

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 11 No.3 - 2014

Síndrome de Desgaste Profesional en médicos que atienden urgencias. Hospital Universitario Calixto García, 2010-2012
Burnout Syndrome on Doctors that assist Emergencies. University Hospital Calixto García, 2010- 2012

Dra. Josefa Alfonso Sarriá,^I Dr. Juan Emilio Sandoval Ferrer,^{II} Dr. Ramón Felipe Prado Rodríguez,^{III} Dra. Concepción Carbonell Estacholi,^{IV}

I Especialista de Primer Grado en MGI y Psiquiatría. Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba.
II Especialista de Primero y Segundo Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar. Master en Psiquiatría Social y Psicología Clínica. Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba.
III Especialista de Primero y Segundo Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar. Master en Salud Pública. Hospital Universitario "Gral. Calixto García". La Habana, Cuba.
IV Especialista de Primer Grado en MGI y Psiquiatría. Profesora Asistente. Master en Psicología de la Salud. Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) como problema social y de salud pública presenta indicadores más altos en profesionales de la salud que en otras profesiones, y afecta su satisfacción y desempeño laboral.

Objetivo: Caracterizar la presencia del SDP y su correlación con variables sociodemográficas y laborales.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal con una muestra de 200 médicos de atención a urgencias en el Hospital Universitario "Calixto García", entre 2010-2012. Se aplicaron el Cuestionario Breve de Burnout y otro de variables sociodemográficas y laborales.

Resultados: Más de la mitad de la muestra presentó el SDP y resultaron afectadas sus tres dimensiones configuracionales: cansancio emocional y despersonalización altos y realización personal baja y media.

Entre las variables estudiadas predominaron: edades de 40-49 años, sexo masculino, ausencia de relaciones de pareja, presencia de hijos y los especialistas de Anestesiología. Los profesionales con 10-19 años de experiencia, los que impartían docencia y los que compartían tareas administrativas alcanzaron mayores porcentajes del SDP, también los trabajadores de Terapia Intensiva y la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes con atención al grave. Las principales causas de malestar asociadas al SDP encontradas fueron las condiciones de trabajo inadecuadas y la remuneración económica insuficiente.

Conclusiones: La mayor presencia del SDP estuvo relacionada con afectación de todas sus dimensiones configuracionales sin caracterización notable de las variables sociodemográficas. Las principales fuentes de estrés laboral se ubicaron en factores extraindividuales de modo que la salud y satisfacción con el trabajo se asociaron con un mejoramiento de las condiciones laborales y el cuidado que reciben los propios trabajadores.

Palabras clave: Desgaste Profesional, médicos, urgencias.

ABSTRACT

Introduction: The Burnout Syndrome (BS) as social and healthy problem present indicators higher on the health professionals than in other professions and this problem affects their satisfaction and work duties.

Objective: To characterize the presence of BS and its association with work and social demographical variables.

Methods: A descriptive and transversal study was carried out with a sample of 200 doctors of Emergency from the "Calixto García Hospital" during the period 2010- 2012. The Burnout Brief Questionnaire and other questionnaire about work and social demographic variables were applied.

Results: More than the half of the studied sample presented PWS and their three configurational dimensions were affected: emotional tiredness, high depersonalization and low and middle depersonalization.

Between the studied variables predominated: age between 40 -49, male sex, absent of couple relationship, the presence of having kids and as specialty Anesthesiologist. The professionals with 10 to 19 years of mastering, the ones related to teaching, also the workers from Intensive Therapy Unit and Emergency Intensive Care to Patient with Health Serious Condition. The principal causes of discomfort associated to BS found were the inadequate work conditions and the insufficient financial income.

Conclusions: The mayor presence of BS was related with the affectation to all the configurational dimensions without a remarkable characterization on the socialdemographic variables. The main sources of work stress were located in extraindividuals factors so health and satisfaction with work were associated with an improvement of the work conditions and the care that workers received.

Keywords: Burnout Syndrome, doctors, emergencies.

INTRODUCCIÓN

El SDP es un problema social y de salud pública que se presenta como un trastorno adaptativo crónico en individuos cuyas labores implican contactos humanos directos que imponen demandas, tareas y habilidades específicas en una relación de interdependencia mutua, que generan un desbalance prolongado entre las demandas psicosociales y los recursos de afrontamiento. Es una entidad multidimensional caracterizada por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.^{1,2}

Los profesionales de la salud presentan indicadores de estrés ocupacional más altos que otros tipos de profesionales, con repercusiones en la satisfacción laboral y su desempeño en el trabajo. A su vez, los servicios de emergencias generan un elevado grado de estrés en esos profesionales.³

Entre los objetivos y prioridades de trabajo del Ministerio de Salud Pública se incluyen las investigaciones que contribuyen a preservar la salud y bienestar de la población cubana con servicios de excelencia que incluyan asegurar la atención a la salud de los trabajadores del sector según la estratificación de riesgo,⁴ pero no aparecen criterios de medida eficaces que aseguren la evaluación óptima de su salud mental.

El alto nivel científico del Hospital Universitario "Calixto García", su céntrica ubicación geográfica y su importante tradición docente en el país, le confieren ciertas particularidades que favorecen una elevada presión asistencial y demanda de la población, en particular a sus médicos, cuyo bienestar subjetivo puede incidir sobre la eficiencia del servicio prestado y su comportamiento organizacional. Tanto la referencia empírica como un estudio realizado en el año 2000⁵ reportan la sensación de sobrecarga laboral en dichos profesionales, en particular los que atienden urgencias.

Este estudio tiene como objetivo caracterizar la presencia del SDP y su relación con algunas variables sociodemográficas y laborales en los médicos que atienden urgencias en el referido hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Hospital Universitario "Calixto García", entre febrero 2010 y febrero 2012. De un universo de 260 médicos con más de un año de ejercicio profesional, sin antecedentes de enfermedades mentales, ubicados en las áreas clínicas, quirúrgicas y de atención al grave e incorporados a la atención a urgencias, se trabajó con una muestra final de 200 profesionales. Previo consentimiento informado se aplicaron dos cuestionarios autoadministrados, bajo anonimato y en sesiones colectivas, en los servicios de cada especialidad.

Estos fueron el Cuestionario Breve de Burnout de Moreno para explorar las variables cansancio emocional, despersonalización y realización profesional, y un Cuestionario de variables sociodemográficas confeccionado para este estudio que incluía: edad, sexo, relaciones de pareja, número de hijos, especialidad, años de experiencia, tareas docentes, cargo, área de trabajo y frecuencia de trabajo en el hogar.

Luego de confeccionada una base de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 y se emplearon métodos de estadística descriptiva e inferencial. Se calcularon los porcentajes de las variables sociodemográficas y las dimensiones del síndrome en relación con la presencia/ausencia del SDP. Fueron calculados el coeficiente de correlación parcial de cada indicador del SDP y pruebas de hipótesis para analizar su nivel de significación.

RESULTADOS

De los 200 médicos encuestados, 111 presentaron el SDP (55.7%) y de ellos según las variables estudiadas predominaron las siguientes: el grupo de edades entre 40 y 49 años (68.6 %), sexo masculino (55.2%), ausencia de relaciones de pareja estable (64.2 %), presencia de hijos (58.6 %), y especialidad de Anestesiología (88.9 %). Se destacaron por la presencia del SDP el área de atención al grave (61.7%) y en ella los de Terapia Intensiva (87.5%) y la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes (83.3%); los profesionales con 10-19 años de experiencia y los que impartían docencia entre algunas veces y siempre (76.9%) y (54.9%) respectivamente, los que combinaban tareas administrativas (61.4%) y aquellos que realizaban con frecuencia actividades laborales en el hogar (26.1%).

En la correlación de estas variables con el SDP resultaron significativos la edad y los años de experiencia en la especialidad según se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Análisis de la significación de variables sociodemográficas y laborales y la presencia/ausencia del SDP en médicos del Hospital "Calixto García"

Variables Sociodemográficas y laborales	Coeficiente de correlación parcial	Valor de la probabilidad asociada
Edad	-0,1575	p = 0,03
Sexo	-0,0405	p = 0,58
Hijos	0,0868	p = 0,235
Relaciones de pareja	0,0239	p = 0,744
Especialidad	0,0185	p = 0,80
Años de Experiencia	0,1752	p = 0,016
Imparte Docencia	0,1307	p = 0,073
Cargo	0,0850	p = 0,245
Área de Trabajo	0,0150	p = 0,838
Trabajo en el hogar	0,0558	p = 0,446

$$p \leq 0.05$$

Por otra parte, todas las dimensiones configuracionales del síndrome resultaron afectadas: el cansancio emocional alto (96.3%), la despersonalización alta (87.5%) y la realización personal baja (100 %) y media (97%)

Tabla 2. Dimensiones del SDP en médicos del Hospital “Calixto García”

	SDP presente					
	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
	No.	%	No.	%	No.	%
Muy alta	-	-	-	-	14	15,1
Alta	26	96,3	35	87,5	56	86,2
Media/Moderada	77	71,3	70	56,0	32	97,0
Baja	8	12,3	6	17,1	9	100,0
Total	111	55,5	111	55,5	111	55,5

Las principales causas de malestar asociadas al SDP recogidas en la categoría organizacional que resultó la más afectada, se debieron a condiciones de trabajo inadecuadas (60.9 %), seguidas de la escasez de recursos materiales para trabajar (34.3 %) y la escasa atención al hombre y la organización del trabajo inadecuada, ambas con (25.7 %). En general en toda la muestra, se mantuvo el mismo orden de causas con un 55.9%, 28.5% y 24.2% respectivamente, este último correspondiente solo a la escasa atención al hombre. Dichos resultados se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Principales causas de malestar percibidas en la Categoría Organizacional según presencia/ausencia del SDP

Categoría Organizacional	SDP presente		SDP ausente		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Condiciones de trabajo inadecuadas	64	60.9	40	49.4	104	55.9
Escasez de recursos materiales para trabajar	36	34.3	17	21	53	28.5
Escasa atención al trabajador	27	25.7	18	22.2	45	24.2
Inadecuada organización del trabajo	27	25.7	12	14.8	39	20.9
Sobrexigencia no acorde a condiciones de trabajo	20	19.04	2	2.5	22	11.8
Sobrecarga de trabajo	19	18.1	3	3.7	22	11.8
Incomprensión de superiores	18	17.1	7	8.6	25	13.4
Poca estimulación	15	14.3	5	6.2	20	10.8
Malas condiciones higiénicas	12	11.4	3	3.7	15	8.1
Poca resolutiveidad a los problemas	11	10.5	6	7.4	17	9.1
Inadecuada preparación del personal paramédico	10	9.5	3	3.7	13	6.9
Condiciones estructurales del Hospital inadecuadas	10	9.5	8	9.9	18	9.7
Sobrecarga administrativa	7	6.7	11	13.5	18	9.7
Tiempo de superación insuficiente	7	6.7	2	2.5	9	4.8

En la categoría apoyo social predominó la remuneración económica insuficiente (44.8 %) asociada al SDP y en general con 39.8%, seguida de la alimentación inadecuada (20 %) y las

dificultades en el transporte para acceder al trabajo y retirarse (19.04 %). Estos resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Principales causas de malestar percibidas en la categoría Apoyo Social según presencia/ausencia del SDP

Apoyo social	SDP Presente		SDP Ausente		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Remuneración económica insuficiente	47	44.8	27	33.3	74	39.8
Alimentación inadecuada	21	20	14	17.3	35	18.8
Dificultades con el transporte de ida y regreso al trabajo	20	19.04	15	18.5	35	18.8
Escaso reconocimiento social	19	18.1	5	6.2	24	12.9
Retribución económica no acorde a la complejidad, carga de trabajo y años de graduado	17	16.2	8	9.9	25	13.4
Irrespeto de la población	11	10.5	4	4.9	15	8.1
Escasos medios diagnósticos, estudios especializados y tecnología avanzada.	8	7.6	4	4.9	12	6.5
Dificultades para la prescripción de medicamentos	5	4.8	2	2.5	7	3.8

En la categoría Individual la incomprensión de necesidades y dificultades fue la causa predominante asociada al SDP con 14.3%. (Tabla 5)

Tabla 5. Principales causas de malestar en la categoría Individual o Personal según presencia/ausencia del SDP

Individual o personal	SDP Presente		SDP Ausente		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Incomprensión de necesidades y dificultades	15	14.3	10	12.3	25	13.4
Alta exigencia de atención por pacientes y familiares	6	5.7	1	1.2	7	3.8
Relaciones interpersonales de carácter laboral no idóneas	5	4.8	5	6.2	10	5.4
Pérdida de valores y sentido de pertenencia	4	3.8	2	2.5	6	3.2
Negligencia de otros trabajadores	2	1.9	6	7.4	8	4.3

DISCUSIÓN

A nivel internacional se ha descrito que los profesionales de la salud se encuentran en una dualidad de roles: salvadores y víctimas que favorecen la aparición del SDP y puede afectar al 70% de los médicos.³

Varios estudios del SDP en profesionales de Atención Primaria reportan altos niveles de prevalencia como Aranda en Guadalajara y Noguer en Barcelona^{6,7} En Cuba los resultados encontrados son discordantes: Díaz en Matanzas,⁸ Rodríguez y Carbonell en el municipio Plaza

de la Revolución,^{2,9} así como Diéguez en Playa.¹⁰

Por su parte, Hernández en el Instituto de Oncología halla que las tres cuartas partes de los médicos y enfermeras están afectadas por el SDP con diferencias entre ambos grupos.¹¹ A su vez, Román en el 2003, obtiene una prevalencia superior al 30 % en médicos de atención primaria y secundaria,¹² mientras Bertot (2000) al estudiar a los médicos del Hospital “Calixto García” solo reporta poco más de una quinta parte con SDP, más bajos que los hallados en médicos de familia y los del presente estudio.⁵

A pesar de las diferencias metodológicas en los estudios descritos, la presencia del SDP en esta muestra refleja que es un relevante problema de salud que amerita trazar estrategias para su prevención y manejo adecuados.

En la actualidad no hay resultados que permitan identificar de forma consensuada los profesionales más vulnerables a desarrollar el SDP según variables sociodemográficas. Los indicadores más significativos en este estudio son la edad y los años de experiencia, por lo que no parece suficiente el hecho de que con la edad cumplida o los años de graduados se adquiera mayor experiencia profesional, ni se desarrollen o perfeccionen mecanismos eficaces de afrontamiento personales ni profesionales, coincidiendo con otras investigaciones en el país.⁵ Al identificar las dimensiones configuracionales del SDP se destaca su presencia asociada con niveles altos de cansancio emocional y despersonalización; mientras la realización personal baja y media con resultados más elevados sugiere que a pesar de ser una muestra pequeña, su presencia también condiciona el SDP y cuando ésta es muy alta como predominó en los que estuvo ausente el Síndrome se puede evitar llegar al desgaste. Este resultado coincide con estudios en Cuba y México.^{5,6,12,13}

La mayor presencia del SDP entre Anestesiólogos e Intensivistas de Unidades de Terapia Intensiva y Cuidados Intensivos Emergentes quienes desarrollan un trabajo conjunto que implica la atención de los pacientes más graves y con mayor demanda también por parte de sus familiares confirma la valoración que dicho síndrome puede estar influido por el tipo de pacientes y los cuidados que requieren según el modelo demanda-control.³

Entre las principales causas de malestar relacionadas con la categoría organizacional y presencia del SDP predominaron la percepción de condiciones de trabajo inadecuadas, escasez de recursos materiales para trabajar, escasa atención al trabajador y organización del trabajo inadecuada. En la categoría apoyo social más asociada al SDP se destacaron la percepción de los profesionales de tener una remuneración económica insuficiente, la alimentación inadecuada y las dificultades en el transporte de ida al trabajo y regreso.

Y en el último lugar, pero no menos importante, en relación con la categoría individual o personal predominó la incomprensión de sus necesidades y dificultades.

Se ha planteado que un trabajo será más estresante cuanto más se acerque a un modelo que incluya muchas exigencias psicológicas, poco control sobre la propia tarea, falta de apoyo social en el trabajo y escasez de recompensas o compensaciones.^{14,15}

Resulta relevante la coincidencia de fuentes de estrés laboral en este estudio y en otro similar realizado hace 10 años en el mismo centro⁵ como las siguientes: escasez de recursos materiales para el trabajo profesional, exigencias de la población sin tomar en cuenta las limitaciones materiales impuestas al servicio, precariedad de las condiciones físicas del ambiente laboral y remuneración económica insuficiente.

También se hallan como factores extralaborales coincidentes con el referido trabajo las dificultades con el transporte de ida y regreso del trabajo.

Merece destacarse un predominio de la ubicación de las fuentes de estrés laboral en factores extraindividuales con menor alusión a actitudes personales y otros factores individuales, de modo que la salud y la satisfacción con el trabajo se asocian con un mejoramiento de las condiciones laborales y con el cuidado que reciben los propios trabajadores.

El estudio del SDP puede contribuir a prevenir o revertir sus consecuencias para mejorar la calidad del servicio que brindan los profesionales, cuyo indicador fundamental es la satisfacción de la población con la atención que reciben de estos profesionales y sus instituciones, reportando este índice un notable beneficio de carácter social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomero R, Palomino J, Ruiz F. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. Rev. Med. Hered. 2005;16(4):233- 8.
2. Rodríguez A. Síndrome de Burnout en Especialistas en MGI. Municipio Plaza de la Revolución. [Tesis para optar por el título de Master en Psicología de la Salud]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. 2003.
3. D`Anello S, Marcano E, Guerra J. Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de Los Andes Mérida Venezuela. Rev. 9, 2003; 1(4):4-9.
4. Ministerio de Salud Pública. Objetivos y Prioridades de Trabajo 2014. La Habana, Cuba.
5. Bertot M. Estrés Asistencial en Médicos de 2do Nivel de Atención: Un Estudio Institucional. [Tesis para optar por el título de Especialista en Psiquiatría]. La Habana: Facultad de Medicina "General Calixto García Iñiguez"; 2000.
6. Aranda C. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública. Universidad de Guadalajara. Rev. Cub. Salud Pública. 2005; 31(2):103-8.
7. Noguer M. Estrategias para no quemarse en el trabajo. Barcelona 2003, [Internet] [consultado 16 May 2007]. Disponible en http://www.elpais.es/articulo/salud/Estrategias/quemarse/trabajo/elpsalpor/20031028elpepisal_3/Tes/?web.mit.edu/
8. Díaz D. Estrés Laboral Asistencial en Especialistas de Medicina General Integral Matanzas 2003. [Tesis para optar por el título de Master en Psicología de la Salud]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana; 2003.
9. Carbonell C. Síndrome de Desgaste Profesional en especialistas de MGI del municipio plaza. La Habana. Cuba 2007. Colecciones ínter psiquis 2011. 12 Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencia. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/2482>.
10. Diéguez Calderón MT. Síndrome de Burnout en Especialistas en MGI del Municipio Playa. [Tesis de Maestría en Psicología de la Salud]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
11. Hernández L. Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeros que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. [Tesis de Maestría en Psicología de la Salud]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1995.
12. Román J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles 1ro. y 2do. de Atención. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Rev. Cub. Salud Pública. 2003; 29 (2):103-10.
13. Solar G. El estrés laboral y el síndrome de Burnout en el cuerpo médico: una perspectiva ergonómica y clínica: revisión. Bol. Hosp. San Juan de Dios. 2005; 52(4):234-40.
14. Molina A, García M, Alonso M, Cermeño C. Prevalencia del desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de la atención primaria en un área sanitaria de Madrid. Atención primaria. 2002; 28: 668-73.
15. Álvarez Y. Síndrome de Burnout en los directivos de "Jardines del Rey" [Tesis de Maestría en Psicología de la Salud]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. 2005.

Recibido: 30 de junio de 2014
Aceptado: 28 de noviembre de 2014

