

Factores asociados con el síndrome de *burnout* en el equipo médico y paramédico en el Instituto Nacional de Cancerología de México

Factors associated to burnout syndrome in medical and paramedical staff at National Cancer Institute of Mexico

Edith Rojas-Castillo,¹ Gerardo Obregón-Hernández,² Maricarmen González-Maraña,³ Salvador Alvarado-Aguilar,¹ Abelardo Meneses-García,¹ Angélica Riveros-Rosas,⁴ Juan J. Sánchez-Sosa.⁴

▷ RESUMEN

Objetivo: El objetivo del estudio fue identificar fuentes potenciales de *burnout* (BO), en el equipo médico y paramédico del Instituto Nacional de Cancerología de México.

Métodos: Se aplicaron dos cuestionarios al equipo médico y paramédico, del Instituto Nacional de Cancerología. El primero para valorar características del trabajo, incluía dos ítems para identificar fuentes de BO y su impacto en el desempeño laboral. El segundo, el inventario de *burnout* de Maslach. Se utilizó el método de regresión logística multinomial para definir factores asociados.

Resultados: Se incluyeron 171 participantes. Se identificaron 385 fuentes potenciales de BO, que se agruparon en ocho categorías: sobrecarga laboral, ambiente laboral difícil, falta de compromiso laboral, problemas de organización, impacto emocional, falta de reconocimiento y estímulo, recursos materiales y recursos humanos. Para

▷ ABSTRACT

Objective: The purpose of the present study was to identify potential sources of BO in medical and paramedical staff.

Methods: Two questionnaires were applied to medical or paramedical staff at a Comprehensive Cancer Center; the first contained employment data and two questions to identify potential sources of BO or the possible effect on medical care provided, while the second comprised the Maslach burnout inventory. Multinomial logistic regression method was used to define associated factors.

Results: One hundred seventy one participants were included. Three hundred eighty five potential sources of burnout were identified from the first questionnaire. These were grouped in eight categories: work overload; difficult work atmosphere; lack of commitment to work; organizational problems; emotional impact; lack of appreciation and stimuli; material resources, and human resources. For participants, those sources of BO affects the quality of care and the physician-patient relationship, generates a

1 Departamento de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología. México D.F., México.

2 Facultad de Psicología. ENEP-Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F., México.

3 Centro Oncológico Integral Diana Laura Riojas de Colosio. Hospital Médica Sur. México D.F., México.

4 Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F., México.

Correspondencia: Edith Rojas-Castillo. Departamento de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología. Av. San Fernando 22. Col. Sección XVI. Del. Tlalpan 14080. México D.F., México. Teléfono: (+52) (55) 5628 0400, ext: 251. Celular: 044 55 1007 6347. Correo electrónico: bachhimiss2003@yahoo.com.mx

los participantes estas afectan la calidad de la atención y la relación médico-paciente, disminuyen la eficiencia, generan un ambiente de trabajo sofocante, disminuyen la motivación, causan hostilidad, apatía y ausentismo. Con respecto al cuestionario de Maslach, se observó que la edad de los participantes y las horas de trabajo, se asociaron con la dimensión de desgaste emocional, la edad con despersonalización y el turno matutino con realización personal (todos los modelos $p < 0.0001$)

Conclusión: Se observó mayor desgaste en los participantes más jóvenes, con menor antigüedad en el trabajo, menos años de experiencia profesional y con una intensa actividad laboral por semana. Con respecto a despersonalización, el mayor puntaje se asoció a los participantes más jóvenes. Los que trabajan en el turno matutino presentaron un mejor sentido de realización personal.

Palabras clave: Desgaste profesional, centro oncológico, oncología, equipo médico, equipo paramédico, México.

suffocating work environment, depresses motivation, causes hostility, apathy and absenteeism, and decreased efficiency. From the second questionnaire, participant age and work hours were associated with emotional exhaustion, age was related with depersonalization, and working morning shift was associated with personal accomplishment (all models $p < 0.0001$).

Conclusion: *A higher exhaustion score was observed in younger participants, with less on the job seniority and fewer years of professional activity, and with extensive work activity per week. For depersonalization, a higher score was associated with younger participants. Morning-shift workers appeared to be those with a better sense of personal accomplishment.*

Keywords: *Professional burnout, cancer care facilities, oncology, medical staff, paramedical staff, Mexico.*

▷ INTRODUCCIÓN

Recientemente, el término *burnout* o “síndrome de desgaste” se menciona con mayor frecuencia en el ámbito hospitalario. Actualmente existen sentencias emitidas por diversos tribunales, que implican el reconocimiento del *burnout* como accidente laboral.¹ Esto no es más que un signo de la convicción cada vez más extendida de la relación, entre la actividad laboral y el desarrollo de este síndrome.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó su informe del 2000, a la evaluación de la calidad de los sistemas de salud y cómo proceder en su mejora. En él, se señaló que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para su buen funcionamiento y así, ofrecer una adecuada calidad en el servicio.²

El síndrome de *burnout* (BO) introducido por primera vez, al ámbito científico de la psicología por Freudenberg en 1974,³ consiste en una pérdida progresiva de energía que afecta a quienes ejercen profesiones de ayuda, ocasionando modificaciones en la conducta. De acuerdo con los expertos es una enfermedad de la sociedad moderna, donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar, para transformarse en conflicto y desilusión.

Maslach y Jackson⁴ desarrollaron este concepto, definiéndolo en tres dimensiones características: 1) cansancio emocional (CE), 2) despersonalización (DP) y 3) disminución de la realización personal (RP). Entre sus consecuencias se describen: cambios conductuales, deterioro de la salud, la aparición de hábitos de vida no saludables, actitudes defensivas e incremento de ausentismo laboral. Lo cual repercute en ineficiencia, incremento de costos y deterioro de la calidad asistencial.⁵ En el ámbito de la salud, específicamente en el trabajo con pacientes oncológicos, el personal se ve confrontado a una situación de constante estrés, es cotidiano estar expuesto a sufrimiento prolongado, deterioro físico, dolor no controlado y muerte. Por otra parte, el incremento en la incidencia del cáncer y las demandas de atención oncológica, no van a la par de los recursos materiales y humanos, particularmente en países en desarrollo. La sobrecarga de trabajo, el contacto con el sufrimiento y la muerte, sentirse responsable de vidas humanas, la incertidumbre en la práctica médica, la posibilidad de ser demandado por mala práctica y el tener que transmitir malas noticias, pueden llevar a los servidores de la salud a reacciones como aislamiento, irritabilidad, omnipotencia, insatisfacción laboral, las cuales se reflejan en ausentismo, accidentes laborales y

conflictos interpersonales con los compañeros de trabajo o con los usuarios.

El objetivo de este estudio fue identificar potenciales fuentes de BO y estrés, que repercuten en el desempeño laboral del equipo médico y paramédico del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de México.

▷ MÉTODOS

PARTICIPANTES

Es un estudio prospectivo, observacional y transversal. El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité Científico y de Bioética Institucionales. Participaron trabajadores de la salud del INCan, México. Se colectaron cuestionarios aplicados entre noviembre y diciembre del 2006. Médicos, enfermeras y equipo paramédico de diferentes turnos en el INCan fueron invitados a participar, a través de pósters e invitación directa de los investigadores. Se incluyó personal de Cirugía, Radio-oncología, Oncología-médica, Radiodiagnóstico, Servicios Paramédicos, Patología y Atención Inmediata. Los participantes tendrían que haber laborado al menos seis meses continuos y no encontrarse de permiso.

INSTRUMENTOS

Los cuestionarios constaron de los elementos que a continuación se mencionan. El primero, diseñado específicamente para el estudio, recogía aspectos socio-demográficos, características del puesto y dos preguntas abiertas referentes a: 1) reporte de los problemas que identifica en su área de trabajo, como causantes o desencadenantes de un mal funcionamiento o de estrés y 2) percepción del profesional de la influencia que la presión del trabajo ejerce, sobre la calidad de la asistencia otorgada. El segundo, el *Maslach burnout inventory* (MBI-HSS) en su versión español, traducido, adaptado y validado para población hispanoparlante.⁶ Este cuestionario consta de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Evalúa el desgaste profesional en tres dimensiones: CE, DP y RP. Se completa en 10 a 15 minutos. Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34. El resultado de este cuestionario se obtiene en tres variables numéricas (una por cada dimensión), con los siguientes puntos de corte: CE bajo ≤ 18 , CE medio de 19-26 y CE alto ≥ 27 . DP bajo ≤ 5 , DP media de 6-9 y DP alta ≥ 10 . RP baja ≤ 33 , RP media de 34-39 y RP alta ≥ 40 (RP funciona en sentido inverso a las otras dos escalas). De esta forma, un sujeto que se encuentra en la categoría “alto” en las dimensiones CE y DP y “bajo” para RP, puede ser categorizado como un sujeto con altos sentimientos de

estar “desgastado”. Para este instrumento, se ha reportado una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9 (*alfa* de Cronbach).⁶⁻⁸ El MBI es el cuestionario más utilizado a nivel mundial, para evaluar BO desde 1986.⁶⁻⁸

Ambos cuestionarios fueron anónimos y autoadministrados, entregados por un auxiliar ajeno a la investigación directamente en las diferentes áreas de atención. Una vez contestados, los participantes los depositaban anónimamente en urnas dispuestas en puntos clave dentro del Hospital.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables demográficas. Posteriormente, se realizó un análisis cualitativo para evaluar las dos preguntas abiertas y clasificar los datos en categorías de fuentes potenciales de BO. Así pues, para la primera pregunta (enumeración de los problemas que identifica en su área de trabajo, como causantes o desencadenantes de un mal funcionamiento o de estrés, indicados de mayor a menor relevancia) se consideró tanto el número de veces que se mencionó cada problema, como un valor ponderado en función del lugar que ocupó en cada cuestionario (tres puntos al primer problema y uno al tercero). Para la segunda pregunta (percepción del profesional de la influencia que la presión del trabajo ejerce, sobre la calidad de la asistencia prestada) el análisis requirió la transcripción precisa de la información obtenida. Posteriormente se ordenaron los datos, para ello se hizo una “lectura global”, es decir, una reflexión inicial que algunos autores nombran análisis especulativo.⁹ Luego, una más exhaustiva que permitiera ubicar los “núcleos de sentido” cuya presencia, o frecuencia de aparición pudieran significar algo para el objetivo de nuestra investigación. Así se identificaron los “temas ejes” y se clasificaron en categorías. Se procuró que todos los aspectos del material pudieran acomodarse sin esfuerzo en alguna de las categorías, aunque estas no son completamente excluyentes entre sí, siendo hasta cierto punto, interdependientes. La asociación entre estas fuentes de BO y las puntuaciones de las escalas del cuestionario de Maslach, se realizó empleando el test de *ji cuadrada*. Se obtuvo el coeficiente de correlación de *Spearman*, para describir la asociación entre las diferentes escalas. Usando un análisis logístico multinomial, se calcularon las razones de momios (OR) como una medida de asociación. Se consideró significativo un valor probabilístico de 0.01, debido a las múltiples comparaciones. En todos los casos se utilizó el análisis de dos colas. Para el análisis, se empleó el programa SPSS, *Statistics* para Windows® versión 17 (SPSS®, Inc., Chicago, IL, USA, 2008).

► RESULTADOS

De ochocientos quince cuestionarios entregados, 181 se colectaron de las urnas estratégicamente ubicadas en el Hospital, 634 no fueron regresados y 10 fueron anulados, porque no fueron contestados. Un total de 171 cuestionarios fue analizado. Ciento veintiocho fueron respondidos por mujeres y 43 por hombres. La edad estuvo en un rango entre los 22 a 75 años (la media de edad fue de 37 años, con una desviación estándar (DS) 9.2). Información demográfica relevante se muestra en la **Tabla 1**.

En una encuesta posterior, los miembros del personal dieron las siguientes razones para no participar en el estudio: haber participado en evaluaciones de BO anteriores, sin ver resultados o cambios en el ambiente laboral, temor a ser identificado, no tener tiempo o interés y no haberse enterado del cuestionario.

Del análisis cualitativo de las dos preguntas abiertas, se obtuvieron los datos que a continuación se presentan. Para la pregunta uno, “reporte de los problemas que identifica en su área de trabajo, como causantes o desencadenantes de un mal funcionamiento o de estrés”, los participantes reportaron 385 fuentes causantes de BO, mismos que pudieron agruparse en ocho categorías. La **Tabla 2** muestra las categorías y subcategorías encontradas. Derivado de esta información, se observó que las fuentes más frecuentes de BO fueron la percepción de un ambiente laboral desagradable (17.6%), seguido de sobrecarga de trabajo (16.6%) y dificultades en la organización y distribución de funciones (14.2%).

Entre el personal médico, las áreas que percibieron más fuentes de desgaste fueron aquellos que trabajaban en Cirugía, Enfermería, Radio-oncología, los residentes médicos y Anestesia.

Para la pregunta dos, “percepción del profesional de la influencia que la presión del trabajo ejerce, sobre la calidad de la asistencia prestada”, los participantes identificaron:

1. *Sobrecarga laboral*, que conduce a cubrir cantidad vs calidad, expone a un deterioro en la relación con el paciente y produce cansancio físico y emocional (17%).
2. *Ambiente laboral difícil*, que genera cansancio físico y emocional, inasistencia, sensación de presión y persecución, un ambiente laboral sofocante, desmotivación, hostilidad e indiferencia (18%).
3. *Falta de compromiso laboral*, que refleja falta de respeto al trabajo de los compañeros, deterioro en la atención del paciente, disminución del rendimiento y hostilidad (13%).

Tabla 1.
Información demográfica de los participantes.

	n	%
Género		
Masculino	43	25
Femenino	128	75
Edad (años)		
20-30	44	26
31-40	77	45
41-50	40	23
>51	10	6
Estado civil		
Soltero	59	35
Casado	102	60
Separado	10	6
Turno laboral		
Matutino	135	79
Vespertino	13	8
Nocturno	21	12
Fin de semana y días festivos	2	1
Área de trabajo		
Cirugía	23	14
Oncología médica	5	3
Radio-oncología	7	4
Hemato-oncología	8	5
Servicios de apoyo	40	23
Enfermería y equipo paramédico	88	52
Actividad laboral		
Equipo médico	32	19
Residente	21	12
Enfermera	88	52
Técnico	30	18
Antigüedad profesional (años)		
1-3	35	21
4-6	28	16
7-9	17	10
> 10	91	53
Antigüedad en el puesto (años)		
1-3	66	39
4-6	30	18
7-9	19	11
> 10	56	33
Otro trabajo además del INCan		
Sí	53	31
No	118	69

INCan, Instituto Nacional de Cancerología.

Tabla 2.

Categorías y subcategorías derivadas de la pregunta uno, "reporte de los problemas que identifica en su área de trabajo, como causantes o desencadenantes de un mal funcionamiento o de estrés".

SOBRECARGA LABORAL	AMBIENTE LABORAL	COMPROMISO LABORAL	ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepoblación • Ingresos y egresos • Necesidad de cubrir dos funciones al mismo tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Favoritismo • Pacientes demandantes • Pobre comunicación: Compañeros y autoridades • Acoso laboral • Presión entre compañeros • Abuso de autoridad • Divisionismo • Falta de respeto • Falta de disciplina 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso con la institución • Respeto al trabajo • Cumplimiento de funciones • Falta de interés • Negligencia • Poco compromiso de la autoridad • Ausentismo laboral • Honestidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Logística • Unificación de criterios • Prevención de riesgos • Prestaciones • Interrelación • Burocracia • Manejo de funciones
IMPACTO EMOCIONAL	ESTÍMULO	RECURSOS MATERIAL	RECURSOS HUMANOS
<ul style="list-style-type: none"> • Convalecencia del paciente • Fallecimientos • Estados críticos • Falta de apoyo psicológico para el personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés de la autoridad • Poco apoyo a la investigación • Cursos de capacitación • Bloqueo al crecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Salario • Espacios físicos • Material de trabajo • Equipo obsoleto • Áreas verdes • Limpieza • Mantenimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidades • Personal capacitado • Suplencias • Ausentismo

4. *Problemas de organización*, que provocan cansancio físico y emocional, atraso en el desempeño, incremento en la probabilidad de cometer errores y bajo rendimiento (14%).
5. *Impacto emocional*, que se manifiesta como hostilidad, estrés, incertidumbre, ansiedad, desmotivación, indiferencia y problemas familiares (6%).
6. *Falta de recursos*, que se refleja en atraso en el desempeño, enojo y ausentismo (24%).

El análisis cuantitativo (univariado) de la asociación entre las posibles fuentes de BO, y las puntuaciones obtenidas en el inventario de *burnout* de Maslach para las dimensiones de CE, DP y RP, se muestran en las **Tablas 3 a 5**, respectivamente. Fuentes de BO que no se mostraron en estas tablas fueron el número de pacientes tratados a la semana, el número de días de descanso y el tipo de actividad, ya que no se asociaron con ningún resultado.

Factores potencialmente asociados con BO se incluyeron en un análisis multivariado. Estimadores de los modelos finales para las tres escalas del inventario *burnout* de Maslach, obtenidos por medio de la regresión logística multinomial se enlistan en la **Tabla 6**.

Se corrió el coeficiente de correlación de *Spearman* (*Spearman Rho* no-paramétrica), considerando el grupo completo. Este se corrió con las tres dimensiones de BO y las variables continuas. Sólo la edad presentó una

correlación estadísticamente significativa con los ítems uno, dos, tres y 11 (valor de correlación $p < 0.0001$, 0.005, 0.005 y 0.005, respectivamente).

▷ DISCUSIÓN

En México como en otros países, los pacientes y sus familiares esperan recibir atención médica acompañada de una mayor calidad asistencial. Las administraciones y las autoridades en salud, políticas y organizaciones, tienen como objetivo fundamental no sólo esta asistencia de buena calidad, sino el control de los gastos y el aumento de la productividad. Sin embargo, no es posible conciliar estas metas sin conocer las condiciones de trabajo de los miembros del equipo de salud.¹⁰

En este estudio, definimos potenciales fuentes de BO en profesionales de la salud, que trabajan en una de las instituciones oncológicas más importantes de México. Se describe la edad, horas de trabajo a la semana y el turno laboral, como las tres fuentes más importantes de BO. Este trabajo como pocos, evalúa un rango amplio de profesionales de la salud que incluye diferentes subespecialidades oncológicas y no sólo enfermería. Se usó el test de *ji cuadrada* y la regresión logística multinomial, para demostrar la asociación entre los diferentes factores de desgaste y las puntuaciones de BO. Esta aproximación permite un mayor entendimiento de las posibles fuentes de BO.

Tabla 3.

Asociación entre factores y puntuación de la escala de desgaste emocional.

CARACTERÍSTICAS	DESGASTE EMOCIONAL						
	BAJO		MEDIO		ALTO		
Género	n	%	n	%	n	%	p
Masculino	27	63	6	14	10	23	0.445
Femenino	89	70	20	16	19	15	
Edad (años)							
20-30	27	61	7	16	10	23	0.764
31-40	52	68	11	14	14	18	
41-50	29	73	7	18	4	10	
> 51	8	80	1	10	1	10	
Área de trabajo							
Cirugía	14	61	5	22	4	17	0.537
Oncología médica	3	60	0	0	2	40	
Radio-oncología	4	57	2	29	1	14	
Hemato-oncología	5	63	0	0	3	38	
Servicios de apoyo	30	75	4	10	6	15	
Enfermería y equipo paramédico	60	68	15	17	13	15	
Actividad laboral							
Equipo médico	22	69	5	16	5	16	0.559
Residente	11	52	4	19	6	29	
Enfermera	60	68	15	17	13	15	
Técnico	23	77	2	7	5	17	
Turno laboral							
Matutino	92	68	19	14	24	18	0.884
Vespertino	9	69	2	15	2	15	
Nocturno	13	62	5	24	3	14	
Fin de semana y días festivos	2	100	0	0	0	0	
Horas de trabajo a la semana							
< 30	4	50	3	38	1	13	0.033
30-40	91	71	21	16	16	13	
41-80	17	59	2	7	10	35	
> 81	4	67	0	0	2	33	

Un error potencial de nuestro estudio es el pequeño tamaño de la muestra. En el INCAN están registrados 1 400 profesionales de la salud, este estudio describe los resultados de 171 cuestionarios respondidos, lo que representa sólo el 12.2% de la población, lo cual podría ser una muestra no representativa. Las razones dadas por el personal para no participar en el estudio, indican una actitud negativa a

responder los cuestionarios. Esta descrito que el desarrollo de actitudes de apatía y cinismo, así como un menor compromiso en el trabajo pueden estar relacionados con la experiencia del BO.¹¹ Por lo tanto, podemos especular que aquellos que respondieron los cuestionarios, podrían ser los miembros del personal con puntuaciones inferiores de BO en el INCAN.

Tabla 4.

Asociación entre factores y puntuación de la escala de despersonalización.

CARACTERÍSTICAS	DESPERSONALIZACIÓN						
	BAJO		MEDIO		ALTO		
Género	n	%	n	%	n	%	p
Masculino	23	54	13	30	7	16	0.842
Femenino	74	58	33	26	21	16	
Edad (años)							
20-30	26	59	7	16	11	25	0.103
31-40	45	58	19	25	13	17	
41-50	22	55	15	38	3	8	
> 51	4	40	5	50	1	10	
Área de trabajo							
Cirugía	13	57	4	17	6	26	0.533
Oncología médica	3	60	0	0	2	40	
Radio-oncología	3	43	2	29	2	29	
Hemato-oncología	4	50	3	38	1	13	
Servicios de apoyo	24	60	13	33	3	8	
Enfermería y equipo paramédico	54	57	24	27	14	16	
Actividad laboral							
Equipo médico	20	63	8	25	4	13	0.432
Residente	9	43	5	24	7	33	
Enfermera	50	57	24	27	14	16	
Técnico	18	60	9	30	3	10	
Turno laboral							
Matutino	75	56	37	27	23	17	0.123
Vespertino	7	54	5	39	1	8	
Nocturno	15	71	2	10	4	19	
Fin de semana y días festivos	0	0	2	100	0	0	
Horas de trabajo a la semana							
< 30	1	13	5	63	2	25	0.021
30-40	81	63	29	23	18	14	
41-80	11	38	10	35	8	28	
> 81	4	67	2	33	0	0	

Las variables que los participantes reportan como posibles fuentes de BO, son consistentes con lo reportado en la literatura médica.^{12,13} No obstante, el análisis cualitativo no demuestra estadísticamente su relación con el BO.

Existe un estudio realizado con enfermeras del INCAN, en el que se encuentran importantes variables sociales e institucionales relacionadas con las escalas del

inventario de *burnout* de Maslach. La edad fue significativa para la RP ($p < 0.002$), tener hijos se asoció con CE ($p < 0.04$), área de trabajo con DP ($p < 0.005$) y sobrecarga y turno largo de trabajo con CE ($p < 0.0008$ y $p < 0.02$, respectivamente).¹⁴

El presente estudio corrobora lo descrito por Flórez-Lozano¹⁵ en cuanto a la falta de identificación del personal

Tabla 5.

Asociación entre factores y puntuación de la escala de realización personal.

CARACTERÍSTICAS	REALIZACIÓN PERSONAL						
	BAJO		MEDIO		ALTO		
Género	n	%	n	%	n	%	p
Masculino	4	9	6	14	33	77	0.953
Femenino	14	11	17	13	97	76	
Edad (años)							
20-30	4	9	4	9	36	82	0.414
31-40	7	9	15	20	55	71	
41-50	5	13	4	10	31	78	
> 51	2	20	0	0	8	80	
Área de trabajo							
Cirugía	1	4	1	4	21	91	0.377
Oncología médica	0	0	2	40	3	60	
Radio-oncología	0	0	2	29	5	71	
Hemato-oncología	2	25	1	13	5	63	
Servicios de apoyo	5	13	4	10	31	78	
Enfermería y equipo paramédico	10	11	13	15	65	76	
Actividad laboral							
Equipo médico	2	6	3	9	27	84	0.753
Residente	1	5	3	14	17	81	
Enfermera	10	11	13	15	65	74	
Técnico	5	17	4	13	21	70	
Turno laboral							
Matutino	8	6	17	13	110	82	0.001
Vespertino	2	15	1	8	10	77	
Nocturno	7	33	5	24	9	43	
Fin de semana y días festivos	1	50	0	0	1	50	
Horas de trabajo a la semana							
< 30	2	25	1	13	5	63	0.374
30-40	15	12	16	13	97	76	
41-80	1	3	6	21	22	76	
> 81	0	0	0	0	6	100	

con la institución, lo que se manifiesta en ausentismo, falta de respeto al trabajo de los compañeros, deterioro en la atención del paciente, disminución del rendimiento y hostilidad.

Si bien, los resultados no muestran una alta incidencia de desgaste como se observa en la mayoría de las investigaciones al respecto, cabe señalar, que más del 50% de los participantes tuvieron una antigüedad laboral y profesional mayor de siete años, presentándose los

niveles más altos de desgaste en los participantes con menor edad, menor antigüedad profesional y menor antigüedad en el cargo. Estas observaciones son compatibles con lo descrito por Martínez-López,¹⁶ quien señala que en los primeros años del ejercicio profesional y durante el proceso de adaptación, un individuo es más vulnerable al BO, al tratar de equilibrar las expectativas idealistas ante un contexto real de recompensas personales, profesionales y económicas. Se ha documentado que ante la

Tabla 6.Factores asociados con las escalas del inventario de *burnout* de Maslach, de acuerdo a las estimaciones obtenidas por la regresión logística multinomial.

		<i>p</i>	OR (95% CI)
Desgaste emocional		Modelo <0.0001	
Puntuación baja	Edad	-	1
	Horas de trabajo por semana	-	1
Puntuación media	Edad	0.590	0.991
	Horas de trabajo por semana	0.056	0.565
Puntuación alta	Edad	<0.0001	0.933
	Horas de trabajo por semana	0.070	1.622
Despersonalización		Modelo <0.0001	
Puntuación baja	Edad	-	1
Puntuación media	Edad	<0.0001	0.984
Puntuación alta	Edad	<0.0001	0.967
Realización personal		Modelo <0.0001	
Puntuación baja	Turno matutino	-	1
Puntuación media	Turno matutino	0.079	2.125
Puntuación alta	Turno matutino	<0.0001	13.750

OR, razón de momios; 95% IC, intervalo de confianza del 95%.

evolución del concepto de enfermedad y el rol del médico y la medicina, el afrontamiento de la muerte y el sufrimiento como evento estresante varía con la edad y la experiencia laboral, siendo los médicos de mayor edad y experiencia, los que logran sobrellevar mejor el sufrimiento y la muerte de los pacientes. Por lo tanto, los resultados de este estudio coinciden con los de Olivar¹⁷ y Manzano,¹⁸ en que la edad y la experiencia laboral se tornan en factores protectores frente al desgaste profesional.

A diferencia de otras investigaciones, en éste estudio se utilizó la edad como una variable continua, debido a que su asociación con el CE y la DP presentó un importante efecto de dosis-respuesta. Considerar esto, nos permitirá definir acciones específicas para proteger a jóvenes enfermeras y médicos vulnerables al BO. Ejemplos de estas acciones podrían incluir apoyo tutorial, para los jóvenes profesionales de la salud y quizá una crítica evaluación del clásico sistema jerárquico de enseñanza de los médicos residentes, que en ocasiones es notablemente severo.

La mayoría de los estudios publicados, no describen una relación entre la jornada de trabajo y la presencia de BO. El presente encontró que los trabajadores en el turno matutino tienen un mayor sentido de realización

personal, que los del turno de la noche y días festivos. El turno nocturno en muchas ocasiones, implica una actividad aislada. Por la noche, los miembros del equipo dedican la mayoría de su tiempo a labores de atención, y no tienen fácil acceso a actividades como enseñanza, educación continua o investigación, que han probado ser fuentes de motivación y estímulo en la promoción de un sentido de satisfacción personal.¹⁹ Por lo tanto, se recomienda a las autoridades administrativas y de recursos humanos la promoción de programas, que motiven y estimulen a los miembros del personal en los turnos nocturno y días festivos.

Como afirman Maslach and Leiter,²⁰ un paso fundamental en el manejo y prevención del BO es no verlo como un problema de individuos, sino de organizaciones. Es evidente, que el peso de los factores institucionales es mayor en el desarrollo del síndrome que los factores personales. El planteamiento de soluciones debe ser multidimensional, en forma personal, preparando a los miembros del equipo en el reconocimiento y afrontamiento del estrés, el manejo de conflictos propios de la actividad profesional, facilitar el encuentro entre profesionales con actividades orientadas al grupo, de modo que se facilite la comunicación y la participación en la

organización. Es necesario propiciar foros donde los involucrados en los problemas institucionales reflexionen, debatan, prevengan, formen y busquen soluciones, que ayuden a generar un sentido de pertenencia a un grupo y participación activa, ya que esto a su vez ayuda a sustentar la autovaloración y la autoestima, necesarias para el ajuste psicológico y funcionamiento laboral.²⁰

Es recomendable desde la institución, diseñar adecuadamente los puestos de trabajo, dejar claras las responsabilidades de cada trabajador para evitar la sobrecarga de labores en un solo miembro del equipo, realizar manuales de procedimientos, evitar cambios frecuentes del personal, ya que esto reduce las relaciones interpersonales en el sistema, establecer funciones cooperativas, atender a la necesidad de cursos de entrenamiento, desarrollar equipos de supervisión, establecer estándares de desempeño y sistemas de reconocimiento y recompensa, que faciliten la autorrealización en el trabajo.

Esto permitirá sostener valores en la institución evitando los dobles mensajes, y desde luego ofrecer apoyo a las personas afectadas de manera empática, asumiendo a la organización como responsable de su cuidado. Tal vez, este apoyo y evaluación continua deba llevarse a cabo por empresas externas, impidiendo que el personal se viva señalado o amenazado en su privacidad por los miembros de su propia institución.

Si bien el tema está lejos de ser agotado, resulta evidente la necesidad de mayor investigación para el manejo del síndrome y su impacto, así como el desarrollo de instrumentos psicométricos. Al igual que Gutiérrez y Martínez¹⁴ consideramos importante señalar, que el concepto del BO debe ser revisado y la estructura de sus tres dimensiones reconsiderada. Encontramos que la escala de desgaste emocional es el indicador más sensible de BO, tiene la mayor variabilidad y la más alta asociación con las variables explicativas. Es posible que el sentido de realización personal sea una autoevaluación del desarrollo laboral, y no necesariamente se encuentre asociado con una realidad laboral. El trabajador puede sentirse insatisfecho con su desarrollo profesional, independientemente de su estado emocional resultante de determinadas condiciones de trabajo, y no como parece, en la DP y el CE, que están estrechamente relacionadas con el malestar personal.

Tal vez una sugerencia importante para el esclarecimiento de factores adicionales, que pueden estar ocultos o detrás del BO, sea agregar escalas dirigidas a la detección de aspectos de depresión, personalidad y otras variables sociales y psicológicas. Es necesario conocer a fondo variables como el estrés laboral, la satisfacción laboral, motivación, organización y estructura del trabajo, e identificar factores que pueden modificarse y que influyen en la elevada prevalencia del síndrome de desgaste. Los cambios en estos últimos implicarían una mejora,

no sólo de la calidad de vida y el desempeño de los profesionales, sino también en una atención esmerada y de calidad a pacientes y familiares. Siempre hay que tener en mente, que el objetivo es la humanización, crear una cultura de diálogo, apoyo, un sentido de pertenencia a una organización que fomente la creatividad y el desarrollo y no que favorezca simplemente factores económicos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Dr. Luis F. Oñate-Ocaña, por su valiosa ayuda en el análisis estadístico y preparación de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Carrasco D. El Burnout del médico puede ser causa de incapacidad absoluta. La Firma, Economía de la Salud. Mayo-Junio 2003; 8:126-127 [online]. Disponible en <http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/07/07pdf/07Firma.pdf>
2. WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance 2000 [online] Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
3. Freudenberger HJ. Staff Burnout. J Soc Iss 1974;30:159-165.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occupational Behaviour 1981;2:99-113.
5. Molina S, García P, González A. Prevalencia del desgaste emocional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria 2003;31:564-574.
6. Moreno JB, Bustos R, Matallana A, et al. La evaluación del Burnout. Problemas y Alternativas: Validación del CBB. Rev de Psicología del Trabajo y las Organizaciones 1997;13:185-207.
7. Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, et al. Una teoría y una medida del estrés laboral asistencial. Colegio Oficial de Psicólogos [II Congreso Oficial de Psicólogos]. Psicología y Salud 1990;V.
8. Moreno JB, Rodríguez CR, Escobar RE. La Evaluación del Burnout Profesional. Factorialización del MBI-GS, un análisis preliminar. Ansiedad y Estrés 2001;7:69-78.
9. Woods Peter. La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa. España: Paidós; 1998: 220p
10. Blades DS, Ferguson G, Richardson HC, et al. A study of junior doctors to investigate the factors that influence career decisions. Br J Gen Pract 2000;17:246-250.
11. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour 1981;2:99-113.
12. Ramírez AJ, Gram J, Richards MA. Burnout and psychiatric disorders among cancer clinicians. J Cancer 1995;71:1263-1269.
13. Unfeld EG, Zitzelsberger L, Coristine M, et al. Job stress and job satisfaction of cancer care workers. Psycho-oncology 2005;14:61-69.
14. Gutiérrez M, Martínez S. Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas. Salud de los trabajadores 2006;14:19-30.
15. Flórez Lozano JA. Síndrome de estar quemado. Barcelona, España. Edika Med. 1994. 581-590.
16. Martínez LC, López SG. Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Archivos en Medicina Familiar 2005;7:6-9.
17. Olivar C. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Atención Primaria 1999;24:352-359.
18. Manzano G, Ramos F. Profesionales con alto riesgo de padecer Burnout, enfermeras y secretarías. Síndrome de Burnout. Un tipo de estrés laboral. En: Uriah G, De Lille F. Medicina del dolor y paliativa. Ed Corinter. 2003. 601-609.
19. Escribà AV, Mass PR, Cárdenas E M, Burguete RD, Fernández SR. Work related stress factors and the psychological well-being of hospital nurses. Rev Enfermería 2000;23:506-511.
20. Maslach C, Leiter MP. The Truth about Burnout. How Organizations Cause Personal Stress and What to do About It. Jossey-Bass Publishers: San Francisco. McCall S. Chemical dependent health professionals. Western J Med 2001;174:50-54.