aptitudinal, y actitudinales, que se articulan entre sí en un episodio secuencial, con una relación de antecedentes –consecuentes, dentro del proceso mas amplio de estrés laboral.

Además, el síndrome de burnout ha sido a veces confundido con el *estrés*, dando lugar a la necesidad de establecer diferencias. El *estrés* es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el síndrome de quemarse solo tiene efectos negativos (Faber, 1994; D' Aurora y Fimian, 1988).

Todos los autores están de acuerdo en considerar el síndrome de quemarse como una respuesta al estrés laboral y calificarlo como una forma de tensión, entendiendo por tensión aquellos cambios psicológicos y conductuales del estrés sobre la persona y que son resultado de la acción de uno o varios estresores. Se trata de una respuesta a corto o medio plazo, en relación a las consecuencias que a mas largo plazo tiene el estrés crónico sobre las personas.

El Desarrollo del Proceso del Síndrome de Burnout

Es indispensable establecer el desarrollo del proceso de quemarse, para su identificación y prevención, como así también para poder desarrollar estrategias adecuadas para su intervención.

El primer modelo que aparece, resultados de estudios empíricos es el desarrollado por Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983). Para estos autores el síntoma inicial del síndrome es el desarrollo de actitudes de despersonalización, un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés. Posteriormente los sujetos experimentan baja realización personal en el trabajo y a mas largo plazo agotamiento emocional .

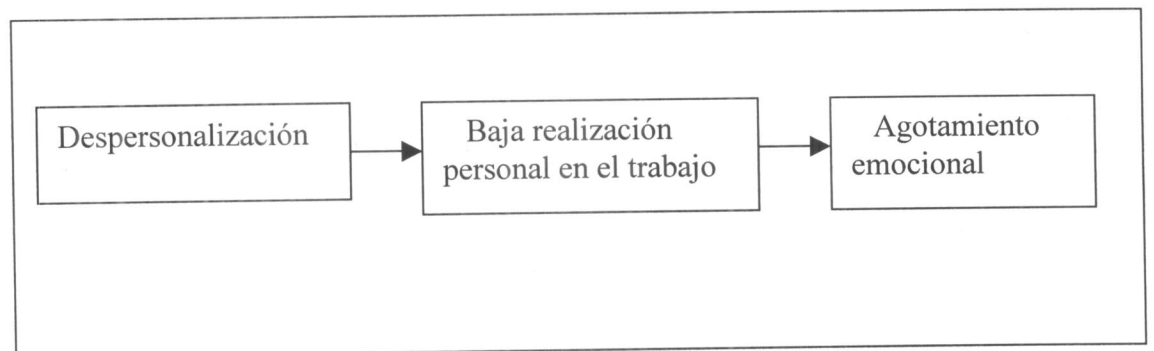


Figura 1.2 Desarrollo del proceso del síndrome de quemarse por el trabajo según Golembiewski y col. (1983).

Este modelo fue desarrollado desde el modelo de fases de Golembiewski y col. Tomado como referencia las puntuaciones en las tres escalas del “ Maslach Burnout Inventory “ (MBI) y tras dicotomizarlas en función de la media, los sujetos son asignados a un grupo en cada escala (alto vs. bajo) según la puntuación obtenida sea superior o inferior a la

media. La combinación de la puntuación en las tres escalas determina la fase a la que es asignado el sujeto.

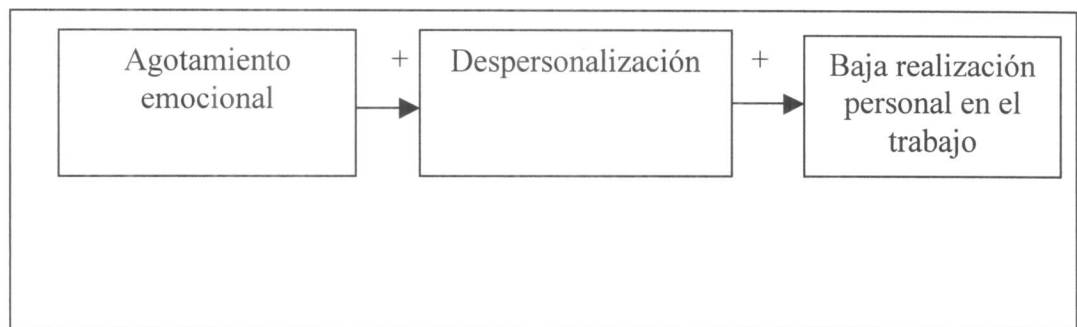
La progresión en las fases quedó establecida por comparación con las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las variables antecedentes y consecuentes del síndrome.

	Fases propuestas o estados del síndrome de quemarse por el trabajo							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización personal en el trabajo (inversa)	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Agotamiento emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

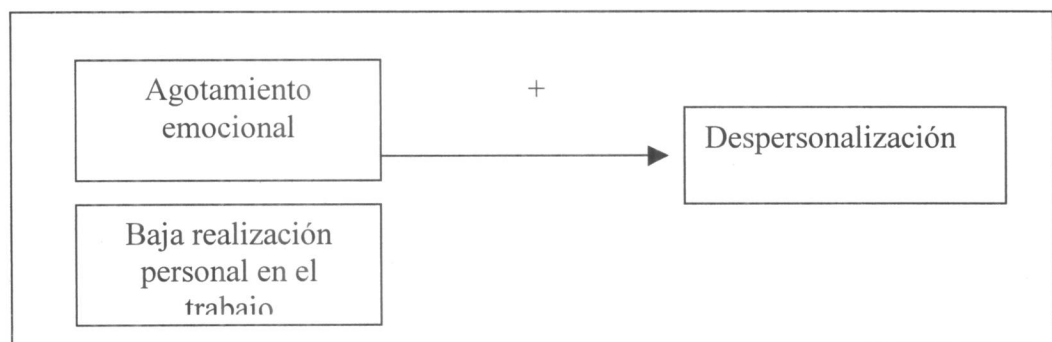
Para desarrollar el síndrome, los sujetos no tienen que pasar necesariamente por todas las fases establecidas en el modelo. Según el número de fases que atraviesa un sujeto se puede distinguir entre proceso agudo y proceso crónico.

Leiter y Maslach (1988) han propuesto un modelo alternativo sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse. Según este modelo, como consecuencia de los estresores laborales, los sujetos desarrollan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la

aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender, y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo. Esta situación hace que continúen los sentimientos de agotamiento emocional, que disminuya su realización personal y que el sujeto desarrolle el síndrome (Figura 1.4)



Leiter (1988) considera que, por su importancia, los sentimientos de agotamiento emocional son el elemento central del síndrome.



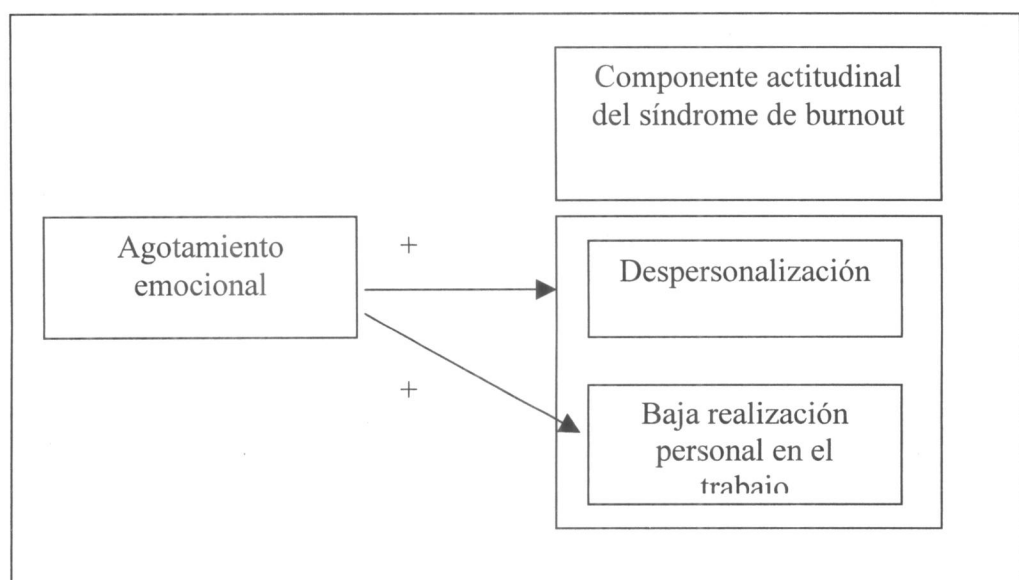
En este modelo reformulado por Leiter (1993) se mantiene la relación

hipotetizada entre agotamiento emocional y despersonalización y los argumentos teóricos sobre los que inicialmente se estableció (Leiter y Maslach, 1988). Los sentimientos de agotamiento emocional surgen como la respuesta inicial del sujeto a los estresores del entorno laboral, y cuando aumentan, se hacen crónicos los profesionales desarrollan actitudes de despersonalización como una forma de tratar con ellos.

En este caso Leiter considera que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son una causa directa de los estresores laborales, en especial de la falta de apoyo social y de falta de comunicación para desarrollarse profesionalmente.

Otra alternativa al modelo procesual de Golembiewski y col. (1993) ha sido desarrollada por Lee y Ashforth (1993). Según estos autores, tanto la despersonalización como la falta de realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional.

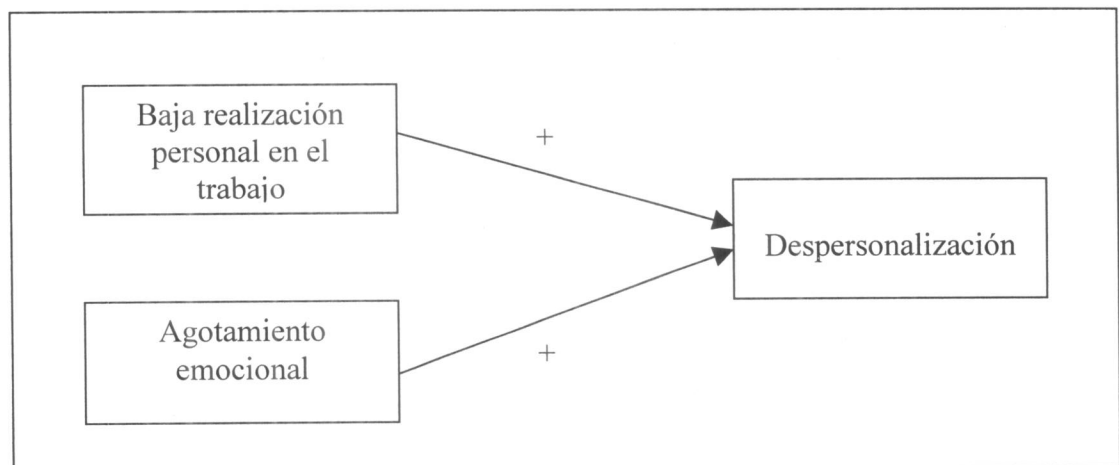
Según Lee y Ashforth (1993) desarrollo del proceso del síndrome de burnout.



Debido a las insuficiencias de las perspectivas antes mencionadas, Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) han desarrollado una alternativa teórica.

El proceso de desarrollo del síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Desarrollo del proceso del síndrome de quemarse según Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)



Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.

Principales Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout

Desde que el síndrome de burnout apareció en la literatura de corte psicológico (Freudenberger, 1974), han sido múltiples las perspectivas elaboradas para dar una explicación adecuada de su etiología como respuesta al estrés laboral. El creciente auge de las organizaciones de servicios, es un elemento crucial, tanto en el sector público como privado, donde la calidad de atención al usuario es crítica para el éxito de la organización. Otro factor relevante es la atención puesta por las organizaciones en temas de bienestar psicológico y calidad de vida laboral.

Las teorías que se mencionan a continuación provienen principalmente de la Psicología Social y de la Psicología de las Organizaciones.

En general, los modelos explicativos han considerado un conjunto importante de variables en su relación con las dimensiones del síndrome.

En el siguiente cuadro se mencionan las taxonomía de modelos del síndrome de quemarse por el trabajo.

Marcos Teóricos desde los que se han elaborado los modelos	Modelos sobre el síndrome de burnout
Teoría sociocognitiva del yo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de competencia social de Harrison (1993) ▪ Modelo de Cherniss (1993) ▪ Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)
Teorías del intercambio social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) ▪ Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)
Teoría organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) ▪ Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) ▪ Modelo de Winnubst(1993)

- Desde el marco de la *teoría sociocognitiva del yo*, desarrollada por los trabajos de Albert Bandura, se analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano.

Los modelos mencionados en el cuadro para explicar la etiología del síndrome de burnout, se caracterizan por retomar ideas de Bandura según las cuales:

a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen, a su vez estas cogniciones se modifican por los efectos de sus acciones, y por acumulación de consecuencias observadas en los demás.

b) La creencia por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, también determinará reacciones emocionales como depresión o estrés, que acompañan la acción.

Dentro de la teoría sociogonitiva del yo se mencionan los siguientes modelos:

- ✓ El modelo de competencia social de Harrison (1983) señala que los principales factores asociados al síndrome son: la competencia y la eficacia percibida. Asumiendo así que el síndrome de quemarse es fundamentalmente una función de la competencia percibida. Para este autor, la mayoría de los sujetos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento de altruismo. Sin embargo, en su entorno laboral se encuentran con factores de ayuda, cuando facilitan su actividad o con factores barrera que la dificultan.

Según este modelo a mayor motivación del individuo, mayor eficacia laboral. Por lo tanto, cuando se encuentran con los factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, porque el sujeto no acaba de conseguir

sus objetivos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el síndrome de quemarse que por retroalimentación facilita el desarrollo de los factores barrera.

✓ Modelo de Cherniss (1993) este se basa en el modelo formulado por May (1976) para explicar las relaciones entre desempeño de tareas, sentimientos subjetivos de éxito o fracaso que experimenta el sujeto tras el desempeño, las consecuencias que se derivan para la autoestima, la motivación, la satisfacción y la implicación laboral.

Cherniss señala que el concepto de sentimientos de fracaso, describe adecuadamente los síntomas que posteriormente se han identificado como síndrome de quemarse por el trabajo.

✓ Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993) esta basado en el modelo de autocontrol desarrollado por Carver y Scheier (1988) para explicar el proceso de estrés. Circunscriben la etiología del síndrome de burnout a cuatro variables: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, el nivel de autoconciencia del sujeto, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de autoconfianza.

✓ La autoconciencia desempeña un papel fundamental en la etiología del síndrome. Esta variable es considerada un rasgo de personalidad, y se conceptualiza como la capacidad del sujeto de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo.

□ Mientras que, las *teorías del intercambio social* parten de los principios teóricos de la teoría de la equidad (modelo de comparación social

de Buunk y Schaufeli, 1993) o de la teoría de la conservación de recursos, y proponen que el síndrome de quemarse tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver esa situación, desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

En el marco de la teoría del intercambio social se desarrollan los siguientes modelos:

- Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, señala que dentro del campo de los profesionales de enfermería el síndrome tiene para ellos una doble etiología :

- 1) Los procesos de intercambio social con los pacientes, en este caso los autores identifican tres variables estresoras relevantes para el desarrollo del síndrome: la incertidumbre (se refiere a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (alude al equilibrio percibido entre lo que los sujetos dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y por último, la falta de control (implica la posibilidad del sujeto de controlar los resultados de sus acciones laborales).

- 2) Los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros tendría un rol contraproducente, pues las interacciones amenazan la

autoestima de los sujetos. Junto a la falta de apoyo social, que contribuyen al desarrollo del síndrome de quemarse .

En relación a las dimensiones del MBI, los autores consideran que el síndrome tiene un doble componente: emocional (está integrado por sentimientos de agotamiento emocional) y actitudinal (compuesto por sentimientos de despersonalización y de baja realización personal en el trabajo).

- Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy. La teoría de Hobfoll se basa en afirmar que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado.

El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los sujetos también influirá sobre el síndrome de burnout. Hobfoll y Fredy señalan que para prevenir el síndrome hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan un desempeño eficaz del trabajo y, cambiar las percepciones y cogniciones de los sujetos, ya que si lo hacen de manera positiva, disminuirán los niveles de estrés percibido y del síndrome.

- Los modelos elaborados desde *la teoría organizacional*, dentro de este marco el énfasis está colocado en la importancia de los estresores dentro de la organización y de las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la experiencia de quemarse. Incluyendo el síndrome de burnout como una respuesta al estrés laboral.

Las variables como la estructura organizacional, el clima organizacional, las disfunciones de rol, juegan un papel relevante en la etiología de este síndrome.

En el marco de la teoría organizacional se desarrollan los siguientes modelos:

- ⊕ ▪ Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter, comprenden el síndrome de quemarse como una respuesta al estrés laboral que tiene tres dimensiones :despersonalización, baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. El estrés laboral está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral y por pobreza de rol. Por esto los sujetos sienten que pierden su autonomía esto conlleva sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de estrés laboral el sujeto desarrolla estrategias de afrontamiento.

Golembiewski y col. (1983) señalan a diferencia de otros autores que el síndrome de quemarse se puede desarrollar en todo tipo de profesionales.

- Modelo de Cox, Kuk y Leiter aborda el síndrome de quemarse desde la perspectiva transaccional del estrés laboral, considerando al síndrome como un episodio particular dentro del proceso de estrés laboral que se da entre profesionales de los servicios humanos.

Leiter y col. (1989) entiende el síndrome como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el sujeto no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus

efectos. En este modelo se incluyen las variables salud de la organización, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Estas variables son indicadores de la respuesta al estrés, las cuales están relacionadas directamente con los procesos de evaluación de los estresores, con las respuestas de afrontamiento, y con los efectos sobre la situación y el sujeto.

- Modelo de Winnubst, este se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura y el clima organizacional, así como también del apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del síndrome de burnout. Winnubst señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes.

En las burocracias profesionalizadas, se caracteriza la estandarización de habilidades y la baja formalización, reforzando la creatividad y la autonomía. Mientras que en las burocracias mecánicas, el síndrome de quemarse es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivadas de la estructura.

El apoyo social es la variable central considerada en este modelo.

Medida y Diagnóstico del Síndrome de Burnout

En un primer momento el síndrome fue descrito a través de la observación clínica. El que posteriormente, fue evaluado por medio de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación .

El principal problema para conseguir medidas fiables y válidas del síndrome a través de cuestionarios ha sido la vaguedad o la amplitud con que éste ha sido definido. Igualmente el método del cuestionario ha llegado a ser el más empleado para estimar este síndrome. No obstante, después de dos décadas de estudio se pueden identificar escalas para su medida que han sido utilizadas con mayor o menor frecuencia y éxito. Las escalas elaboradas pueden distinguirse en base a la cantidad de estudios psicométricos realizados sobre ellas, y al volumen de investigación que desde ellas se ha generado.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981/1986) es el instrumento con mayor frecuencia para medir el síndrome de quemarse por el trabajo, independiente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen. Es uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado. A partir de su elaboración se normaliza el concepto de “quemarse por el trabajo”, pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización del MBI, que lo conceptualiza como un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

El MBI está formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. La escala para valorar los ítems se presenta en forma de frecuencia, el sujeto valora, mediante un rango de 0 a 6 adjetivos que van de “Nunca” (0) a “Todos los días “ (6), con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems (Ver Anexo 1, inventario utilizado)

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores: Agotamiento Emocional (EE), Despersonalización (D) y Realización Personal en el trabajo (RP). Los tres factores han sido seleccionados con muestras de diferentes colectivos profesionales como maestros, profesionales de enfermería, personal sanitario, trabajadores sociales, farmacéuticos, entre otros. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional exhaustion) (EE) está formada por los siguientes 9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y el 20, que describen sentimientos de estar abrumado emocionalmente por el trabajo, la subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está formada por 5 ítems: 5, 10, 11, 15, y el 22, que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y por último, la subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal accomplishment) (RP) está compuesta por 8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y el 21, que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás. Es importante señalar que las tres dimensiones del MBI fueron etiquetadas y conceptualizadas después de la elaboración de este cuestionario y como resultado de su factorización.

Mientras que en las subescalas de (EE) y (D), altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse, en la subescala de (RP) bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables

continuas y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 25 y el 75 en la categoría “medio”, y por debajo del percentil 25 corresponde a “bajo”(Maslach y Jackson, 1986). De este modo, un sujeto que se encuentra en la categoría “alto” en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y “bajo” para realización personal en el trabajo puede ser considerado como un sujeto con altos sentimientos de estar quemado.

El MBI es el instrumento que más se ha empleado para estimar el síndrome de burnout. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado para diversas profesiones y en diferentes países como Alemania, Canadá, EEUU, Holanda, Italia, Polonia, etc..

Un problema derivado de esta diversidad afecta, a la fiabilidad con que las diferentes traducciones trasladan a sus respectivos idiomas, el significado de los ítems que conforman la versión original del cuestionario. Además, supone una limitación de cara a estudios transculturales.

Aunque el MBI fue elaborado para profesionales de la salud, posteriormente se han realizado adaptaciones para todo tipo de profesionales, como por ejemplo: maestros y profesores.

En cuanto a la validez concurrente, Maslach y Jackson (1986) presentan en el manual del cuestionario que las puntuaciones del MBI correlacionaron significativamente con las puntuaciones que los compañeros

del trabajador atribuían a éste en escalas de estimación conductual (ansiedad, quejas, etc..)

El MBI ha presentado validez discriminativa frente a constructos como satisfacción laboral, depresión, estrés, alineación y autoestima, obtienen que factorialmente la puntuación global del MBI se solapa en gran medida con la estimación de la sintomatología psicósomática, evaluada a través del "Organizational Stress Questionnaire".

Respecto a la consistencia interna, los valores alfa de Cronbach alcanzados por las subescalas del MBI en los estudios realizados en España han sido diversos, aunque pueden considerarse similares a los obtenidos en otros países.

Como conclusión, existe una gran disparidad de instrumentos para estimar el síndrome de burnout. Esta disparidad de instrumentos está sustentada en el gran número de definiciones conceptuales y modelos teóricos. Hay que señalar que la corta existencia del síndrome como objeto de investigación psicosocial ha propiciado esta situación: no existe unidad de criterio sobre qué es el síndrome de burnout, que variables agrupa, en qué tipo de profesionales se desarrolla y en cuáles no, y cómo se desarrolla. Todo esto pone de manifiesto la necesidad de una mayor elaboración conceptual.

DESENCADENANTES Y FACILITADORES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de quemarse por el trabajo puede ser entendido como una experiencia que resulta de la combinación de estresores originados en el entorno social, en el entorno laboral o en el propio sujeto. Se han estudiado como antecedentes o facilitadores del síndrome las variables de carácter demográfico, como sexo, edad, estado civil, número de hijos, etc. Los resultados muestran con frecuencia la capacidad predictora de un porcentaje significativo de su varianza.

Es una tarea compleja identificar los desencadenantes y facilitadores del síndrome de quemarse por el trabajo, ya que virtualmente cualquier situación crónica molesta del entorno laboral puede ser un estresor, y por lo tanto, un desencadenante o facilitador del síndrome.

Determinadas situaciones pueden tener efectos especialmente negativos para determinadas personas con mayor vulnerabilidad ante ellas. Desde la perspectiva transaccional (modelo de ajuste individuo-ambiente o los modelos cognitivos de estrés), el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores ambientales son elementos desencadenantes de gran importancia, mientras que las variables personales cumplen una función facilitadora o inhibidora. De manera que la percepción que el sujeto tenga de los estresores ambientales y de sus capacidades, junto a las estrategias de

afrontamiento que emplee para afrontar el estrés, determinarán el grado subsecuente de sentirse quemado por el trabajo.

Desencadenantes del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

Gil Monte, Pedro; Peiró Silla, José M.(1997) definen como desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo 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 fuente de estrés laboral:*

El *nivel de ruido* puede ser un desencadenante del síndrome, como por ejemplo el sonido de los teléfonos, las visitas a los pacientes y aparatos de monitorización, etc., que, junto con la sensibilidad del sujeto al nivel de ruido, aumenta los sentimientos de sentirse quemado por el trabajo.

También, las *demandas estresantes del puesto* como los turnos rodados de trabajo, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros, o la sobrecarga laboral, pueden desencadenar el síndrome. Especialmente la sobrecarga laboral percibida, incrementa los sentimientos de agotamiento emocional de los profesionales. En el caso de los profesionales de la salud, la sobrecarga laboral supone no poder atender adecuadamente a los

pacientes, incurrir en errores al administrar medicaciones, recibir quejas de los familiares del paciente, del propio paciente por falta de atención y cuidados, de los propios compañeros que tienen que asumir tareas que no se han generado en su turno, e incluso asistir a la muerte de pacientes en situaciones de urgencia. Todas estas situaciones, establecidas con carácter crónico, pueden generar en estos profesionales sentimientos de falta de aptitud profesional, baja autoconfianza profesional y consecuentemente baja realización personal en el trabajo.

En relación a las demandas estresantes del puesto generadas por los contenidos del mismo, variables como la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que debe realizar, la retroinformación, pueden llegar a ser una importante fuente del síndrome de quemarse por el trabajo.

b) *Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera:*

Un *rol* puede definirse 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 los profesionales y directivos es el desempeño de roles en las organizaciones. El estrés de rol está constituido por dos disfunciones del rol: ambigüedad y conflicto de rol.

La *ambigüedad de rol* es el grado de incertidumbre que tiene respecto del mismo el sujeto que desempeña un rol. Puede producirse por un déficit

de información, cualitativo o cuantitativo, que impide un desarrollo adecuado del rol por parte del sujeto. El *conflicto de rol* se presenta cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias. Es decir, que se trata de un conflicto entre expectativas; el sujeto recibe dos o más expectativas de uno o varios miembros de su organización que no puede satisfacer simultáneamente, dado que resultan contradictorias entre sí.

Tanto la ambigüedad como el conflicto de rol presentan relaciones significativas de signo negativo con los sentimientos de realización personal en el trabajo y relaciones significativas de signo positivo con agotamiento emocional y despersonalización.

En las profesiones de servicios en las que incide el síndrome de quemarse por el trabajo, los profesionales deben procurar no asumir los problemas de los clientes; pero, al mismo tiempo, deben demostrar cierto interés por esos problemas y cierta implicación emocional en ellos. Este tipo de situaciones puede producir respuestas afectivo-emocionales a través de un conflicto intra-rol.

Cabe considerar también los efectos que tienen las *relaciones interpersonales* sobre el síndrome de quemarse por el trabajo. Se trata de las relaciones, tanto cualitativas como cuantitativas, que los profesionales establecen con los miembros de la organización: sus compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes a los que atienden. En este sentido, se ha comprobado que las relaciones interpersonales de carácter formal, por necesidades de las tareas, aumentan los sentimientos de

agotamiento emocional, y las relaciones informales aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo.

Un último grupo de estresores desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo a considerar en este punto es el *desarrollo de carrera* y las *posibilidades de promoción* de los profesionales. En general, las personas están motivadas para conseguir recursos para prevenir futuras pérdidas y mejorar sus bienes, estatus, autoestima y relaciones. Cuando el sujeto percibe que las inversiones que hace para la consecución de recursos son superiores a lo que él percibe que recibe a cambio, experimenta una pérdida que le generará la experiencia de quemarse.

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

Las *nuevas tecnologías* como desencadenante de estrés afectan a los profesionales a través de diferentes circunstancias del puesto y de la organización. Pueden facilitar o dificultar el desempeño de las tareas y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto pone en práctica para desempeñar el trabajo. Este cambio puede afectar a los sistemas cognitivos y emocionales del sujeto, dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico.

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. En el caso de los profesionales de la salud, y particularmente cuando éstos

trabajan en unidades de cuidados intensivos, esta relación es muy significativa. Se puede dar, por ejemplo, el caso de tener que tomar la decisión de desconectar o no una máquina a la que el paciente está conectado durante largo tiempo y poner fin a su vida, lo cual puede desgastar las emociones de estos profesionales. Además, la introducción de tecnologías en el ámbito hospitalario conlleva muchas veces acciones más lesivas y dramáticas sobre los pacientes, como por ejemplo, gastroscopias, cateterismos, intervenciones quirúrgicas, etc.

También se han identificado como variables desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo las dimensiones estructurales de la organización: centralización, complejidad y formalización. 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 descentralizada). La complejidad se refiere a la multiplicidad de unidades estructurales en las que se agrupan los miembros de la organización. Y la formalización alude al grado en que los roles están definidos y las normas e instrucciones fijadas.

El último grupo de estresores está integrado por las variables de clima organizacional. Entre ellas 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 supervisores y el tipo de supervisión ejercida o el apoyo social percibido desde esa supervisión. El síndrome de quemarse por el trabajo 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.

Con respecto al apoyo social, Peiró (1993), siguiendo a Cobb (1976), lo define como “la información que permite a las personas creer que: se preocupan de ellos y les quieren; b) son estimados y valorados; y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas”.

Un mismo comportamiento de apoyo puede ser percibido de forma diferente por su emisor y su receptor. El trabajo en profesiones de apoyo a las personas puede plantear problemas de agotamiento emocional y despersonalización. Tal vez resulte paradójico, pero proporcionar apoyo social a otros para reducir y amortiguar los efectos negativos de sus experiencias estresantes puede ser causa de estrés, y con frecuencia lo es, para los profesionales que lo proporcionan.

La falta de apoyo social percibido desde el supervisor a los compañeros es una variable que presenta efectos directos e indirectos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo, y efectos moduladores en la relación que se establece entre el estrés y las respuestas que se elaboran ante él.

El apoyo social no es un factor puramente ambiental. Características personales relativamente estables inciden sobre diversos aspectos del proceso por el que el apoyo social está presente en el ambiente de una determinada persona, se actualiza como tal y es utilizado por ella. Es decir, que interactúan los factores ambientales junto con los factores personales.

d) *Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia:*

Dado que el síndrome de quemarse por el trabajo es sólo la respuesta que el sujeto desarrolla ante el estrés laboral, es más adecuado categorizar las fuentes extraorganizacionales de estrés laboral (relación trabajo-familia) como variables facilitadoras del mismo, en lugar de variables desencadenantes. Por ello, esta cuarta categoría no se desarrolla en este apartado.

Ver
Facilitadores del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

Los facilitadores son aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del síndrome.

Se considerarán las variables facilitadoras de carácter demográfico, de personalidad y estrategias de afrontamiento utilizadas por el sujeto.

a. Variables de carácter demográfico

En este grupo de variables se encuentran el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión.

En cuanto al sexo, existen diferencias significativas en las actitudes de despersonalización, de manera que los varones puntúan más alto en despersonalización que las mujeres. Sin embargo, para los sentimientos de agotamiento emocional y de falta de realización personal en el trabajo, los resultados se ven influidos por el tipo de estudio. En algunos trabajos los sentimientos de quemarse por el trabajo son mayores en mujeres que en varones, en otros se han obtenido resultados opuestos, y algunos no obtienen diferencias significativas en el índice de quemarse por el trabajo en función del sexo.

Las diferencias en despersonalización en función del sexo se pueden hallar en los diferentes procesos de socialización seguidos para los roles masculino y femenino, y su relación con las distintas profesiones. Dichas ocupaciones tienen en común que se relacionan con los roles derivados de la imagen que nuestra cultura asigna a las mujeres en tanto amas de casa, madres y esposas. De esta forma, las mujeres son condicionadas socialmente para cuidar, educar y encargarse de las tareas de los niños, las tareas del hogar, atender al cónyuge o pareja, razón por la que son menos propensas a responder a las personas con problemas de forma encallecida.

Es frecuente incluso, que las tareas remuneradas de muchas mujeres se sumen al trabajo doméstico intrafamiliar, extendiéndose desmedidamente la jornada de trabajo (doble jornada). No ha habido una transformación en la asignación de tareas domésticas entre los géneros. Esta situación implica, a su vez, un gran desgaste físico y frecuentes conflictos entre los roles

tradicionales y sus roles como trabajadoras. Estos conflictos generan sensación de fracaso, autoreproches y sentimientos de culpa.

Para la variable *edad*, un alto porcentaje de estudios obtienen que a mayor edad los sujetos expresan menos sentimientos de quemarse por el trabajo, y para las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización del MBI se obtienen relaciones significativas de tipo curvilíneo.

Frente a los más jóvenes, los profesionales de más edad han desarrollado a lo largo de su vida mejores estrategias de afrontamiento del estrés y expectativas profesionales más reales. Los profesionales que llegan a la madurez en su profesión pueden desarrollar una variedad de conductas y actitudes para reducir la probabilidad de quemarse por el trabajo.

Con respecto a la variable *estado civil*, los sujetos casados experimentan índices menores del síndrome que los no casados, y ello en diferentes profesiones tales como personal hospitalario, maestros y educadores, trabajadores sociales, etc. Sin embargo, en un gran número de estudios no aparecen relaciones significativas entre ambas variables, ya sea para el índice global del síndrome o para las diferentes dimensiones del MBI, por lo cual se hace difícil concluir sobre la existencia o no de efectos significativos.

Parece no ser el estado civil en sí (casado vs. no casado) lo que influye en el proceso de quemarse por el trabajo, sino el apoyo socio emocional recibido por parte de los familiares (esposa o esposo en este

caso) y la calidad de las relaciones conyugales, así como la satisfacción o insatisfacción matrimonial.

En cuanto al hecho de que los profesionales tengan o no *hijos*, los sujetos con hijos tienen más edad y por tanto son más maduros psicológicamente, tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva diferente de la misma. En general estos sujetos prefieren el salario u otros beneficios materiales y la seguridad en el empleo, y no tienen preocupaciones sobre otros factores como el interés o el desafío del trabajo, la realización personal o la satisfacción laboral. Los sujetos sin hijos puede que tengan mayor tendencia a usar el trabajo como fuente de vida social, y esto les llevaría a implicarse excesivamente con las personas del ámbito laboral y, por tanto, a un mayor riesgo de sufrir el síndrome de quemarse por el trabajo.

Para las variables de *antigüedad en el puesto* y *antigüedad en la profesión*, los resultados son similares a los obtenidos con la variable edad y su justificación teórica es idéntica. Los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos y con menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes, por lo que el riesgo de quemarse por el trabajo es mayor.

b. *Variables de Personalidad*

Los estresores son un factor clave en el desencadenamiento del estrés. La valoración que hace un individuo de un determinado estímulo para considerarlo o no estresor depende de una serie de variables personales, a

su vez relacionadas con su estilo de afrontamiento e incluso con los resultados y consecuencias que la situación tiene para el individuo. Los efectos del estrés varían según los individuos. También existen diferencias en las características de personalidad, patrones de conducta y estilos cognitivos relevantes para los efectos del estrés. Las cuestiones básicas son: cómo y por qué las personas responden ante un estresor. En la génesis del estrés interactúan las características del individuo con sus circunstancias ambientales. Por lo tanto, es necesario conocer las características relevantes del individuo para poder predecir las consecuencias posibles de determinados estresores del ambiente laboral.

Entre los investigadores que estudian el síndrome de Burnout, existe un cierto acuerdo al considerar que los profesionales más proclives a quemarse por el trabajo son sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás. Asimismo, una serie de estudios comprobaron que los sujetos con un patrón de personalidad tipo A, baja autoconfianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia sensaciones y actitudes del síndrome de quemarse por el trabajo, en tanto que los sujetos con “personalidad resistente” (hardiness) las experimentan con menos frecuencia.

Patrón de Personalidad Tipo A

Se han encontrado ciertas características comunes de conducta en las personas con enfermedades coronarias. Las enfermedades cardíacas y

otras alteraciones cardiovasculares son consideradas como unas de las más importantes consecuencias negativas del estrés. Es por ello que el patrón tipo A ha despertado el interés de muchos investigadores, y ha sido la característica personal más estudiada en los últimos años.

Entre las características atribuidas al patrón tipo A se destacan: impaciencia, velocidad excesiva, urgencia temporal, esfuerzo por el logro, competitividad, agresividad y hostilidad, habla y gestos bruscos, y compromiso excesivo con el trabajo (Peiró y Salvador, 1993).

El patrón tipo A es definido como opuesto al patrón tipo B. Los sujetos tipo B suelen ser definidos como acomodaticios y relajados, aunque pueden tener el mismo nivel de aspiraciones y logro, el mismo interés por el éxito que los tipo A, y también, obviamente, experimentan estrés. La diferencia radica en que su forma de satisfacer estas necesidades no origina los estragos físicos y psicológicos que se dan en el tipo A.

Un aspecto interesante se relaciona con la forma de actuar del patrón tipo A al modular la respuesta al estrés. El tipo A causa una autoselección en puestos que entrañan mayor exposición a estresores. Un aspecto central del tipo A es su "deseo de logro social", similar al denominado "búsqueda de estatus". Determinados ambientes pueden propiciar y reforzar este patrón de respuesta a través de los procesos de socialización laboral.

En otros estudios, las puntuaciones más altas en tipo A aparecían en el grupo de médicos y administradores.

Debido a que los sujetos tipo A son individualistas y mantienen pocas interacciones sociales se produciría un deterioro de sus redes de apoyo

social y, consecuentemente, un mayor agotamiento emocional y actitudes de despersonalización.

En virtud de sus características personales, los individuos con patrón tipo A aumentan su probabilidad de exposición a ciertos estresores (como la sobrecarga de rol) a la vez que, dado su fuerte compromiso con el trabajo, reducen su probabilidad de realizar determinadas conductas (relajación, ejercicio físico, vacaciones, distracciones, etc.) que mejoren su resistencia al estrés.

Locus de Control

El locus de control es otra característica de personalidad que se asocia significativamente con el síndrome de quemarse por el trabajo. Es una característica relativamente estable que actúa como modulador de la respuesta de estrés. Se refiere a la creencia generalizada de que los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones y acciones (locus interno) o por fuerzas externas como otras personas, la suerte o el destino (locus externo).

En el ámbito ocupacional, los profesionales con locus de control externo presentan más experiencias de sentirse quemados por el trabajo, insatisfacción laboral y estrés que los profesionales con locus de control interno.

Los sujetos con locus de control externo experimentan con mayor frecuencia bajos sentimientos de realización personal en el trabajo que los sujetos con locus de control interno.

También influye en el estilo de respuesta al estresor. Los “internos”, perciben que tienen más control de la situación, y esto influye en las expectativas de afrontamiento: buscan información, se enfrentan con el problema y recurren más al apoyo social. En cambio, los “externos” son más propensos al desamparo y suelen emplear estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

Las variables de Personalidad del “self”

Las variables de personalidad del “self” (autoconfianza, autoestima y autoeficacia) también han sido estudiadas en relación al síndrome de quemarse por el trabajo. Al examinar las autoevaluaciones que realiza un individuo se comprende cómo éste desarrolla actitudes hacia sí mismo y cómo esas actitudes influyen en su bienestar personal y su conducta, sus estilos de relación interpersonal, la forma que tiene de manejar los problemas, y la expresión y control de sus emociones.

Los conceptos de autoconfianza y autoeficacia aluden a la evaluación de las capacidades personales. La autoestima se refiere a la evaluación del aprecio propio. Las creencias acerca de las propias capacidades sólo afectarán a la autoestima cuando se refieran a actividades que tienen un alto valor para el individuo.

Para los seres humanos es fuertemente motivador sentirse competentes. Si estos sentimientos se frustran, los sujetos experimentan diversos síntomas del síndrome de quemarse por el trabajo. Dicha frustración y los sentimientos de fracaso que implican, llevarían al sujeto a

un retiro emocional de la situación, siendo éste uno de los síntomas del mencionado síndrome. Los sujetos con más alta autoeficacia, superarán o afrontarán con mayor eficacia el estrés y consecuentemente experimentarán con menor frecuencia el síndrome.

Personalidad Resistente (hardiness)

Se trata de una diferencia individual positiva, es decir, que actúa como modulador que reduce la probabilidad de experimentar el síndrome de quemarse por el trabajo. Es definido por Kobasa (1982), su propia autora, como un estilo de personalidad que es fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes. Posee tres atributos fundamentales: compromiso, control y reto. El compromiso es la capacidad para creer en la verdad, importancia e interés del valor de lo que uno es y está haciendo, y, por tanto, la tendencia a implicarse uno mismo en las diferentes situaciones de la vida (trabajo, familia, relaciones interpersonales e instituciones sociales). El control se refiere a la tendencia a creer y actuar suponiendo que uno mismo puede influir sobre los eventos y resultados de sus acciones. Las personas con control buscan explicación del por qué de los hechos, poniendo el énfasis en su propia responsabilidad y no en las acciones de los otros o en el destino. El reto se basa en la creencia de que el cambio, más que la estabilidad, es la norma de la vida. Los individuos con reto buscan el cambio, ya que lo perciben como una oportunidad para desarrollarse, buscan nuevas experiencias y se aproximan a ellos con flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad. Estos atributos constituyen lo que Kobasa

(1988) denomina "hardiness", que facilita una forma de afrontamiento que incluye: mantener los estresores específicos en perspectiva, saber que tienen los recursos con que responder a los estresores y considerar éstos como oportunidades potenciales para el cambio.

Luego de varios estudios, la autora concluye que sólo la dimensión de compromiso tiene relevancia en la explicación del síndrome de quemarse por el trabajo.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Es fundamental tener en cuenta los procesos de evaluación que tienen lugar en el sujeto cuando éste se enfrenta a una experiencia de estrés o convive con el síndrome de quemarse por el trabajo. Lazarus y Folkman, citados por Gil-Monte, Pedro R, Peiró Silla, José M. (1997) definen el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes desbordantes de los recursos del individuo”.

Otras definiciones de afrontamiento coinciden en conceptualizarlo como una serie de respuestas cambiantes de tipo cognitivo o conductual, que inicia el sujeto ante una situación que considera amenazante, pero no necesariamente ello conduce al éxito en el manejo de la situación, sino que el objetivo buscado puede ser manejar la respuesta al estrés.

El afrontamiento no se puede equiparar con éxito adaptativo. Por ello, es necesario considerar los esfuerzos requeridos para manejar las demandas estresantes independientemente de sus resultados. Ninguna estrategia de afrontamiento debe ser considerada a priori como buena o mala, sino como eficaz o ineficaz en función de si consigue mejorar o no la relación individuo-entorno. No hay que confundir afrontamiento con dominio del entorno, ya que existen muchas situaciones de estrés en las que es imposible dominar el entorno. En esos casos, el afrontamiento eficaz incluye

todas aquellas estrategias que permiten al sujeto tolerar, minimizar, aceptar o ignorar la situación de estrés. Cabe así distinguir las estrategias de carácter defensivo y las que permiten resolver el problema, en un proceso de cambio de la relación con el entorno.

Tipología de las Estrategias de Afrontamiento

De acuerdo con Lazarus y Folkman,(Gil-Monte, Pedro R; Peiró Silla, José M., 1997) se pueden distinguir dos tipos básicos de estrategias de afrontamiento: las dirigidas a regular las emociones y las dirigidas al problema.

El *afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional* se refiere a aquellos procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que genera una situación de estrés. Los sujetos lo utilizan cuando perciben que los estresores no pueden ser modificados y tienen que interactuar con ellos. El propósito del sujeto es mantener la esperanza y el optimismo, negar tanto la situación como lo que ésta pueda suponer, o actuar como si no importara lo que está sucediendo. En este tipo de afrontamiento se incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

El *afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema* incluye aquellas estrategias que intentan modificar el estresor. Estas estrategias proceden a analizar y definir la situación, buscan alternativas para su

solución teniendo en cuenta los costes y beneficios. Entre ellas se encuentran las dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. También incluye estrategias que afectan tanto al entorno como al propio sujeto. Entre ellas se incluye la variación del nivel de aspiraciones de los sujetos, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales de gratificación alternativos, el desarrollo de nuevas pautas de conducta, o el aprendizaje de nuevos procedimientos y recursos.

Se presentarán a continuación brevemente las principales estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Se agruparán en tres categorías en función del nivel en que se producen: individuales, grupales y organizacionales.

Estrategias Individuales

Al estudiar las relaciones entre afrontamiento y el síndrome de quemarse, se plantea la cuestión de la eficacia diferencial de las estrategias de afrontamiento para prevenir el síndrome.

A partir de estudios realizados, se pudo establecer que las estrategias de afrontamiento de control previenen el síndrome de quemarse porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, en tanto que las de escape facilitan la aparición del síndrome.

Otra cuestión relevante se refiere a la forma en que las estrategias de afrontamiento influyen sobre el síndrome de quemarse por el trabajo. Se han

propuesto dos modelos: el de efectos directos y el de efectos amortiguadores o de modulación. Ambos modelos obtienen cierto respaldo en la investigación empírica al tratar de predecir las relaciones que se establecen entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de quemarse por el trabajo.

El empleo de estrategias de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse y el empleo de estrategias de evitación, de escape y centradas en la emoción facilita su aparición.

Técnicas para la Adquisición y Mejora de las Estrategias Individuales de Afrontamiento

Si bien en algunos estudios se obtuvieron resultados positivos en el afrontamiento del síndrome de quemarse con programas de intervención que emplean las estrategias dirigidas al manejo de emociones, parecen ser más efectivas las de carácter activo o centradas en el problema. Por tal motivo se presentan a continuación algunas técnicas incluidas en esta categoría: entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento de la asertividad y entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo.

a. Entrenamiento en solución de problemas

La técnica de solución de problemas trata de ayudar a las personas a resolver problemas y tomar decisiones más adecuadas. Para tal fin, facilita el reconocimiento del problema y su identificación, inhibiendo la tendencia a

responder impulsivamente ante él. Facilita asimismo el desarrollo de alternativas a la situación y ofrece estrategias para analizar las diferentes alternativas y ponderarlas proponiendo un procedimiento para elegir la respuesta más adecuada.

b. Entrenamiento de la asertividad

La conducta asertiva se puede definir como la expresión directa, honesta y apropiada de sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades. Las deficiencias en asertividad en el entorno laboral pueden tener consecuencias psicológicas y fisiológicas importantes, y pueden generar situaciones estresantes para los sujetos. Si los efectos de la falta de asertividad son intensos, los sujetos reaccionan con respuestas poco adaptativas, como enfado y retiro. A diferencia de la persona agresiva que no reconoce los derechos de los demás, la persona asertiva es abierta, flexible y respetuosa de los derechos de los demás, y es capaz de reclamar adecuadamente los suyos. Ser asertivo implica: tener derecho a equivocarse, tener derecho a considerar las propias necesidades, considerar las propias necesidades tan importantes como las de los demás, decir no sin sentirse culpable, expresarse sin violar los derechos de los demás, y saber juzgar las conductas propias, pensamientos y emociones, asumiendo sus consecuencias.

En relación al síndrome de quemarse, el entrenamiento de la asertividad se propone modificar las creencias y cogniciones que los profesionales poseen sobre sí mismos y sobre su ejecución laboral. Se

espera que de esta manera mejorarán sus sentimientos de autoconfianza, y percibirán un control más efectivo sobre sus tareas y funciones.

c. Programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz

Los objetivos fundamentales de los programas de adquisición de habilidades para manejar el tiempo de manera eficaz se dirigen a:

- Establecer prioridades para las actividades importantes que se deben realizar en horario disponible.
- Aumentar la cantidad de tiempo disponible para atender las actividades prioritarias.
- Reducir la percepción y frecuencia de las condiciones laborales de urgencia.

Estas estrategias de manejo eficaz del tiempo son recomendadas por Maslach (1982), entre otros. Según Maslach, cuando los profesionales se ven superados por el trabajo, una respuesta común es trabajar más duro a fin de superar el retraso y volver a controlar las cosas.

En el caso de los profesionales de ayuda eso significa atender más problemas, pasar más tiempo con las personas hacia las que se trabaja, redactar más informes, etc. Sin embargo, trabajar más horas y más duro a menudo contribuye a aumentar el síndrome de quemarse en lugar de disminuirlo.

Dado que en la mayoría de los casos es difícil o casi imposible adelantar el trabajo atrasado, suele aparecer con frecuencia un sentido de frustración, fracaso personal, y consecuentemente, disminuyen los

sentimientos de realización personal en el trabajo. Atender a mayor cantidad de personas aumenta los sentimientos de agotamiento emocional, y pasar más tiempo con personas con problemas aumenta el desarrollo de sentimientos y actitudes de despersonalización. Ante esta situación, Maslach (1982) propone como una solución fijarse objetivos realistas, hacer las mismas cosas pero de manera diferente, y “tomarse un respiro” ocasionalmente.

Los sujetos quemados por el trabajo son profesionales que sienten que tienen que hacer demasiadas cosas, pero disponen de poco tiempo para hacerlas. Manejar el tiempo de manera eficaz permitirá a estos profesionales distribuir mejor el tiempo, y aumentar su efectividad en la realización de los objetivos.

d. *Otras estrategias de afrontamiento desde la perspectiva individual*

Existen otras estrategias que también resultan eficaces a la hora de mejorar las experiencias de quemarse por el trabajo.

Algunos autores recomiendan que los profesionales deben aumentar su competencia profesional asistiendo a congresos o jornadas, revisando la literatura científica de su campo profesional y desarrollando la investigación.

Otra estrategia consiste en llevar a cabo un rediseño en la realización de las tareas como iniciativa individual.

Otras estrategias adecuadas para afrontar el síndrome de quemarse sugieren el distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, es decir, olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, lo cual se puede

lograr haciendo ejercicio físico o algún deporte, practicando yoga o relajación o teniendo algún hobby. También se pueden tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, que sirven como respiros emocionales que facilitan la relajación del sujeto y su distanciamiento psicológico de un problema.

Asimismo, los profesionales deben marcarse objetivos reales u factibles de conseguir. De esta manera el profesional puede alcanzar sus metas y reforzar así sus sentimientos de competencia social y su efectividad, y se evita que se sienta constantemente frustrado.

Otros autores sugieren evitar la excesiva implicación con el trabajo y con las personas hacia las que se dirigen los servicios. También se recomienda cambiar de puesto dentro o fuera de la organización como último recurso para no abandonar la profesión.

Estrategias de Carácter Interpersonal y Grupal:

el Apoyo Social en el Trabajo

La mayoría de las estrategias que abordan la prevención del síndrome desde la perspectiva grupal recomiendan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. A través del apoyo social en el trabajo los sujetos obtienen nueva información, 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.

a. *Apoyo Social: Tipología y Funciones*

En los estudios sobre el estrés laboral y el síndrome de quemarse, el apoyo social en el trabajo aparece como una de las principales variables que permiten prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los estresores y sus efectos.

Gil Monte, Pedro R; Peiró Silla, José (1997) citan a Cobb (1976), quien define el apoyo social como la información que permite a las personas creer que:

- Otros se preocupan por ellos y los quieren.
- Son estimados y valorados.
- Pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Otros autores lo conceptualizan como la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas, o como el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros. El apoyo social implica buscar ayuda.

Existen diferentes formas de ofrecer apoyo social en el trabajo: escuchar al sujeto en forma activa, dar apoyo técnico, crear en el profesional necesidades y pensamientos de desafío, creatividad e implicación en el trabajo, dar apoyo emocional, participar en la realidad social del sujeto, confirmando o cuestionándole las creencias sobre sí mismo.

Cuando se habla de prevención del síndrome de quemarse, es importante considerar el apoyo social formal y el informal. Mientras que los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los de

carácter formal, dado que suponen mayor carga e implicación laboral, pueden llegar a incrementarlo.

Al evaluar los efectos del apoyo social en el trabajo sobre el síndrome de quemarse, hay que considerar que presenta efectos directos sobre el estrés percibido, eliminando o reduciendo el estresor mismo, presenta efectos directos sobre los niveles del síndrome y, además, presenta efectos moduladores en la relación que se establece entre los niveles de estrés percibido y el síndrome. En este último caso, la interacción estrés percibido – apoyo social, afecta a los niveles del síndrome de quemarse.

b. *Estrategias para la Implementación del Apoyo Social en el Trabajo*

Como se señaló anteriormente, el apoyo social en el trabajo puede provenir de los compañeros y de los supervisores. Pero una de las fuentes más importantes de apoyo social en el entorno laboral es ofrecida por los grupos informales. La dificultad de las relaciones laborales y su potencial fuente de conflictos y ambigüedades, puede hacer necesario que los sujetos busquen apoyo en los compañeros.

Otra forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores a dar retroinformación (feedback). La retroinformación es la información de retorno eficaz proporcionada por los miembros del grupo. A través de la retroinformación, al profesional se le facilita información sobre cómo son percibidos, entendidos y vividos sus modos de comportamiento con los demás. Es una manera de ayudar a una persona a reconsiderar su conducta, a la vez que se le señalan también

características positivas de su conducta, brindándole así una información constructiva. La retroinformación tiene varios efectos positivos sobre el individuo y sobre el grupo.

Dada la naturaleza de las profesiones de servicio de ayuda, el tipo de retroinformación que los profesionales reciben está excesivamente sesgado. Los profesionales no siempre conocen cómo afecta su trabajo a las personas sobre las que trabajan, desconocen en qué grado contribuyen a su bienestar, con frecuencia la única forma de retroinformación positiva que llegan a recibir es por parte de algún cliente que no se vuelve a ver, y que dice únicamente que su problema se ha resuelto. Por el contrario, a menudo escuchan críticas sobre su mala ejecución y sobre la falta de satisfacción de sus clientes. Como consecuencia se produce un desequilibrio que genera actitudes negativas hacia su propio trabajo y hacia las personas que atiende.

Es necesario en estos casos implementar programas de desarrollo organizacional, en los que se desarrollen procesos de retroinformación desde el grupo de trabajo y desde la dirección de la organización. Todas las acciones positivas realizadas por el supervisor que mejoren la calidad de la interacción, pueden contribuir a reducir el síndrome.

En síntesis, el apoyo social aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional, y mejora las actitudes y conductas negativas del sujeto hacia los demás. El entrenamiento en dar y recibir apoyo social funciona eficazmente para reducir el síndrome de quemarse por el trabajo.

Estrategias Organizacionales para la Prevención del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

La dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización, pues los desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo son estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el entorno laboral. Variables como el contenido del puesto (sobrecarga laboral, falta de oportunidad para emplear las habilidades adquiridas, etc.), disfunciones en el desempeño de los roles (ambigüedad y conflicto de rol), el clima laboral (estructura, responsabilidad, participación, recompensas, etc.), son variables antecedentes del síndrome que explican un porcentaje significativo de su varianza.

Existen tres estrategias relevantes para la prevención del síndrome de quemarse que pueden ser implementadas desde la dirección de la organización: los programas de socialización anticipatoria, la implementación de sistemas de evaluación y retroinformación, y los procesos de desarrollo organizacional.

a. *Programas de Socialización Anticipatoria*

Existe una fuerte asociación entre una entrada inadecuada en la organización y el desarrollo del síndrome de quemarse. Ello se debe, en gran medida, a la discrepancia entre las expectativas que los profesionales

tienen cuando comienzan a trabajar y la realidad que encuentran. Los profesionales de servicios de ayuda entran en su profesión motivados por el deseo de ayudar a los demás. Cuando empiezan a trabajar por primera vez esperan encontrar mejoras visibles en las personas que atienden, o al menos esperan que su contribución sea reconocida y valorada, sin embargo, habitualmente el alto nivel de expectativas y objetivos que se fijan al principio de su carrera suelen ser irreales.

Los programas de socialización anticipatoria pueden prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias. La filosofía que subyace a los programas de socialización anticipatoria es que el choque con la realidad se experimente antes 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. Mediante estos programas se cuestionan los ideales y se analiza la discrepancia entre la forma en que las cosas deberían realizarse, según las creencias personales o profesionales, y la forma en que están realizándose.

Los programas de socialización anticipatoria pretenden dar a los profesionales una visión real del trabajo que han de desempeñar, para que adquieran las destrezas necesarias que les permitan afrontar con éxito las dificultades del puesto. Esto implica presentar los aspectos negativos de las organizaciones, pero se debe cuidar la forma de hacerlo para no quitar al nuevo profesional la idea de comenzar a trabajar. Estos programas son más beneficiosos cuando comunican aspectos negativos del puesto además de

los positivos, pues su propósito es salvar la distancia entre las expectativas del sujeto y la realidad.

Asimismo, los programas de socialización anticipatoria tienen una función preventiva del síndrome, no de tratamiento. No están diseñados para cambiar la realidad, sino que su objetivo es entrenar a los nuevos miembros para hacerles más fácil su incorporación al mundo laboral. No obstante, preparar para los aspectos negativos del puesto no garantiza que la exposición a largo plazo al puesto no lleve al síndrome, por ello es necesario realizar cambios en el propio puesto o en otras condiciones de la organización.

b. *Evaluación y Retroinformación*

Junto a los procesos de retroinformación grupal e interpersonal desde los compañeros, se debe dar retroinformación desde la dirección de la organización y desde el propio departamento. Frente a la percepción de la evaluación como “juicio”, hay que enfatizar la función de la retroinformación como parte de los programas de desarrollo organizacional.

La orientación de “juicio” se centra en la ejecución realizada en el pasado, su objetivo es mejorar la ejecución cambiando las conductas mediante recompensas, emplea escalas de valoración, comparaciones y logros personales, el evaluador tiene el rol de juez, y el rol del subordinado es escuchar y defender el por qué de su ejecución en el pasado. Por el contrario, la orientación de la evaluación como “desarrollo” 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.

Esta perspectiva permite cambiar la percepción que los empleados puedan tener de la falta de éxito en su trabajo, e incrementa la oportunidad para la identificación y discusión de los asuntos importantes para los profesionales en relación a su puesto, a su rol y a sus necesidades personales. Asimismo, dado que se incluye el establecimiento de objetivos y expectativas de desarrollo de carrera, se presenta a los profesionales una orientación de futuro que incrementa su compromiso con la organización, y disminuye los sentimientos de despersonalización. El énfasis en la retroinformación positiva también aumenta los sentimientos de realización personal en el trabajo.

Dado que el síndrome de quemarse por el trabajo surge de la interacción individuo-entorno, todas las acciones positivas desarrolladas por el supervisor que mejoren la calidad de la interacción pueden servir para reducir el síndrome. Entre estas acciones cabe citar un estilo de liderazgo que busque el equilibrio entre la orientación hacia las tareas y hacia las personas, que establezca una comunicación continua, apropiada y precisa, que planifique el entorno de manera eficiente, que permita la participación en la toma de decisiones, que fomente la creatividad y la innovación del empleado, y que establezca redes de apoyo social en el trabajo.

Las organizaciones deben desarrollar programas de retroinformación considerando la información procedente de los usuarios de la organización, de los compañeros, de los supervisores y de las personas a las que se supervisa. Desde una perspectiva organizacional es importante dar retroinformación al trabajador sobre su ejecución laboral con el fin de disminuir los síntomas del síndrome de quemarse. El contenido de la retroinformación puede emplearse también para resolver situaciones de conflicto y ambigüedad de rol en determinados servicios o departamentos, y para analizar reglas y procedimientos disfuncionales.

c. Desarrollo Organizacional

Llevar a cabo programas de desarrollo organizacional es otra de las formas de actuar para prevenir el síndrome de quemarse. El desarrollo organizacional es un 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.

Esta estrategia considera que la mayoría de las personas está motivada hacia el crecimiento y desarrollo personal, si se procura un ambiente que lo apoye y que resulte retador. El grupo de trabajo es uno de los grupos de referencia más importantes, para la mayor parte de las personas que desean ser aceptadas e interactuar de forma cooperativa con

sus compañeros. Para que un grupo optimice su eficacia, el líder formal no puede desempeñar todo el liderazgo en todas las circunstancias y en todo momento. Por lo tanto, los miembros del grupo se deben ayudar unos a otros con comportamientos eficaces de liderazgo y membresía. Además, la interacción de la dinámica de los distintos equipos de trabajo en una organización mediante elementos de conexión, tiene un poderoso efecto sobre las actitudes y los comportamientos de las personas.

El desarrollo organizacional puede ser realizado desde una diversidad de enfoques entre los que cabe citar los grupos T, la formación de equipos integrados por miembros de diferente jerarquía o multiprofesionales, el enriquecimiento del puesto de trabajo, las reuniones de confrontación organizacional, la mejora de relaciones entre departamentos, y la promoción o activación del crecimiento y el cambio internos.

Por todo lo antedicho, los programas de desarrollo organizacional pueden ser una estrategia efectiva para el afrontamiento del síndrome de quemarse por el trabajo desde un enfoque organizacional.

d. Otras Estrategias desde la Perspectiva de la Organización

Existen otras estrategias de afrontamiento y prevención del síndrome de quemarse que pueden ser implementadas desde la dirección de la organización.

La dirección de la organización debe rediseñar la realización de las tareas. Este tipo de intervención debe ir dirigido a clarificar la toma de decisiones, mejorar la supervisión, establecer objetivos claros para los roles

profesionales, establecer líneas claras de autoridad, mejorar las redes de comunicación organizacional y, en general, mejorar las condiciones de trabajo. Este tipo de acciones facilitan la disminución de la sobrecarga laboral y de las disfunciones de los roles profesionales (ambigüedad y conflicto de rol).

Asimismo, la dirección debe facilitar que los profesionales puedan cambiar de actividades. Existen puestos en los que el profesional debe estar todo el tiempo en contacto con los sujetos que atiende. Estos puestos son muy demandantes emocionalmente. La dirección también debe considerar cambios que conlleven mejoras de recompensas y la promoción del profesional. Aumentar las responsabilidades, la participación en la toma de decisiones y la autonomía, pueden ser acciones asociadas a estos cambios que mejoran los sentimientos de quemarse.

Por otra parte, la dirección debe facilitar y promover las reuniones multidisciplinarias con carácter periódico, la formación de grupos de trabajo, y la flexibilidad laboral (rotación programada, cambio de horarios, etc.). Por último, también se recomienda que exista un grupo de especialistas (psicólogos y terapeutas) capaces de ofrecer ayuda a los profesionales para aliviar sus problemas de carácter psicosomático y conductual cuando lo requieran.

LA SALUD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: RIESGOS Y PREVENCIÓN.

Este trabajo obedece a:

1. Una reflexión acerca de los riesgos en la salud psicofísica del personal de salud, especialmente los médicos, cuyas condiciones laborales se han modificado sustancialmente en los últimos años.
2. Importancia del conocimiento del contexto y las modalidades defensivas específicas que inadvertidamente adoptan los profesionales, para reflexionar acerca de su utilidad o tal vez su transformación.
3. Señalar posibles factores protectores a modo de conocimiento preventivo.

Condiciones de Trabajo del Personal de Salud

La OMS define que el trabajo es un importante factor en el fomento de la salud, y también por igual puede ser una fuente de gran malestar y gatillar enfermedad si es muy disfuncional, como demuestran muchos estudios epidemiológicos.

La OIT afirma que el personal de salud es un personal reconocidamente expuesto a riesgos, pero no sabe porque no se los

considera como trabajadores que necesitan una particular protección de salud en el marco de sus funciones profesionales. En general la norma está dirigida para proteger a los pacientes y en menor medida al personal de salud. Esto significa que han de ser los profesionales de la salud mismos quienes provean su autocuidado.

En 1985 en una reunión paritaria sobre empleo se decidieron las condiciones de trabajo de servicios médicos y de salud. Se consideraron tres aspectos de protección de la salud en el trabajo:

- Los riesgos físicos
- El stress provocado por factores de riesgo
- Los actos de violencia relacionados con el trabajo

En los médicos los efectos del distrés empiezan por malestares triviales y cotidianos que constituyen precursores de enfermedad y es importante diagnosticarlos a tiempo. Son disfunciones de sistemas mentales y/o físicos, que aún no son causa de enfermedad, pero que si persisten, lo serán. Son efectos del Burnout.

Físicos:

Palpitaciones

Dolor y opresión en el pecho

Indigestión y distensión abdominal por gases

Micciones frecuentes

Impotencia

Alteración del ritmo menstrual

Tensión muscular

Hormigueo en brazos y piernas

Cefalea persistente

Erupciones cutáneas

Sensación de tener un bulto en la garganta

Diplopía y dificultad para enfocar los ojos.

Afectivos:

Cambios de humor excesivos y rápidos

Preocupación excesiva por cosas que no merecen pena

Incapacidad de sentir compasión por otras personas

Interés excesivo por la salud física

Introvertirse y soñar despierto

Sensación de cansancio y falta de concentración

Aumento de la irritabilidad y la angustia

De comportamiento:

Indecisión y descontento injustificado

Aumento del ausentismo y demora en recuperarse de accidentes y enfermedades.

Tendencia a sufrir accidentes y descuidos en la conducción de vehículos.

Aumento del tabaquismo

Aumento del consumo de alcohol

Aumento de la dependencia de drogas

Excesos de comida o pérdida de apetito

Cambios en la forma de dormir: dificultad para quedarse dormido y cansancio al despertar.

Disminución de la Calidad y Cantidad de Trabajo

El primer año de recibido es el más crítico: se encontró en un estudio de 1975 que un 30% de los médicos con un año de ejercicio, tienen depresión clínica. Mas recientemente, en 1985 Reuben, usando escalas cada mes en los tres primeros años de recibidos, encuentra que entre los 3 y 6 primeros meses hay un pico arriba de un 38% de deprimidos en ese lapso.

En 1973 Rose y Rosow revisando certificados de defunción concluyeron que los médicos y el personal de salud tienen el doble de suicidios que la población común, y las médicas mujeres el triple que la población común. (Wolfberg, 2002).

Estrés provocado por los riesgos en el trabajo como tal está sujeto a las consideraciones generales que definen su práctica. Por un lado está los deseos y la voluntad de los que trabajan y por otro el orden impuesto por quienes dirigen la organización del trabajo.

Cuando está bloqueada la relación hombre trabajo, porque el sujeto ya no puede aportar a su trabajo según sus reacciones fisiológicas y sus deseos y necesidades psicológicas, surge el sufrimiento, que toma distintas formas según el trabajo.

¿Que pasa con el trabajo médico?

Se nos ha educado en el ideal de curar y vencer altruistamente la muerte, no se nos ha educado para contestar preguntas fundamentales acerca de la vida y hay una distancia enorme entre la imagen del médico grandioso y triunfal y el medico operario que debe reparar mecánica y rutinariamente partes de personas unas tras otras de la mañana a la noche.

La idealización surge como defensa frente al sufrimiento no solo por parte del paciente sino del mismo médico, la autoidealización. Recordemos que esta es la primer defensa que adoptan.

El sistema de salud se vio modificado por el ingreso de bancos y empresas relacionadas con finanzas al negocio de la medicina lo que produjo la redefinición del término paciente por el de cliente y médico por el de prestador de servicios, desvirtuándose la dignidad del acto médico.

El dinero entra a regir ese acto.

La figura del médico ha perdido en parte una valoración social que le aportaba intensa motivación y entusiasmo por la tarea, a través de la noción de ejercer un trabajo altamente estimado socialmente proveyéndolo de una fuente inestimable de autoafirmación y satisfacción.

Cuando esto no ocurre, el médico desarrollo más omnipotencia para tratar de compensar su autoestima afectada, cayendo en vivencias de extenuación y desaliento; esto es el preámbulo del Burnout.

Más de 2 millones de personas perdieron sus coberturas de obra social, por desempleo y trabajo en negro y la mayoría pasó a atenderse en hospitales públicos.

Un de los ejes de esta prevención es discernir que demandas se pueden cumplir y cuales están más allá de lo posible. Otro es la consciente conducta del autocuidado y autorregulación, tanto en la salud corporal como en la afectiva, y social.

¿Qué aportan estas nociones?

1. introducir el stress del personal de salud en la conciencia social
2. llamar la atención sobre el deterioro profesional; antes era ridículo hablar de los colegas perturbados, deprimidos, alcoholizados o abusadores de drogas. Hoy estos profesionales han comenzado a reconocer el problema del desgaste y algunos aceptan tratamiento. Se admite un poco más la omnipotencia y el hecho de reconocer que puedan estar exhaustos, frustrados, desamparados y deprimidos.

La profesión médica, desde primer año se vacuna a los estudiantes con los cadáveres que deben diseccionar los trozos de cuerpo médico que tienen que manipular, en una intensiva desensibilización frente al miedo y el estresamiento por el horror de la muerte y la mutilación.

Los médicos tienen la tendencia de disociar la mente del cuerpo, y el cuerpo del contexto, no solo en el paciente, sino también en sí mismos, con lo cual devienen una mente sin cuerpo ni emociones, sobreadaptados, alexitímicos .

La mayor dificultad está en la forma de internalizar los mandatos y expectativas sociales, cuya expresión máxima está en el reemplazo de la voluntad del sujeto por el objeto. Esto se llama alienación, tiene que ver con ideologías defensivas que hacen que el médico termine por confundir los

propios deseos con la exhortación laboral que toma el lugar de sus propios arbitrios.

La alienación es una realidad clínica, que al igual que el resto de las defensas debe ser descubierta, descifrada en las vivencias en que se aloja.

No se puede afrontar lo que se desconoce, para afrontar el stress hay que conocer sus formas en la vida cotidiana, y se enfrentará en el interior del médico con su salud, sus deseos y sus necesidades.

Estos mecanismos de defensa alienación, autoidealización, negación, omnipotencia, disociación, consumen gran parte de la energía del trabajo, que produce fatiga y eso deviene parte integrante del trabajo.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra se encuentra conformada por 36 sujetos pertenecientes a primero, segundo y tercer año de Residencia de Clínica Pediátrica del Hospital Sor María Ludovica de Niños de la ciudad de La Plata.

Materiales

Para llevar a cabo la investigación se utilizó el inventario MBI (Maslach Burnout Inventory) que consta de 22 ítems con un valor que oscila entre 0 y 6. Esta escala mide tres factores: cansancio emocional (CE); despersonalización (DP) y realización personal (RP).(Ver Anexo 1)

Se entregaron 36 ejemplares, que se completaron en forma anónima y autoadministrada.

Procedimiento

Se envió una carta a la Dirección del Hospital, la Directora Dra. Herminia Iriarte posibilitó la entrada al Hospital e hizo la derivación al Departamento de Investigación y Docencia. Allí tuvimos una entrevista con el Jefe departamental el cual nos permitió después de leer el anteproyecto ingresar al Servicio de Clínica Pediátrica contactándonos con los Jefes de Residentes de Pediatría.

Una vez establecido el contacto se les explicó cual era el procedimiento.

Fueron aproximadamente 48 días los que se tardaron en completar y devolver los inventarios.

Se mantuvo una entrevista con una de las Jefes de Residentes donde explicó el funcionamiento del Servicio, la política vigente del Hospital y del contexto Sociocultural donde nos hallamos inmersos y la preocupación de los residentes que están por concluir su formación dentro del Hospital.

Con respecto a la búsqueda para recabar datos se tuvo que dirigir una carta al Departamento de Investigación y Docencia para obtener el permiso para ingresar a la Biblioteca, luego se contactó a una Hermana de las que trabajan para el Hospital quien facilitó material. Para finalizar se realizó una entrevista a la Jefe de residentes de Clínica Pediátrica. (Ver Anexo 2).

Aspectos Vivenciales

La conexión con el Hospital fue a través de una Médica Pediatra conocida que nos brindó la posibilidad de conversar con el Jefe de Investigación y Docencia del Hospital, la propuesta de realizar la presente investigación en dicho establecimiento. El mismo brindó apoyo para que esto se lleve a cabo en el Servicio de Clínica Pediátrica con los residentes.

Hubo que acudir en varias oportunidades al Hospital para mantener reuniones con el equipo de Docencia, una reunión con la Dirección, cuatro encuentros con los jefes de Residentes.

Asimismo se realizó una entrevista con una de las Jefes de Residentes.

Lo que resultó muy difícil congeniar con todos los residentes para que cumplieran con este pedido que provenía de afuera, del ámbito de la psicología y de personas que no son parte del Hospital. Quizás esto fue tomado como robo de información por algunos residentes que hicieron comentarios ...”y porqué tengo que contestarte esto a vos?...” Por otro lado hubo gente muy bien dispuesta para completar los inventarios.

Cabe mencionar además un factor importante que nos atraviesa no solo a nosotras como estudiantes sino a toda la sociedad. Nos referimos a las reiteradas huelgas de los trabajadores del hospital que se sucedieron a lo largo del año con motivo del reclamo por los bajos salarios, y por la sobrecarga horaria de las guardias .

Como consecuencia de lo antes mencionado hubo que ir varias veces para solicitar material sobre la historia del hospital, solicitar entrevistas , recoger los inventarios que ya habían sido completados entre muchas otras cosas.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

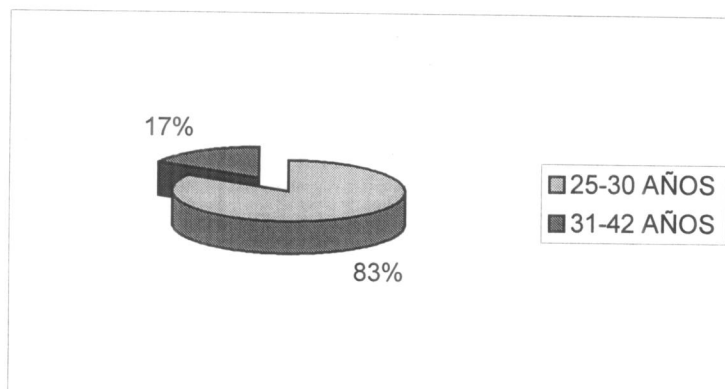
	n	%
Entre 25 y 30 años de Edad	30	83
Entre 31 y 42 años de Edad	6	17
Mujeres	24	67
Varones	12	33
Solteros	28	78
Casados	8	22
Separados	0	0
Viudos	0	0
Con Hijos	4	11
Sin Hijos	32	89
Total	36	100%

Características de la Muestra

El grupo de médicos residentes de pediatría clínica del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata está conformado por 36 profesionales correspondientes a 1º, 2º y 3º año, contando con 12 sujetos por cada nivel.

Las edades de los residentes oscilan entre 25 y 42 años, pudiéndose observar 30 sujetos en la franja entre 25 y 30 años y sólo 6 entre 31 y 42 años. Es decir que el 83 % de la muestra tiene entre 25 y 30 años de edad y el 17 % restante tiene entre 31 y 42 años. (Ver Gráfico 1)

Gráfico N° 1. Edad de los Residentes de Pediatría Clínica del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.



En cuanto al sexo de los residentes que conforman la muestra, el 67% son mujeres, mientras que el 33 % restante son varones.

El 78 % son solteros, mientras que el 22 % restante son casados . No se han encontrado sujetos separados, ni viudos .

Se han hallado sólo 4 sujetos con un solo hijo cada uno, lo que equivale al 11 % de la muestra total. El 89 % restante no tienen hijos.

Análisis Descriptivo correspondiente a cada Año de Residencia

En 1º año las edades de los médicos oscilan entre 25 y 33 años de edad, el 17 % son varones; el 83 % son mujeres, de las cuales sólo una está casada y tiene un hijo.

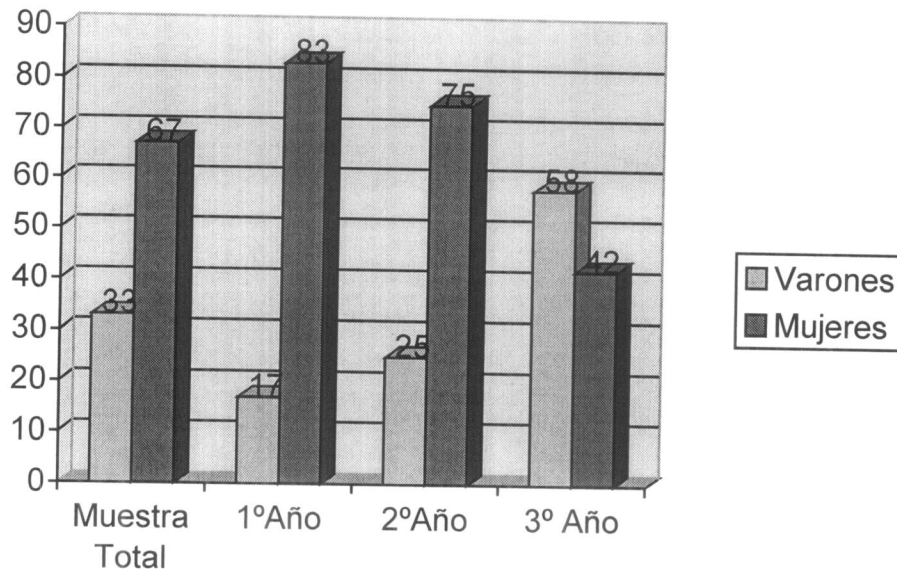
En 2º año las edades de los residentes varían entre 26 y 42 años de edad. El 25 % son varones; el 75 % son mujeres, de las cuales sólo 2 están casadas y una de ellas tiene un hijo.

En 3º año las edades de los médicos oscilan entre 26 y 33 años de edad, el 58 % son varones, de los cuales el 33 % están casados y uno de ellos tiene un hijo. El 42 % son mujeres, de las cuales el 80 % son solteras, una de ellas tiene un hijo.

En síntesis: Comparando los tres niveles evaluados, se observa en los residentes de pediatría del Hospital Sor María Ludovica de la Ciudad de La Plata que las edades son parejas, oscilando entre 25 y 33 años, habiéndose encontrado sólo un sujeto de 42 años en 2º nivel.

En 1º y 2º nivel hay un porcentaje mayor de profesionales mujeres que de varones, no siendo así en 3º nivel, donde el porcentaje de varones es mayor. (Ver Gráfico N° 2)

Gráfico Nº 2. Cantidad de Hombres y Mujeres según el año de Residencia de Pediatría Clínica del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la Ciudad de La Plata.



También se encontraron diferencias referentes al estado civil, habiendo un porcentaje mayor de casados en 3º año, el cual va disminuyendo en los años anteriores. La mayoría de estos profesionales son solteros y sin hijos.

Descripción Estadística

En este apartado se analizarán los resultados obtenidos para las tres escalas del MBI, como así también las medias, percentiles y desvíos estándar de la muestra total y de cada año de residencia.

Tabla 1. Media y Desvío de las escalas del MBI: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en los Residentes de 1º, 2º y 3º año de pediatría clínica del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata .

	N	Mínimo	Máximo	Media	Percentil	Desvío Estándar
CE	36	5	54	19,66	60	10,05
DP	36	0	17	8,94	75	5,51
RP	36	10	43	30,94	20	9,32

En la muestra total de residentes se encontró que la media de Cansancio Emocional es 19,66 que corresponde al percentil 60.

En la escala Despersonalización la media es de 8,94 que corresponde al percentil 75.

En la escala Realización Personal la media es de 30,94 correspondiente al percentil 20.

Gráfico N° 3. Media de las escalas del MBI en la muestra total de Residentes de Pediatría del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

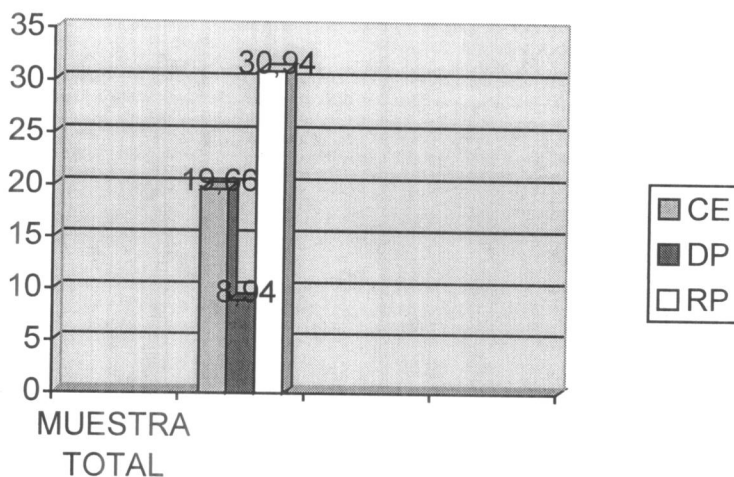


Tabla N°2. Clasificación de los puntajes de las escalas de MBI en alto, medio y bajo.

	Cansancio Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
	Argentina	HNSML*	Argentina	HNSML*	Argentina	HNSML*
Media	18,73	16,66	6,12	8,94	37,28	30,94
Desvío	11,44	10,05	5,83	5,51	7,79	9,32
BAJO	< 12		< 3		< 36	
MEDIO	12 - 21		3 - 6		36 - 40	
ALTO	> 21		> 6		> 40	

* Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata

Además de las diferencias en medias y desvíos, la investigación permitió clasificar los puntajes de las escalas del MBI en alto, medio y bajo en los residentes de pediatría clínica del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata de 1º, 2º y 3º año. Se puede observar valores bastante similares a los hallados por esta autora, correspondiendo la media de la muestra para el caso del cansancio emocional a un puntaje medio, en la

despersonalización la media corresponde a un valor alto, y para la realización personal la media se sitúa en un valor bajo. (Tabla N° 2).

Los valores descriptos en la presenta tabla fueron extraídos de la investigación realizada por Neria, María del Carmen (2004) para la Argentina, de la cual se utilizó además el baremo.

Tabla N°3. Media y Desvío de las escalas de MBI: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en los Residentes de 1° año de pediatría clínica del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata .

	N	Mínimo	Máximo	Media	Percentil	Desvío Estándar
CE	12	5	31	17,16	50	9,02
DP	12	0	17	8,16	70	5,27
RP	12	13	43	29,16	15	10,64

En el grupo de residentes de 1° año se encontró que la media de Cansancio Emocional es 17, 16 que corresponde al percentil 50. Los sujetos se encontrarían ubicados en la categoría “medio”.

En la escala Despersonalización la media es de 8,16 que corresponde al percentil 70. En este caso los sujetos quedarían ubicados en la categoría “alto”.

En la escala Realización Personal la media es de 29,16 correspondiente al percentil 15. Los sujetos se encontrarían ubicados en la categoría “bajo”.

Tabla Nº 4 . Media y Desvío de las escalas de MBI: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en los Residentes de 2º año de pediatría clínica del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata .

	N	Mínimo	Máximo	Media	Percentil	Desvío Estándar
CE	12	12	33	22,58	65	8,10
DP	12	0	17	9,16	75	6,30
RP	12	17	42	31,25	20	7,49

En el grupo de médicos residentes de 2º año, se encontró que la media de Cansancio Emocional es de 22, 58 que corresponde al percentil 65. Los sujetos se encontrarían ubicados en la categoría “alto”.

En la escala Despersonalización, la media es de 9,16 que corresponde al percentil 75 . Los sujetos quedarían ubicados en la categoría “alto”.

Con respecto a la escala Realización Personal, la media es de 31,25 que corresponde al percentil 20. En este caso los sujetos se encontrarían ubicados en la categoría “bajo “.

Tabla N° 5. Media y Desvío de las escalas de MBI: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en los Residentes de 3° año de pediatría clínica del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata .

	N	Mínimo	Máximo	Media	Percentil	Desvío Estándar
CE	12	6	54	19,25	55	12,57
DP	12	0	16	9,50	75	5,31
RP	12	10	41	32,41	25	10,05

En el grupo de médicos residentes de 3° año, la media de Cansancio Emocional es de 19,25 que corresponde al percentil 55. Los sujetos se encontrarían ubicados en la categoría “medio”.

Con respecto a la escala Despersonalización, la media es de 9, 50 que corresponde al percentil 75. Los sujetos se encontrarían ubicados en este caso en la categoría “alto”.

Por último, la media de la escala Realización Personal es de 32, 41 que corresponde al percentil 25. Los sujetos quedaría ubicados en la categoría “bajo”.

Gráfico N° 3 Comparación de la Media de las escalas del MBI según los resultados obtenidos en los tres niveles de Residencia de Pediatría clínica del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

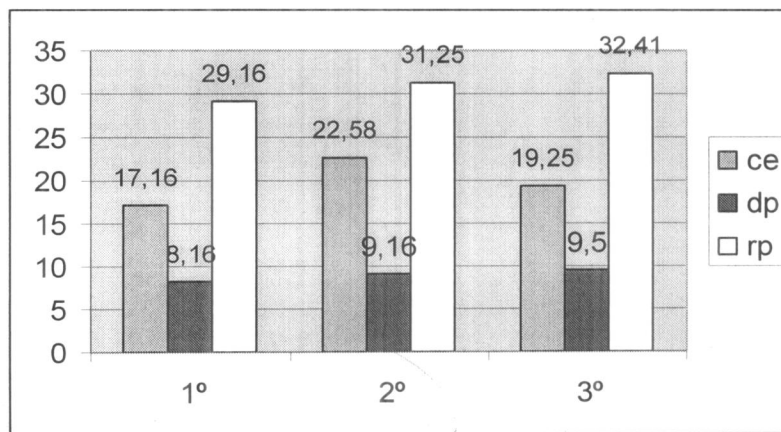


Tabla N° 6. Diferencias de Medias Anova de Burnout en Residentes de 1°, 2° y 3° Año del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

	Suma cuadrática	Grados de libertad	Media cuadrática	Significatividad
CE Entre grupos	179,167	2	89,583	,424
Intra grupo	3356,833	33	101,722	
Total	3536,000	35		
DP Entre grupos	11,556	2	5,778	,835
Intra grupo	1054,333	33	31,949	
Total	1065,000	35		
RP Entre grupos	65,056	2	32,528	,700
Intra grupo	2976,833	33	90,207	
Total	3041,889	35		

Para diferenciar las medias de Burnout en los Residentes de 1º, 2º y 3º Año del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata se utilizó el programa Anova. De acuerdo al mismo no se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico. Esto quiere decir que las diferencias en los puntajes medios de cansancio emocional, despersonalización y realización personal entre años de residencia, no son significativas desde el punto de vista estadístico ($p > 0.05$) (Ver Tabla 6)

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Esta investigación ha permitido tomar contacto con la realidad del hospital y de los médicos residentes que allí trabajan. Los acontecimientos actuales que padece la sociedad argentina movilizan a seguir reflexionando en cuanto a las tareas de promoción y prevención de la salud que podrían llevarse a cabo en dicho establecimiento.

Tal vez esto excede los objetivos de este trabajo, pero se considera valioso tener en cuenta la prevención de la salud de los trabajadores de la salud.

Los médicos residentes comienzan a ejercer su profesión siguiendo sus ideales, pero la realidad los enfrenta al dolor, a situaciones límite no previstas, a las que deben hacer frente y su escudo los deja expuestos a situaciones difíciles de afrontar.

Esta investigación trató de comprobar si el trabajo diario de los residentes de Pediatría Clínica del Hospital de Niños Sor Maria Ludovica de la ciudad de La Plata genera un estado de agotamiento emocional en el vínculo con los pacientes, conocido como Síndrome de Burnout .

Para poder dar respuesta a este interrogante, se llevo a cabo un análisis de tipo estadístico descriptivo para visualizar y comparar las medias de las tres escalas de MBI en cada uno de los niveles de residencia evaluados.

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos se encontró que la diferencia de medias entre 1º, 2º y 3º año no son significativas entre el nivel de Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal, desde el punto de vista estadístico. Estas diferencias pueden deberse al azar, ya que los puntajes entre los años son muy similares. Las mismas también podrían deberse a otro factor importante a tener en cuenta, que son las edades de estos residentes, que oscilan en su mayoría entre 25 y 31 años.

En los tres niveles de residencia se encontró un alto grado de Despersonalización, lo cual estaría indicando que estos profesionales cuando se vinculan con sus pacientes toman una considerable distancia afectivo – emocional.

En cuanto a la Realización Personal se obtuvieron puntajes bajos en los tres niveles lo cual podría estar indicando bajos sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Y por último, en Cansancio Emocional se hallaron puntajes medios en 1º y 3º año, mientras que en 2º los puntajes fueron altos.

Es decir que estos profesionales presentan altos puntajes en despersonalización, lo cual puede deberse a ciertos mecanismos defensivos para tomar distancia emocional respecto de situaciones angustiantes o agobiantes; mientras que en cansancio emocional los puntajes son medio y alto, en concordancia con lo anterior. En cuanto a realización personal se presentan bajos para esta muestra, como se mencionó anteriormente. Se pudo corroborar que las medias de los puntajes para cada escala, son muy

similares a las halladas por la autora Carmen Neira para la población argentina.

Si bien los puntajes hallados no son demasiado elevados, se consideraría necesaria, desde un punto de vista preventivo y de promoción de la salud, la implementación de equipos de contención psicológica para los profesionales sanitarios, con el fin de posibilitar un nuevo espacio institucional de escucha, donde estos residentes puedan volcar sus inquietudes y dificultades diarias .

BIBLIOGRAFÍA

Espinoza Arranz, Zamora Auñon y Ordóñez. (1994). *El Síndrome de Agotamiento Profesional*.

Filgueira ,Nea ; Fassler ,Clara ; Aguirre, Rosario ; Saavedra, Carlos y otros .

(1997) *Entre sufrimientos y gratificaciones* .Serie La salud del trabajador de salud. Ed. Nordan – Comunidad

Gervás J, Hernández LM. (1989). *Tratamiento de la enfermedad*. Med. Clin Barcelona

Gil – Monte ,Pedro R.; Peiró Silla ,José M.(1997) . *Desgaste Psíquico en el Trabajo : El Síndrome de Quemarse* .Ed . Síntesis Psicología

Gómez Sancho M,. (1994). *Síndrome de Burnout . El cuidado de los cuidadores. Cuidados paliativos e intervención psicosocial*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPPS .

María del Carmen ,Neira.(2004) *Cuando se enferman los que curan . Estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud*. Ed. Ganlacop indestia gráfica . Río Cuarto.

Peiró, José Maria ; Salvador, Alicia (1993) *Control del Estrés laboral* . Ed. Eudema

Rodríguez Marín ,Jesús ; Zurriaga Llorens, Rosario.(1997) *Estrés , Enfermedad y Hospitalización* . Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública .

Wolfberg , Elsa (2002) *Prevención en Salud Mental* . Lugar Editorial.

Bibliografía suministrada por el Grupo de Investigación en Psicología Clínica: *"El Síndrome de Burnout , sus posibles resignificaciones en el personal de salud"- UNMdP , dado que esta investigación se inspira en la de la cátedra.*

www.ludovica.org.ar

www.psycologia.com/articulos/ar-pgil

www.psicologia-online.com/autoayuda/burnout

www.psiquiatria.com

www.prevenccionintegral.com

www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199703/burnout

ANEXO 1

Integrante del Equipo de Residentes de Pediatría Clínica del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata:

El presente inventario forma parte del trabajo de investigación "El Síndrome de Burnout en Residentes del Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata", correspondiente al requisito curricular conforme O. C. S. 143/89, realizado por estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que permitirá conocer y analizar las condiciones laborales y consecuencias en la salud de los residentes.

El inventario es **anónimo**. No pone en riesgo su condición de agente de la institución.

Sólo es importante su respuesta. No escriba su nombre ni firme.

Usted es libre de elegir si responde o no este inventario.

Gracias por su colaboración y sinceridad.

Datos Básicos:

Marque una X en el recuadro o anote el dato pedido sobre el renglón.

1) Sexo: Femenino Masculino

2) Edad: años

3) Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

4) Tiene hijos? Sí No

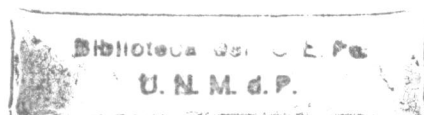
5) Si tiene hijos, cuántos? hijos

6) Año de Residencia: 1º 2º 3º

El propósito de este inventario es conocer cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos su trabajo y a las personas a quienes dan servicio .

Se usa el termino **persona** para señalar a los sujetos a los que se proporciona el servicio , cuidado o atención. Cuando responda a este inventario piense en los que reciben el servicio que Ud. da (pacientes).

A continuación encontrará 22 frases relacionadas con los sentimientos que Ud. experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo con la escala siguiente:



ANEXO 2

ENTREVISTA A LA JEFE DE RESIDENTES

Dra. Mariana Facchini

Médica pediatra. Fue elegida por sus compañeros en el año 2003.

El método para la elección es el voto y la presentación de un trabajo con proyecto para la residencia.

Edora: ¿Nos podría contar cómo funciona la residencia en el Hospital Sor María Ludovica?

Dra.: Sí, el Hospital tiene un régimen de residencias que está regido por la provincia.

Tenemos tres años de residencia de primero, segundo y tercer nivel que es el último.

Concurrimos al hospital todos los días de 8 de la mañana a 17 hs. Realizamos tres guardias por semana durante los tres años que bien puede ser un día domingo habiendo semanas que no tenemos ni un solo día de descanso.

Además el régimen de guardias es durante el día laboral, esto es si nosotros estamos de guardia entramos a trabajar a las 8 de la mañana y salimos del hospital recién al otro día a las 17 hs. Trabajamos 36 hs. seguidas sin parar.

Hay días donde sentís que la cabeza no te da más, es mucha presión.

Con respecto al pago somos residentes que cobramos de acuerdo al año, si estás en primero cobrás determinado sueldo y a medida que aumentan los años de residencia cobrás 100 pesos más.

Edora: ¿Este es un Hospital de alta complejidad, no?

Dra. : Sí, es por eso que somos referentes de toda la zona inclusive del país, es un orgullo para nosotros poder atender gente de otros lados y casos que no se ven todos los días. Nosotros nos recibimos de esta residencia formados en médicos internistas, que quiere decir esto? Que estamos preparados para atender casos que son graves y cuando nos presentan un caso de angina o gripe damos vueltas porque estamos acostumbrados a ver patología importante. Por eso nosotros rotamos por todos los servicios.

Edora: Esta formación a la que Ud se refirió anteriormente: ¿tiene que ver con lo que el gobierno necesita?

Dra.: Sí, sí totalmente, ya que es un hospital público con derivación de todo el país como te explicaba antes, acá y en todo el país los residentes somos mano de obra barata...esto es para tener en cuenta.

Se trabaja en buenas condiciones a veces faltan insumos pero no es algo que nos desborde como sucede en otras instituciones.

Edora: ¿Que aspectos positivos encuentra en este trabajo?

Dra: y...la gratificación de poder ayudar, a un chico, a su familia y que el trabajo que hacemos sirva de prevención no solamente curando la enfermedad, para ello trabajamos mucho en los consultorios externos que están a dos cuadras del hospital central.

Y los aspectos negativos que también los hay, es el tema de la formación en alta complejidad para conseguir después un empleo. En general la mayoría de los residentes siguen una especialización pos-básica esto es una vez terminado el tercer año de clínica, hacés una especialidad como reumatología en mi caso. Termino con la jefatura y rindo examen para la pos básica en reumatología infantil y ahí son tres años más.

Edora :¿Que modificaría de todo lo que contó más arriba?

Dra: Mirá, la verdad cambiaría muchísimas cosas, pero sería irreal de mi parte...con mis compañeros estamos presentando un proyecto para cambiar el tema de las guardias que eso es lo más urgente al momento. No podemos hacer más que esto, nos gustaría que esto que planteamos se nos tenga en cuenta ya fue un avance cuando lo aprobaron ahora hay que ver que resultado da.

Edora: Le queremos agradecer en nombre de la facultad de Psicología de Mar del Plata, y de mis compañeras de esta investigación por la posibilidad de conversar con nosotras para aportarnos datos de una realidad que nos incumbe a todos. Espero se puedan hacer realidad los pedidos que hacen para una mejor salud de los que trabajan para la salud .

Dra.: Yo les agradezco a ustedes por esta preocupación aunque las cosas no son fáciles tratamos de llevarla lo mejor posible y espero que algún día a la psicología se la tenga más en cuenta.

Unir la psicología a la medicina sería el camino para trabajar de una forma más integrada. Ojalá se pueda. Gracias.