

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS DEL HOSPITAL REGIONAL 'TEODORO MALDONADO CARBO' DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

BURNOUT SYNDROME IN PHYSICIANS OF THE REGIONAL HOSPITAL 'TEODORO MALDONADO CARBO' OF THE ECUADORIAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY

Luis Alvarado Sánchez¹

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo de la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en el personal médico de diversas especialidades que laboran en el hospital regional del "Teodoro Maldonado Carbo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Guayaquil. De un total de 213 médicos que prestan servicios en esa institución, participaron 129 médicos, lo que representa un 60,5 %. De ellos eran mujeres 51, para un 39,5 %, y hombres 78, para un 60,5 %. Los participantes respondieron voluntariamente el Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos (CDPM) de B. Moreno. Este instrumento valora los antecedentes del desgaste; el síndrome de desgaste con sus tres componentes: cansancio emocional, distanciamiento e ineficacia; las consecuencias del desgaste y sus factores moderadores. Además, añade un cuestionario de síntomas de estrés. Los resultados más relevantes muestran que un tercio de los médicos declaró padecer de alguna enfermedad crónica, y más de la mitad manifestaron que el trabajo afectaba su salud; respecto al desgaste profesional, se manifiesta de carácter leve y que no ha lesionado de modo severo los valores profesionales, y su prevalencia es de 28,5 %.

Palabras clave: desgaste profesional, profesional de la salud, institución de salud, usuarios de los servicios

ABSTRACT

A descriptive and quantitative study of the burnout syndrome in physicians of different specialties of the regional hospital 'Teodoro Maldonado Carbo' of the Ecuadorian Institute of Social Security of Guayaquil city was carried out. From a total of 213 physicians, 129 of them participate in the study, 51 females and 78 males. They responded to the Burnout Questionnaire for Physicians of B. Moreno. This instrument evaluates the burnout antecedents; the three burnout components: emotional tiredness, estrangement and inefficiency; the burnout consequences and its moderating factors. In addition, the instrument adds a questionnaire of stress symptom. The most relevant results show that a third of the physicians said to suffer some chronic illness, and most of a half of them expressed that work affected their health. In general, burnout in the physicians was mild and it does not damage hardly their professional values, and its prevalence is 28.5%.

Keywords: burnout, health professional, health institution, users of services

INTRODUCCIÓN

El desgaste profesional constituye una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes con carácter negativo que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas nocivas para la persona y consecuencias desfavorables para la calidad del servicio y la propia estructura funcional de una institución u organización.

Desde la configuración que C. Maslach y S. Jackson dieron al llamado síndrome del *burnout* en tres componentes, cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, otros autores han seguido esta concepción. Entre ellos B. Moreno, autor del instrumento que empleamos en la presente investigación.

El *cansancio o agotamiento emocional* se refiere a la sensación de estar vacío de recursos emocionales y físicos para enfrentar los estresores percibidos; la *despersonalización* indica excesivo desapego, cinismo e insensibilidad hacia los usuarios y otros aspectos del trabajo, y la *baja realización personal* se refiere a sentimientos de incompetencia, y falta de realización personal y productividad en el trabajo.

Se trata de un importante factor de riesgo de los individuos para enfermar y de las instituciones / organizaciones para desajustarse funcionalmente, en especial las instituciones que brindan servicios de salud. El estudio del *burnout* pudiera enfocarse como un problema actual de salud, a la vez que un problema relacionado con el comportamiento organizacional.

Ello se fundamenta por su alta prevalencia en diversos profesionales de todo el mundo, por las altas tasas de afectaciones en la salud de los trabajadores, por los días laborales perdidos por concepto de quejas e ineficiencia en los servicios y por los síntomas físicos y psicológicos o los padecimientos de los trabajadores. Todos ellos

¹ Docente Investigador. Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad de Guayaquil, Ciudadela Universitaria "Salvador Allende, Guayaquil, Ecuador

Correspondencia:

Luis Alvarado Sánchez
Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad de Guayaquil, Ciudadela Universitaria "Salvador Allende,
Guayaquil, Ecuador
E-mail luis.alvarados@ug.edu.ec

producen baja realización personal, insatisfacción laboral, abandono de los servicios, ausentismo al trabajo, aumento de la rotación y, fundamentalmente, afectaciones en muchas dimensiones de la calidad de vida de los trabajadores, de sus propios familiares y de comunidades enteras.

Como se sabe, el desgaste profesional afecta de manera muy seria las relaciones interpersonales, acrecentando la frustración en el trabajo y la insatisfacción laboral.

Como puede apreciarse, uno de los encuadres donde puede enmarcarse el estudio del *burnout* o desgaste profesional es, precisamente, desde la perspectiva de la psicología de la salud, toda vez, que este campo de aplicación de la psicología emerge hoy como un campo integrativo de conocimientos procedentes de la medicina comportamental, la psicología clínica, la psicología social comunitaria, la psicología sanitaria, la medicina psicosomática e, inclusive de la psicología ambiental, recogiendo aportes de la psicología educativa, la psicología laboral y la psicofisiología, pero conservando su especificidad en su aplicación a los momentos del proceso salud-enfermedad y de la gestión sanitaria.

El interés de la comunidad científica en buscar una explicación teórica a las causas que producen el desarrollo del *burnout*, como respuesta al estrés laboral está relacionada, precisamente, con la necesidad que tienen las administraciones o gerencias de los servicios de garantizar servicios con calidad, donde los usuarios se sientan satisfechos con los servicios recibidos y, debido a que esta mala calidad obstaculiza el éxito de la organización¹.

Otro factor determinante es la atención puesta por las organizaciones en el bienestar psicológico de los trabajadores y la calidad de vida laboral de los mismos. Estos son problemas que a lo largo del tiempo han sido abordados por especialistas en salud ocupacional dentro del sector salud, integrando conocimientos de la psicología laboral, de la psicología organizacional y de la psicología de la salud.

No es casual, en consecuencia, que muchos investigadores enfoquen sus estudios sobre el *burnout* desde la psicología de la salud. Muchas de las variables que han dado explicación al desarrollo del *burnout* estudiando las relaciones entre los factores (facilitadores, moduladores e inhibidores) e integradas en modelos salutogénicos y de vulnerabilidad más amplios, han procedido de estudios en psicología de la salud. Variables y conceptos como el locus de control de Rotter, el aprendizaje social de Bandura con su constructo de autoeficacia, los modelos salutogénicos de Kobasa o Antonovsky, los de resiliencia, el "patrón A" de Friedman-Roseman, los modelos transaccionales de estrés de Lazarus y su concepto de afrontamiento, procesos ligados a la autoestima y el optimismo, han procedido de diversos campos léxicos específicos de diversas especialidades de la psicología.

Los modelos transaccionales actuales sobre el estrés que involucran el estudio del *burnout* aportan una perspectiva que permite prever la interacción entre características situacionales y personales, considerando las primeras (entorno laboral) como variables desencadenantes y las segundas (personales) como factores que cumplen una función facilitadora o inhibidora¹.

Diversos autores han tratado de identificar los desencadenantes (estresores laborales), organizándolos en categorías. Gil-Monte establece 4 tipos: a) ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto, b) estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, c) estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales, y, d) fuentes extraorganizacionales de estrés laboral. Algunos autores consideran a esta cuarta categoría (relaciones trabajo-familia) más una variable facilitadora que desencadenante, y más recientemente consideran el *burnout* en general como una "patología moderna"; no debe olvidarse que se debe a una exposición laboral gradual y continuada de por lo menos seis meses a los estresores existentes en el medio que rodea al trabajador.

Tengamos en cuenta que cuando hablamos de desgaste profesional nos referimos fundamentalmente a un estado en el que el trabajador siente y da muestras de que sus recursos para realizar su trabajo de acuerdo con su efectividad y eficiencia habituales, así como con las expectativas que los demás, sus colegas, superiores y personas que atiende, ya no existen o no "le funcionan" del mismo modo.

Se ha "agotado", y sobre todo, se ha agotado "emocionalmente" para enfrentar lo que su trabajo demanda de él.

Esto es particularmente observable en trabajadores cuya labor se relaciona o se realiza sobre otras personas. Esto es, con profesionales tales como los docentes, policías, empleados de comercios y, claro está, con los profesionales de la salud en los más diversos servicios y puestos de trabajo: médicos, enfermeros, personal de emergencias, psicólogos y otros². Estas personas sienten que "ya no dan más", como se dice en uno de los instrumentos más utilizados para identificar ese desgaste.

El calificativo de "profesional" alude al hecho de que ese desgaste ocurre fundamentalmente por la acción de determinadas condiciones de trabajo, generalmente asociados a un nivel y sistematicidad de exigencias laborales que conducen a un estrés sostenido y, consecuentemente, a la extenuación de las posibilidades de responder a aquellas de un modo productivo y equilibrado.

Los estudiosos del desgaste profesional que, dicho sea de paso, es denominado de diversos modos, están de acuerdo en señalar que el agotamiento emocional es su manifestación más característica e inicial. Algunos, inclusive, afirman la presencia del desgaste solo ante la constatación de ese agotamiento, el cual suele acompa-

ñarse de igual sensación respecto de las capacidades físicas e intelectuales que el desempeño del trabajo exige.

El agotamiento es el primer síntoma del desgaste y puede manifestarse de diversos modos, durante el trabajo y aun antes. No se trata de la fatiga que normalmente la persona puede sentir después de varias horas de labor. La persona siente dificultad para recuperarse del cansancio del día anterior, al punto que desde que se levanta en la mañana siente el cansancio del día anterior, siente que carece de energía para enfrentar un nuevo día de trabajo. La persona se siente crónicamente agotada.

Otros autores, entre los cuales es preciso mencionar a la psicóloga norteamericana Christine Maslach, configuran el desgaste profesional (al que denomina *burnout*) como un conjunto de síntomas o síndrome que, aparte del agotamiento emocional, lo conforman. Estos son los que denominó “despersonalización”, que años después llamó “cinismo”, y la percepción de disminución de la realización profesional, que luego nombró “ineficacia”.

Esta constelación de problemas derivados del desgaste profesional con razón ha hecho que Maslach lo llame la “erosión del alma”³.

Los desarrollos teóricos actuales sobre el desgaste profesional han propuesto nuevas perspectivas que parecen necesario proseguir, concretándolas en carreras profesionales específicas de relevancia en su proyección social como la medicina. Desde la formulación por Freudenberg en 1974 del síndrome de *burnout*, se ha elaborado un cuerpo teórico considerable. La formulación operativa del *burnout* en el Maslach Burnout Inventory como un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal permitió un desarrollo empírico notable.

Posteriores trabajos han abierto todavía más el cuerpo teórico de los planteamientos sobre el desgaste profesional, que en ciertos aspectos tiene como antecedente conceptual la formulación inicial de Maslach, Jackson et al, del llamado *burnout*. En esta tarea se ha destacado el grupo liderado por Wilmar Schaufeli, de la Universidad de Utrecht, al insistir en los procesos de comparación social y proponer modelos abiertos del desgaste profesional⁴.

Entre los modelos que pretenden captar al *burnout* como un proceso de desgaste profesional, se encuentra el desarrollado por B. Moreno. Desde la elaboración de su Cuestionario Breve de *Burnout* (CBB), Moreno, Bustos et al han propuesto la necesidad de concebir dinámicamente la relación entre las condiciones antecedentes de las manifestaciones que componen el síndrome y las consecuencias de las mismas. Posteriormente, y con el propósito de concretar las expresiones del proceso en la profesión médica, este mismo autor y sus colaboradores han propuesto un nuevo instrumento, el Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos⁵.

Las consecuencias del desgaste profesional pudieran, para facilitar su enumeración, clasificarse del siguiente modo de modo particular en el sector de la salud: para el profesional, para los receptores del servicio (pacientes, familiares, estudiantes, etc.), para la institución laboral.

El profesional de la salud es el primer afectado por el desgaste profesional, pues es quien lo experimenta a resultas del sostenido estrés laboral.

El desgaste profesional que se experimenta como un agotamiento emocional inicialmente, se ve cortado además de manifestaciones de fatiga física, intelectual y, en general, como una disminución significativa de la energía y vitalidad habitual de estas personas. De hecho, el agotamiento emocional se percibe como un sentimiento de pérdida de esas energías y competencias. De progresar este proceso, no solo se intensifican esos sentimientos y falta de capacidad; sino además, van apareciendo otros síntomas⁶.

Diversas investigaciones empíricas realizadas con profesionales de la salud e inclusive con estudiantes de profesiones sanitarias en diversos países hispanoamericanos, confirman las consecuencias negativas del desgaste profesional para el comportamiento laboral y aún más, para la salud mental de estas personas². En uno de estos trabajos se afirma: “...algunos autores advierten sobre un número mayor de casos de suicidio entre los profesionales del área médica cuando son comparados con la población en general”⁷. Esta afirmación confirma la necesidad de contar con registros de mortalidad de la población laboral no solo por sectores de la economía, sino además por ocupación⁸.

En una investigación realizada con 209 médicos del nivel primario de atención de 32 policlínicos de 7 municipios de La Habana, se aplicaron simultáneamente un cuestionario de desgaste profesional para médicos y un cuestionario de síntomas psicopatológicos. Se observaron asociaciones positivas entre el desgaste profesional y los síntomas de alteraciones de la salud mental. En particular, el agotamiento y la pérdida de expectativas (ineficacia según Maslach) correlacionaron con todas las diversas categorías de síntomas incluidas en el instrumento, salvo la ansiedad fóbica y la ineficacia y el distanciamiento (despersonalización o cinismo) solo se asoció a la hostilidad y la paranoia⁹.

Otras manifestaciones se producen de modo secundario y forman una corte de comportamientos amplios y diversos a que puede conducir el desgaste hasta el punto de devenir en un deterioro del comportamiento laboral, tales como la insatisfacción laboral, errores injustificados, negligencias, ausentismo, enrarecimiento del clima laboral, mal manejo de la relación con el paciente y otras. Estas consecuencias interfieren con la efectividad y la calidad de la atención.

Con no poca frecuencia se observa una falta de comprensión y de aceptación por parte de los directivos de las instituciones del fenómeno del desgaste profesional y

sus repercusiones sobre el comportamiento de los profesionales afectados. Emerge con relativa facilidad un estereotipo orientado a considerar que se trata simplemente de una falta de responsabilidad, una negligencia inaceptable de los trabajadores, cuyo rendimiento en el servicio se ha deteriorado.

El hecho mismo de que no todos los profesionales reaccionan del mismo modo o en el mismo grado, contribuye a reforzar esta idea. Aun si resultan varios quienes presentan el problema, pudiera verse reforzada la errónea y perjudiciada idea de que hay una cierta "conspiración" de desobediencia, una resistencia colectiva a la autoridad administrativa.

El espíritu de sacrificio y entrega que es común y ampliamente mayoritario entre los profesionales de la salud, que constituye una condición tempranamente conocida desde que efectúan su elección vocacional, no puede esgrimirse como un argumento de coacción moral o administrativa para hacer prevalecer a toda costa exigencias elevadas y sostenidas que, devenidas en normas de trabajo más o menos formales, rebasen los recursos de respuesta de estos trabajadores.

Ciertamente, también hay que advertir que no toda desviación de la calidad o de la efectividad del servicio que presta un profesional puede ni debe interpretarse *a priori* como una manifestación de desgaste profesional.

Las labores asistenciales presentan dificultades para quienes deben supervisarlas objetivamente. Es más, hay evidencias precisamente en trabajadores sanitarios de que los juicios de los propios trabajadores afectados por el desgaste sobre su desempeño no necesariamente coinciden con quienes supervisan su trabajo¹⁰. Del mismo modo que una actitud solícita puede contribuir grandemente a la satisfacción de un usuario con el servicio que recibe, también una conducta de indiferencia, desinterés o hasta de trato profesionalmente deficiente puede escapar a la mirada de un superior.

De hecho, el desgaste profesional puede sumarse y amplificar las consecuencias negativas de otros procesos al interior de la institución inicialmente no relacionado con el desgaste mismo. Obviamente, no todo lo que pudiera andar mal en una institución es atribuible a procesos de desgaste profesional de sus trabajadores; pero estos problemas no resueltos pueden acumularse y reforzarse mutuamente en detrimento de la calidad de los servicios y de la imagen de la institución de salud.

A causa de todo cuanto antes se ha apuntado, los más injustamente afectados de toda la cadena de consecuencias del proceso de desgaste profesional son precisamente las personas que reciben los servicios.

De modo aparentemente paradójico, aquellos para los cuales los servicios de salud son diseñados y en favor de quienes se pretende realizar un esfuerzo eficiente de la institución de salud y de sus trabajadores, en razón de una deficiente prevención del desgaste y del cuidado y mejor organización de los servicios, resultan

depositarios del malestar organizacional que genera el desgaste profesional. Una vez más, el desgaste profesional trasciende las paredes de la institución laboral para hacerse sentir en ámbitos extralaborales, en este caso, en la comunidad a que presta servicios. Tal es también la importancia social, la relevancia de todos los esfuerzos que se hagan por su adecuada prevención.

Los usuarios de los servicios de salud no son solo los pacientes, sino además los familiares. De hecho, habría más, los usuarios no pueden reducirse solo a los usuarios "actuales" que en un momento y lugar dados reciben un servicio de salud. Son también los usuarios "potenciales", los que tienen la expectativa de, en caso necesario, recibir un servicio y depositan en los profesionales y en las instituciones de salud una cuota importante de confianza que influye en su bienestar general.

De ese modo, si hay presencia de signos y síntomas de desgaste profesional en el prestador de servicios de salud, se trate de un profesional de la salud, de un equipo de salud o de una institución sanitaria, esto obviamente se reflejará en la calidad del servicio prestado y, consiguientemente, en el grado de satisfacción del usuario que lo recibe.

La calidad de los servicios comprende no solamente las condiciones objetivas, materiales y organizativas que permiten el servicio mismo; sino también el proceso de la prestación del servicio, en el cual los profesionales de la salud son los principales protagonistas, y los resultados que se obtienen.

Todos esos componentes influyen en la conformación de la satisfacción del usuario, a la vez que todos ellos pueden resultar afectados sensiblemente por efecto del proceso de desgaste profesional.

Estudios realizados en Cuba permitieron identificar entre las causas de insatisfacción más frecuentes de los usuarios de los servicios de salud, las siguientes: trato inadecuado a pacientes y familiares, extravío de documentos, suspensión e impuntualidad de las consultas, condiciones inadecuadas de las unidades de salud, entre otras¹¹. Aunque no existen evidencias de su asociación con procesos de desgaste profesional en esos centros de salud, esas consecuencias son coincidentes con algunas de las muchas producidas por ese síndrome que afecta a profesionales de servicios humanos.

Algo más hay que hacer notar respecto a la satisfacción de los usuarios y los resultados del servicio de salud. Estos últimos no son solo producto de las acciones de los profesionales, sino también de los pacientes que, con su adherencia y disciplina terapéutica, además de con su actitud emocionalmente favorable, contribuyen al éxito del servicio prestado y a su calidad. El usuario es, por tanto, no un mero receptor pasivo del servicio o un juez expectante de su calidad, sino un protagonista activo de los procesos de calidad de la institución de salud.

Finalmente, como apunta N. Suárez elocuentemente, "no hay clientes satisfechos si los que le ofrecen el servicio no lo están"¹². Esos clientes son los usuarios de los servi-

cios de salud y agregaríamos que no hay prestadores de servicios satisfechos sin una eficiente prevención del desgaste profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

El universo estuvo compuesto por un total de 213 médicos del hospital regional “Teodoro Maldonado Carbo” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), de ambos sexos, sin distinción de especialidad desempeñada y

con más de tres años de trabajo en el hospital como médico.

La muestra estuvo compuesta por un total de 129 médicos, todos los que cumplían los requisitos de inclusión y ninguno de exclusión. El 60,5 % eran hombres. La edad promedio del grupo total fue de 43 años (hombres 44,7; mujeres 40,6). La antigüedad promedio como médico fue de 16 años (hombres 17; mujeres 14). La antigüedad laboral media en el puesto actual, 12 años (hombres 13; mujeres 10); y trabajando en el hospital, 13 años como promedio (hombres 14; mujeres 11).

Variables

Variable	Definición	Escala
Dimensión sociodemográfica		
Edad	Años cumplidos	De razón
Sexo	Sexo biológico	Nominal (hombre=1, mujer=2)
Antigüedad laboral	Años de trabajo (en general, en la institución, en el cargo, etc.)	De razón
Dimensión desgaste profesional		
Condiciones favorecedoras de la aparición del desgaste profesional		
Subvariables:		
Antecedentes	• Gerencia y supervisión	Ordinal, tratada como de intervalo
	• Presión temporal	
	• Deterioro social de la profesión	
	• Contacto con el dolor y la muerte	
	• Presión social	
Síndrome	Núcleo psicopatológico del desgaste	Ordinal, tratada como de intervalo
	Subvariables:	
	• Agotamiento	
	• Distanciamiento	
Consecuentes	• Pérdida de expectativas	Ordinal, tratada como de intervalo
	Consecuencias o impactos del desgaste sobre el individuo o sus circunstancias	
	Subvariables:	
	• Deseos de abandono profesional	
	• Consecuencias físicas	
Moduladores	• Aislamiento profesional	Ordinal, tratada como de intervalo
	• Consecuencias emocionales	
	Variables intervinientes en el proceso de desgaste que modifican su acción directa	
	Subvariables:	
	• Expresión verbal de las emociones	
Síntomas de estrés	• Compromiso	Ordinal, tratada como de intervalo
	• Comprensibilidad	
	• Flexibilidad adaptativa	
	• Consonancia emocional	
	Síntomas cognitivos, emocionales, comportamentales y psicossomáticos usualmente asociados a vivencias de estrés.	

Ética

La investigación se condujo en todo momento en observancia estricta con las recomendaciones del Consejo para las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas¹³ de la Organización Mundial de la Salud para la investigación con humanos, contenida en el documento correspondiente.

Instrumentos

1. Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos (CDPM), de Bernardo Moreno.
2. Inventario de Síntomas de Estrés (ISE), de Bernardo Moreno.

Procedimiento

Inicialmente se concertó la realización de la investigación con la dirección del hospital y con la organización gremial.

Fueron seleccionados los participantes de acuerdo con los requisitos establecidos previamente, los cuales se expusieron antes en este documento.

Los potenciales participantes fueron informados del propósito de la investigación procurando no transmitir información que pudiera inducir respuestas a las preguntas de los cuestionarios. Fue significada la importancia de la investigación. Se solicitó su consentimiento para participar en el estudio.

Todos los potenciales participantes aceptaron colaborar.

Los instrumentos fueron administrados en el orden antes relacionado mediante auto-aplicación, quedando el autor como consultor durante el llenado de los cuestionarios ante cualquier duda de los participantes.

Se apreció una favorable motivación y espíritu de colaboración en los participantes, así como una adecuada comprensión del contenido de las proposiciones de los cuestionarios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los cuestionarios administrados a los participantes fueron sometidos al cálculo de sus estadígrafos descriptivos más elementales. Estos son la media con sus intervalos de confianza superior e inferior ($\pm 95\%$), desviación estándar, así como estadígrafos psicométricos que ilustran la confiabilidad o consistencia interna de cada escala y variable del CDPM y del conjunto de ítems del ISE.

Los valores promedio del CDPM, primeros obtenidos con profesionales médicos en Ecuador, muestran en general valores más bien moderados. Si las respuestas de los participantes se puntuaban entre 1 y 4, se entenderá que serían considerados valores altos aquellos iguales o superiores a 3.

En el caso de los antecedentes, los resultados permiten destaca la presión social y el contacto con el dolor y la muerte los más señalados, en tanto en los pacientes difíciles, es el antecedente menos nombrado.

Un análisis de regresión lineal permitió conocer que la escala de antecedentes es una buena predictora del agotamiento ($F=26,21$; $R^2=0,1919$; $p=0,000001$), tal como el modelo teórico del CDPM establece.

Respecto a la escala de consecuentes, las consecuencias físicas y emocionales alcanzaron los valores promedio más elevados en ella, por encima de los deseos de abandono o aislamiento profesional. Esto concuerda con los valores de distanciamiento, indicando la conservación de la identificación con la profesión.

En la escala de moduladores, los valores promedio de sus componentes son relativamente similares, algo menor la llamada flexibilidad adaptativa.

Los coeficientes de correlación de Pearson en los resultados se corresponden con lo esperado. Las asociaciones resultan positivas y altas entre los antecedentes, los consecuentes, el síndrome y los síntomas de estrés; en tanto los moduladores mantienen valores bajos y de signo inverso.

La correspondencia entre los síntomas de estrés y los componentes del desgaste constituye una validación convergente del CDPM.

En relación con el síndrome, de sus componentes, la pérdida de expectativas, interpretable también como sentimientos de ineficacia personal y agotamiento, constituyen los dos componentes con valores más altos. Una nota positiva la aporta el valor relativamente bajo del distanciamiento, que refleja el cuidado y preservación de los valores profesionales. Cabe señalar que esos valores, comparados con los obtenidos por el autor del cuestionario original con médicos de la Comunidad Autónoma de Madrid, que resultaron 2,09; 2,03 y 2,67, respectivamente, permite ver que solo en el agotamiento los ecuatorianos tuvieron como promedio un valor más elevado que los médicos españoles⁵. En otra investigación con igual instrumento realizada en Cuba, los médicos de la atención primaria, obtuvieron valores promedio en estas escalas de 2,80; 1,80 y 2,79, respectivamente, valores estos más altos en agotamiento y pérdida de expectativas que los nuestros, y muy similar en distanciamiento¹⁴.

En particular, las correlaciones de los tres elementos constituyentes del síndrome con los síntomas de estrés resultaron estadísticamente significativas, todas positivas. Ello concuerda con lo esperado, dada la naturaleza de ambos procesos.

Los ítems de la escala del síndrome fueron objeto de un análisis factorial de componentes principales, bajo una rotación Varimax (según la máxima varianza a explicar por sus factores).

Se establecieron como criterios los siguientes: determinar los factores por valores propios iguales o superiores a la unidad; interpretar los factores extraídos de acuerdo con el

contenido (pertenencia a la subescala) de los ítems con saturaciones iguales o superiores a 0,70.

Con estos elementos deben interpretarse que si bien se esperaba una estructura de tres factores de acuerdo con los criterios conceptuales y constructivos del instrumento de tres subescalas (agotamiento, distanciamiento y pérdida de expectativas), en realidad resultaron solo dos, que explican casi el 56 % de la varianza total del sistema. No se trata de una proporción elevada, aunque suficiente.

El primer factor, que da cuenta del 46 % de la varianza total, se encuentra determinado principalmente por los ítems de agotamiento, los cuales en su totalidad asumen pesos altos en el factor. A este factor se asocian además algunas manifestaciones de pérdida de expectativas, representadas por los ítems 9 y 12. En consecuencia, denominamos "agotamiento" al factor 1 resultante de este análisis multivariado.

El segundo factor ofrece explicación al 9 % de la varianza. Los ítems de mayor peso son los 1 y 7, ambos de la escala de distanciamiento. Les sigue, aunque con un valor menor al preestablecido, el ítem 10, de la propia escala. Se determinó denominar "distanciamiento" a este factor.

Los contenidos de pérdida de expectativas se distribuyeron en los dos factores anteriores. No alcanzaron saturaciones altas en ninguno de los dos factores dos ítems de distanciamiento (4 y 10) y dos de pérdida de expectativas (3 y 6). Son estos últimos resultados que desde el punto de vista psicométrico merecen una posterior observación con una muestra diferente y decidir probablemente modificaciones en sus contenidos.

Un procedimiento muy frecuentemente empleado para la evaluación del estrés es contabilizar los síntomas que de modo usual concomitan con las vivencias subjetivas de estrés y tensión. No por eso debe obviarse el hecho de que esos síntomas son inespecíficos, y que pueden deberse a otras causas o manifestarse en ausencia de vivencias de estrés.

La relación del estrés con determinados síntomas ha dado por resultado la redacción de numerosos cuestionarios de síntomas de estrés. Uno de ellos es el ISE, elaborado por B. Moreno, que ha sido empleado en nuestra investigación.

Dado que no existen datos de referencia poblacionales y tampoco ha sido esto objeto de trabajo de su autor, no es posible juzgar el nivel de estrés experimentado, ni aun por la vía indirecta de los síntomas declarados. No obstante, tomaremos la puntuación media de la escala de valores posibles a obtener en el cuestionario como un punto formal de comparación. En este caso los valores posibles a obtener van desde 0 a 120, por lo cual 60 sería el punto medio de la escala.

Vemos que la media del grupo de médicos apenas rebasa la puntuación 29, por lo que bajo un criterio formal de distribución de las anotaciones, estarían por debajo de la puntuación media de la escala.

Para observar la distribución real, se calcularon los percentiles del total de los participantes en este cuestionario.

Se aprecia que el percentil 50 se encuentra entre las filas 23 y 24. Interpolando los 8 casos entre las anotaciones correspondientes a esas filas, puede estimarse el percentil 50 en la anotación 49.

En cuanto a la frecuencia de los síntomas, se adoptan dos criterios de análisis. Por una parte, su incidencia, dada esta por la cantidad de participantes que lo mencionan, con independencia de su ponderación por la frecuencia con que lo experimentan. Por otra parte, su intensidad, estimada a partir de la frecuencia con que refieren sentirlos.

Resultaron los cinco más referidos los siguientes: dolores de espalda o cuello (99 %), tiempo mínimo para uno mismo (86 %), resfriados y gripe (82 %), irritabilidad fácil (81 %), sentimiento de cansancio mental (79 %).

Los cinco menos mencionados fueron: aumento del consumo de bebida, tabaco o sustancias (18 %), erupciones en la piel (25 %), presión en el pecho (29 %), presión arterial alta (30 %), dificultades sexuales (35 %).

Como puede apreciarse, todos los ítems de síntomas tuvieron una proporción de respuestas positivas en los juicios de los participantes, quienes reconocieron en ellos manifestaciones de su malestar psíquico y somático.

En cuanto a su intensidad o gravedad, como también puede interpretarse, los cinco de mayor ponderación fueron: dolores de espalda o cuello, tiempo mínimo para uno mismo, estado de apresuramiento continuo, pérdida o exceso de apetito, sentimiento de cansancio mental.

De otro lado, los cinco de menor intensidad en las respuestas de los participantes fueron: aumento de consumo de bebidas, tabaco o sustancias, erupciones en la piel, presión en el pecho, sentimientos de baja autoestima, dificultades sexuales.

Aunque "tiempo mínimo para uno mismo" parece aludir más a una condición organizativa del trabajo que a un síntoma en sí mismo, puede interpretarse como tal, debido a que es un modo de reflejar el sentimiento de prisa y de urgencia temporal que se vivencia subjetivamente.

Como era esperado, hay correspondencia en la intensidad y la frecuencia de selección de los síntomas.

Determinar la prevalencia del desgaste profesional o del *burnout* bajo el modelo de tres componentes que tiene en su origen la concepción del síndrome propuesto por Maslach, ha dado lugar a la emergencia de diversos criterios.

Entre esos criterios se encuentran el de tomar en cuenta solamente el agotamiento o cansancio emocional o el definir el desgaste por una combinación de los diversos componentes.

En nuestro caso, para la determinación de prevalencia, preferimos tener en cuenta solo el agotamiento; sin por ello dejar de analizar los restantes componentes, pero no como definitorios de prevalencia. Nuestra decisión se fundamenta en los siguientes argumentos:

- a La estructura factorial obtenida, en que se destaca el agotamiento como primer factor que explica casi la mitad de la varianza de los datos.

- b Las bajas puntuaciones promedio de los restantes componentes del síndrome.
- c Poseer una elevada fiabilidad, evidenciado en su coeficiente de Cronbach, el más elevado de todas las subescalas.
- d El criterio teórico ampliamente compartido de que el agotamiento constituye la primera manifestación del desgaste y que condiciona la emergencia de las restantes.

En calidad de criterio cuantitativo para determinar el límite de lo que se considerará o no desgaste, se tomará el percentil 66, a partir del cual se define el tercil más elevado de la distribución. Con tales anotaciones habrían 37 casos, lo que representa un 28,5 %, proporción que bajo este criterio constituiría la prevalencia del desgaste. Sin embargo, este dato en sí mismo no tiene gran significación, dado que se encuentra predeterminado por el criterio del límite, que se basa justamente en la misma muestra.

Si se aplicara un criterio más inclusivo respecto al síndrome, incluyendo los tercios superiores en los tres componentes, encontraríamos una proporción considerablemente menor. Resultarían 14 casos, un 10,8 %. Bajo la concepción del modelo de Maslach, compartido por el CDPM, constituirían los casos más graves del síndrome de desgaste.

Justamente tal proporción coincide con la que Schaufelli denomina el "burnout clínico"⁴. No obstante, la determinación de este límite del agotamiento y el criterio escogido para determinar la presencia de desgaste profesional, serán útiles en los análisis que siguen.

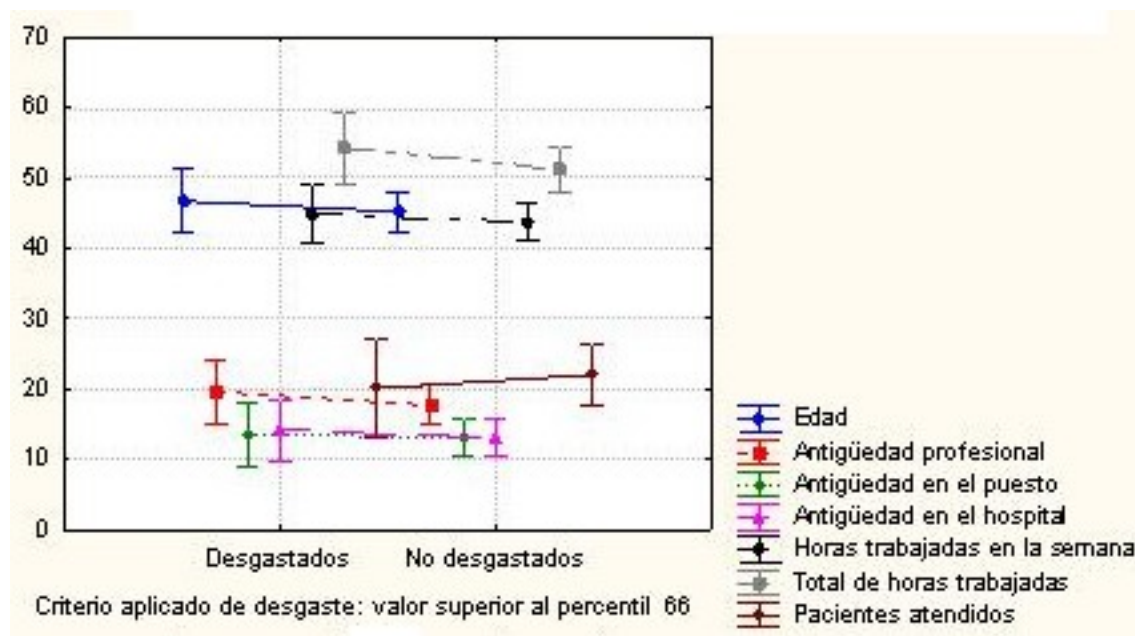
El instrumento empleado contiene un conjunto de preguntas orientadas a conocer sobre las características de los encuestados (edad, sexo, antigüedad laboral, valoración personal de la relación trabajo-salud) y otras relacionadas con la organización del trabajo (horario, tipo de contrato, interacción con pacientes, y otras).

Se analizó si estas características permitían diferenciar los participantes con desgaste de los que no presentaban igual intensidad del mismo (no desgastados).

Para estos análisis se aplicaron pruebas *t* de diferencias de medias. Se pretendió determinar cuáles de estas características diferenciaba entre los médicos con desgaste profesional (referencias personales de elevado agotamiento).

Ninguna de las características personales o condiciones organizacionales permitió diferenciar con significación estadística entre los médicos con desgaste profesional o sin él. Sin embargo, se aprecia una tendencia a ello. Las figuras 1 y 2 ilustran sobre estas tendencias. La adjudicación a uno u otro de estos gráficos de las diferentes variables se debe a su tipo, categorial o continua.

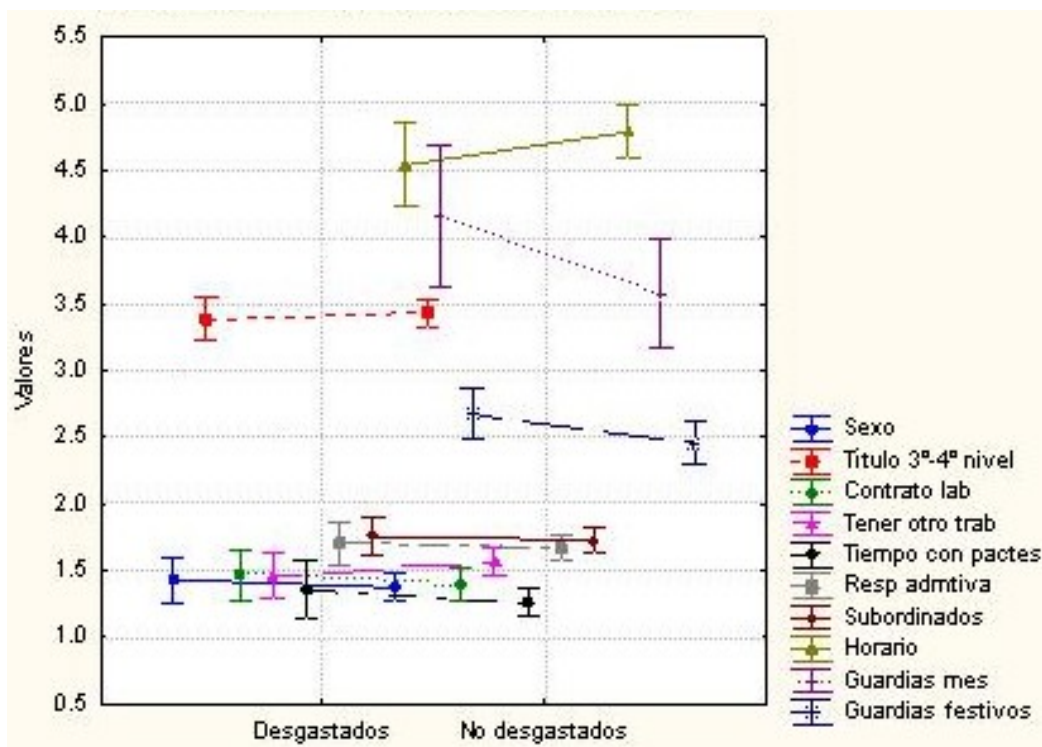
Figura 1
Desgaste profesional, condiciones personales y de trabajo



Wilk lambda = 0,96958; F(7, 89) = 0,39895; p = 0,90061

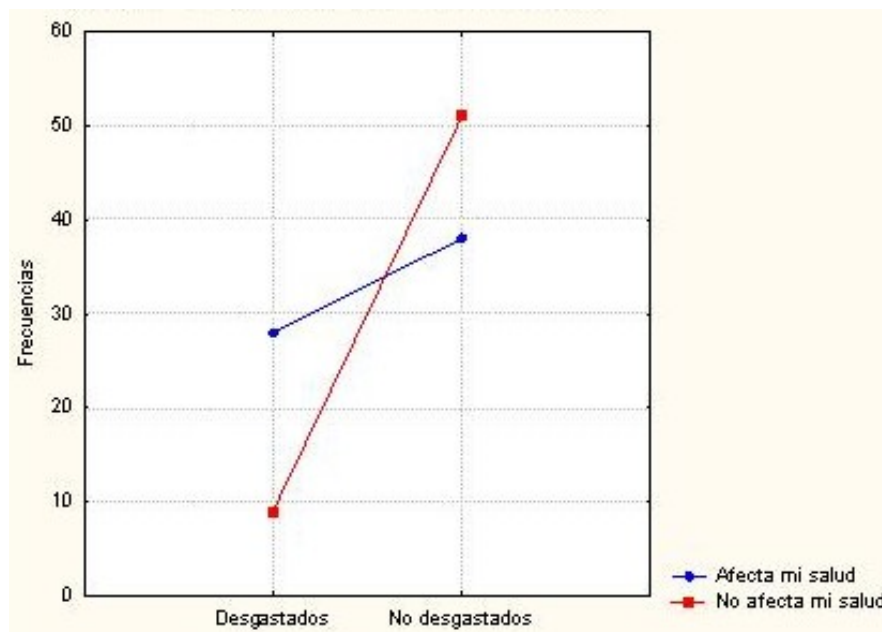
Las líneas verticales denotan los intervalos de confianza de las medias, representadas por un cuadrado

Figura 2
Desgaste y condiciones organizativas



Solamente las respuestas a la pregunta “¿el trabajo afecta su salud?” afirmativa o negativa, arrojaron diferencias significativas entre los médicos desgastados o no (media “sí afecta”= 2,52; “no afecta”=1,91; $t=-4,23$; $p=0,000045$). En la figura 3 se observan las interacciones entre las variables mencionadas.

Figura 3
“¿El trabajo afecta su salud?” y desgaste



Puede observarse que, independientemente de la respuesta afirmativa o negativa, priman los no desgastados, lo cual se debe al criterio aplicado, bajo el cual los desgastados representan una proporción minoritaria del total. Sin embargo, quienes responden afirmativamente tienen menos no desgastados y más desgastados; al contrario de quienes responden a esa pregunta negativamente.

Pudiera pensarse que si el criterio adoptado para definir el desgaste fuera menos exigente, probablemente se encontrarían las diferencias esperadas. A tales efectos se repitieron los análisis de pruebas *t* adoptando como criterio de desgaste no ya el percentil 66, sino el percentil 50; es decir, la mediana. Los resultados fueron similares.

Debe concluirse que las características personales y organizativas del trabajo consideradas en el CDPM no resultaron capaces de diferenciar a los sujetos estudiados según su nivel de desgaste.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil-Monte JL, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Ed. Síntesis; 1997.
2. Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coords. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Ed. Pirámide; 2007.
3. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997.
4. Schaufelli W, Enzmann. The burnout companion to study and practice, A critical analysis. Padstow, UK: Taylor and Francis; 1998. ISBN 0-7484-0697-2.
5. Moreno B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote J. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Atención Primaria. 2006;38(10):544-9.
6. Shirom A. Job-related burnout: A review. En: Quick JC, Tetrick LE. Handbook of occupational health psychology. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. p. 245-264.
7. Benevides-Pereira AMT. El síndrome de burnout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coords. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Ed. Pirámide; 2007.
8. Román JJ. El desencuentro entre la salud mental y la salud de los trabajadores. Revista Cubana de Salud Pública. 2006;32(4).
9. Román J. Burnout en médicos. En: Carrión MA, López F, Tous J, eds. Evaluación e intervención psicosocial. Barcelona: Asociación de Expertos en Psicología Aplicada – AEPA; 2007. p. 33-59.
10. Shirom A. Job-related burnout: A review. En: Quick JC, Tetrick LE. Handbook of occupational health psychology. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. p. 255-6.
11. Suárez Lugo N. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. La Habana: Ecimed; 2007. p. 92.
12. Suárez Lugo N. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. La Habana: Ecimed; 2007. p. 79-80.
13. Council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva: World Health Organization; 2002, ISBN 92-9036-075-5.
14. Pacheco LC, Hernández L, Román J. Desgaste profesional en directivos médicos de la atención primaria de salud de Ciudad de La Habana. En: Varios: Investigaciones en servicios de salud en el sistema sanitario cubano 2001-2010. Parte 2. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2012.

Recibido: 29 de abril de 2015 **Aprobado:** 14 de mayo de 2015