

*ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL SÍNDROME BURNOUT
EN PERSONAL DE SALUD EN EL HOSPITAL MILITAR
DE BOGOTÁ*

PATRICIA HERNÁNDEZ ZUBIETA*

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

This study tries to identify the Burnout Syndrome characteristics in different professional groups that assist chronic patients at the Army Central Hospital in Bogotá. The sample was intentional of 32 subjects between 25 and 60 years, both sex and with a minimum educational level of two years of college. They answered the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Assessment Scale of Personal Resources of coping. The second had a reliability coefficient of 0.78. The analyses of the data were descriptive. The results showed there were not relationship between sociodemographic characteristics of the participants and the burnout factor. Most of the sample had a high risk of developing the burnout syndrome. Finally, men had better strategies of coping such as: problem solving, attribution of internal cause and social support (that are considered protective factors in relationship with the development of burnout syndrome).

Key Words: Burnout syndrome, protective factors, chronic patients

El término Burnout comenzó a aparecer a mediados de la década de los 70's en Estados Unidos entre personas que trabajaban en servicios humanos para describir la fatiga extrema, pérdida de idealismo y pasión por su trabajo. Los primeros escritos sobre el tema intentan describir las características del fenómeno, darle un nombre y demostrar que era una respuesta más común de lo que se pensaba, estos se basaban en la experiencia de personas que trabajaban en servicios humanos y ocupaciones relacionadas con cuidado de la salud. Los artículos iniciales fueron escritos por: Herbert Freudenberger, (1975), un psiquiatra que trabajaba

en una entidad de cuidados de la salud y Christina Maslach (1976) una psicóloga social que realizaba un estudio sobre las emociones en el sitio de trabajo. Freudenberger proporcionó información sobre una serie de síntomas de agotamiento en los profesionales que trabajaban con drogadictos residentes en un centro asistencial y utilizó el término Burnout para explicar el desgaste y el sentimiento de estar exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, junto con la disminución en la calidad de la interacción entre psicoterapeutas y pacientes. Maslach realizó una serie de entrevistas a trabajadores de servicios

* Directora de la investigación. E-mail: paticoher@yahoo.com. Con la colaboración de Eliana Bernal y Laura Escalera.

humanos sobre el estrés emocional de sus trabajos encontrando que las estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes en la identidad profesional de la gente y su conducta laboral (Atance, 1995; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Las perspectivas psicológicas clínica y social de los artículos iniciales fueron la base de las investigaciones sobre Burnout. El enfoque clínico se centró en describir los síntomas y la relación con la salud mental; el enfoque social hizo énfasis en el contexto situacional de las ocupaciones relacionadas con el servicio humano. Gracias a estas investigaciones se pudieron identificar algunos componentes comunes del síndrome tales como el cansancio, que representa la dimensión de estrés individual de Burnout. Se refiere a la sensación de estar vacío de recursos físicos y emocionales; el cinismo o despersonalización es el componente que representa la dimensión del contexto interpersonal del Burnout, se refiere a la respuesta negativa, insensible o de excesivo desapego ante varios aspectos del trabajo; y el logro personal disminuido, representa la dimensión de autoevaluación del Burnout. Se refiere a los sentimientos de incompetencia y a una falta de realización profesional y productividad en el trabajo (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Pines y Maslach (1978) citados por Guy, (1995) definen el síndrome como fatiga física y emocional donde se presenta un concepto negativo de sí mismo y hacia el trabajo, pérdida de interés y preocupación por los clientes.

Uno de los enfoques más aceptados hasta el momento en el abordaje del tema del estrés de los profesionales de salud es el modelo de Burnout elaborado por Maslach y Jackson (1982) citadas por Buela y Moreno (1999). Ellas proponen el Burnout

como estrés crónico en las profesiones caracterizadas por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

Según este modelo “el síndrome de Burnout se caracteriza por un marcado cansancio emocional, despersonalización y abandono de la realización personal”. En él se presentan varias fases así:

1. Cansancio o agotamiento emocional: pérdida de atractivo, tedio y disgusto causado por las tareas y el trabajo, disminución del interés y satisfacción laboral, además hay sentimientos de fracaso e indefensión por haber intentado modificar su situación, sin resultado.

2. Despersonalización: es un tipo de conducta caracterizado por falta de interés, objetivación burda y somera de los problemas, pérdida de empatía e incluso sentimientos de culpa por la situación vivida. Esta característica se constituye en el núcleo del Burnout, y en un mecanismo de defensa como consecuencia del fracaso en los intentos de cambio realizados en la fase anterior (Ryan 1971, Lerner 1980 citados por Buela y Moreno, 1999).

3. Abandono de la necesidad personal: Sentimiento y creencia de que el trabajo no vale la pena, que es imposible cambiar las cosas a nivel personal e institucional, empiezan a aparecer ideas de cambio de trabajo o de institución.

En conclusión el Burnout hace referencia a un tipo de estrés ocupacional e institucional que se presenta en profesiones donde se mantiene una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando es catalogada de ayuda como en el caso de los médicos, enfermeros y demás profesionales de la salud. Su origen se encuentra en la manera cómo estos individuos interpretan y man-

tienen sus propios roles profesionales ante situaciones de crisis (Correal, Posada y Pérez, 2000).

Todavía no se ha llegado a un consenso sobre la definición del término, pero los autores coinciden en que es una respuesta emocional al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes con un carácter negativo para el sujeto pues implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas nocivas para la persona y la institución (Correal, Posada y Pérez, 2000).

Existen una serie de factores individuales y situacionales que hacen que algunos profesionales sean más vulnerables a desarrollar el síndrome, entre los personales se encuentran: el ser sujetos motivados pero obsesivos, entusiastas, entregados a su trabajo y con una personalidad emocional, estas características se encuentran frecuentemente en quienes realizan actividades humanitarias o ejercen profesiones asistenciales como la medicina, la psicología, la enfermería, el trabajo social y la enseñanza entre otras, que se basan en una filosofía humanista de trabajo (Da Silva, Daniel, Pérez, 1999; Rivera citado por Correal, Posada y Pérez, 2000).

En cuanto a los factores de carácter situacional se considera que el síndrome Burnout es frecuente en las instituciones de salud de casi todo el mundo, pero tiene mayor prevalencia en los países con un sistema muy regulado y con pocas oportunidades para sus trabajadores. Además se ha asociado al clima, la cultura laboral, y las características organizacionales de la tarea desempeñada, donde el reconocimiento y los recursos accesibles juegan un papel importante, siendo en este caso mucho más determinantes los factores

organizacionales que las características de la personalidad. Otro aspecto al cual se asocia es la respuesta a las necesidades emocionales de los pacientes encontrando que mientras más altas son sus demandas y el grado de dependencia hacia el especialista mayor es la probabilidad de que aparezca el síndrome (Moreno y Peñacoba, 1999 citados por Simón, 1999; De la Serna, 1998 citado por Correal, Posada y Pérez, 2000).

El estrés en las profesiones sanitarias es más alto que en otras ocupaciones debido a que el personal debe enfrentarse a diario con el dolor, la muerte, enfermedades terminales, entre otras, en donde se deben tomar decisiones radicales estando en juego la vida de las personas. Además la frecuencia y duración del tiempo dedicado a los pacientes aumenta la probabilidad de ocurrencia del SBO pues se ha encontrado una estrecha relación entre el cansancio emocional y el tiempo empleado al cuidado de ellos. Por eso se plantea que al disminuir la jornada de trabajo y realizar labores alternas como la docencia o tareas administrativas se puede reducir el riesgo de contraerlo (Maslach y Jackson, 1982, citado por Correal, Posada y Pérez, 2000; Simpson y Grant 1991, citados por Moreno y Peñacoba, 1999, Selwin 1987, citado por Buela y Moreno, 1999).

Aunque el síndrome es asociado al estrés, se han encontrado diferencias entre estos dos problemas que afectan la salud, como las mencionadas por Moreno y Peñacoba (1999) citados por Simón (1999): a) mientras que el estrés puede desaparecer después de un periodo de descanso y reposo, el SBO no disminuye con las vacaciones; b) el Burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, ya que el exceso del mismo no lo provoca, el síndrome se puede presentar en situaciones laborales poco estresantes

pero desmotivadoras, de esta manera se puede decir que no está directamente ligado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que se presenta después del abandono de intereses que antes fueron importantes para la persona. (c) El SBO no aparece después de uno o dos episodios de sobrecarga o de especial dificultad, sino que se da a lo largo de un proceso que puede ser desconocido y que evoluciona lentamente del entusiasmo a la decepción, lo cual es llamado por Pines, Aronson y Kafry (1981) citados por Correal, Posada y Pérez (2000) como una lenta erosión del espíritu que lleva al sujeto a experimentar motivaciones como alejamiento y hasta rechazo por su trabajo. Se puede decir que es la última fase del estrés crónico.

Maslach (1982) citado por Correal, Posada y Pérez (2000) indica que en la mayoría de los casos no se tienen en cuenta las condiciones de la organización como factores causantes de Burnout sino que este es atribuido a las características personales y a problemas individuales, de esta manera al no reconocer la parte humana del trabajo, la organización incrementa el riesgo de desarrollar en sus empleados el síndrome de estar desgastado.

Para poder entender el proceso evolutivo y las dimensiones que adquiere el Síndrome Burnout es importante conocer sus manifestaciones cognoscitivas, afectivos, conductuales, físicos y de relación así:

1. *Cognoscitivos*: las personas con el síndrome Burnout son cada vez más intolerantes, rígidas, inflexibles y cerradas a toda innovación. También puede presentarse aumento del desapego, desconfianza, cinismo, pesimismo, sospecha, despersonalización, aburrimiento, omnipotencia e hipercrítica. Para algunos autores estos cambios cognoscitivos son un intento por recuperar el con-

trol sobre los acontecimientos de la vida y la experiencia interna (Freundenberger, 1975; Patricck, 1979; Watkins, 1983; citados por Guy, 1995).

2. *Afectivos*: en este grupo de síntomas se encuentran: el aumento de la depresión y abatimiento, la soledad, el miedo, la fatiga y el vacío emocional, la culpabilidad, la irritabilidad, la vulnerabilidad, la tensión, el enfado, la pérdida de control, y dudas sobre sí mismo, los cuales pueden estar acompañados por el deseo de apartarse o aislarse de sus pacientes y sus colegas. En los psicoterapeutas se presentan dificultades para encargarse de los consultantes y preocuparse por ellos (Freundenberger, 1975; Watkins, 1983; Faber, 1983a citados por Guy, 1995).

3. *Conductuales*: los cambios en la conducta dependen de las variables personales y ambientales, con el síndrome Burnout se presenta aburrimiento en el trabajo, pérdida del entusiasmo por los proyectos, dificultades para concentrarse, baja en la productividad y la calidad del desempeño laboral (Correal, Posada y Pérez, 2000).

Se pueden presentar además discusiones, conductas agresivas, en ocasiones se facilita el abuso de sustancias, drogas y alcohol o cigarrillo para encubrir la tensión. Hay aumento o disminución en el consumo de comida y café, incluso puede presentarse un incremento de las conductas arriesgadas y como consecuencia también un aumento en la accidentalidad (Carrol y White, 1982; Freunderberger, 1975 citados por Guy, 1995).

4. *Físicos*: se presentan cefaleas tensionales, dolores en la columna, resfriados frecuentes, disminución del sueño, fatiga crónica, cansancio, tensión muscular, pueden volver dolencias que ya existían y la persona está más susceptible a problemas

gastrointestinales, dolores musculares y cambios en el peso (Carrol y White, 1982; Patricck, 1979 citados por Guy, 19995).

5. *De relación*: los profesionales con el síndrome empiezan a interactuar de una manera distinta tanto en el consultorio como fuera de él, se presentan dificultades en la comunicación con los demás, suelen relacionarse de una manera mecánica y artificial o también pueden presentar aislamiento; se incrementan los conflictos interpersonales, debido a las interpretaciones erróneas que se hacen de ciertas situaciones (Freunderberger y Robbins, 1979; Freudenberg, 1975; Watkins, 1983, citados por Guy, 1995).

Teniendo en cuenta los factores que hacen que se presente el síndrome en el personal de salud se realiza este estudio con el cual se pretende identificar las características del mismo en los profesionales que atienden pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Militar Central de Bogotá y evaluar sus recursos de afrontamiento a fin de identificar los factores de protección y riesgo que presenta esta población.

Problema

¿Cuál es la frecuencia del síndrome Burnout en el personal de salud del Hospital Militar Central de Bogotá que atiende pacientes con enfermedades crónicas y cuáles son las características de quienes lo presentan?

MÉTODO

Diseño

El diseño en esta investigación corresponde a un estudio descriptivo, el cual "busca especificar las propiedades importantes

de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis" (Dankhe, 1986, citado por Hernández, Fernández y Baptista, 1999. p. 60).

Sujetos

El estudio se llevó a cabo con el personal de salud que labora en el Hospital Militar Central y que atiende pacientes con enfermedades crónicas. El grupo estuvo constituido por 32 personas de ambos sexos, entre quienes se encuentran médicos, jefes de enfermería, técnicos, auxiliares de enfermería y psicólogos cuyas edades oscilan entre 25 y 60 años, seleccionados de forma intencional y pertenecientes a los servicios de hematología, oncología, clínica del dolor y nefrología.

Instrumentos

Para el desarrollo de la investigación de utilizaron los siguientes instrumentos:

1. El Maslach Burnout Inventory (MBI), es un cuestionario que puede ser compuesto por 22 ítems con una escala tipo Likert, donde se afirman los sentimientos y actitudes personales del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, el test fue elaborado por Maslach y Jackson (1981) (citados por Livianos, De las Cuevas, Rojas, 1999), y se ha empleado en diversos profesionales de la salud. Este instrumento valora tres aspectos fundamentales del síndrome de Burnout o de desgaste profesional: el agotamiento emocional, la despersonalización y la ausencia de logros personales. La subescala de agotamiento emocional (EE), constituida por 9 ítems, valora la sensación de estar emocionalmente saturado o exhausto por el propio trabajo. La subescala de despersonalización (DP), integrada por 5 ítems, mide el grado en el cual la respuesta hacia

los pacientes es fría, distante e impersonal. La subescala de logros personales (PA) consta de 8 ítems que valoran los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo. El Burnout o desgaste profesional se concibe como una variable continua que se puede experimentar en bajo, moderado o alto grado y no como variable dicotómica que está presente o ausente. Altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y de despersonalización y bajas puntuaciones en la subescala de logros personales son reflejo de un alto grado de Burnout. Un grado medio es reflejo de puntuaciones medias entre las tres subescalas. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas EE y DP, y de altas puntuaciones en la de PA son indicadores de un bajo grado de Burnout (Livianos, De las Cuevas, Rojas, 1999).

2. Escala de evaluación de los recursos de afrontamiento personal, elaborada por Rodríguez, Gutiérrez, Guevara, González, en 1996, consta de 63 ítems los cuales se encuentran distribuidos en tres áreas como son salud física, psicológica y sociocultural, cada una de estas escalas tiene veintiún ítems, en donde seis son de atribución de causalidad, tres interna y tres externa. Los quince ítems restantes se distribuyen entre recursos de afrontamiento, recursos individuales (creencias y solución de problemas) y recursos ambientales (habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales). El índice de confiabilidad es de 0.78 y la calificación se realiza por medio de una plantilla.

Para la interpretación se tienen en cuenta las puntuaciones típicas, si estas se encuentran entre 40 y 60 están dentro del promedio, las mayores de 60 muestran a una persona con adecuados recursos de afrontamiento y

las puntuaciones típicas inferiores a 40 muestran la necesidad de crear estrategias que mejoren los recursos de afrontamiento con los que cuenta el sujeto y/o estilo de atribución de causalidad. A través del formato se puede determinar si el estilo de atribución de causalidad es interno o externo y cuáles recursos de afrontamiento son escasos o adecuados.

3. Cuestionario de datos personales para identificar las variables demográficas más relevantes.

Procedimiento

Una vez seleccionados los participantes se les entregó un formato de consentimiento informado en el cual se dió a conocer el propósito del estudio, y se les indicó que los datos obtenidos eran confidenciales y anónimos, posteriormente se procedió a la entrega de los cuestionarios, los cuales debían ser devueltos en un lapso de tiempo estipulado, el diligenciamiento de los cuestionarios se llevó a cabo de manera autoaplicada.

RESULTADOS

Se distribuyeron 50 formatos de los cuales fueron devueltos 32, obteniendo así un porcentaje de respuesta del 64%. La edad media de los participantes era de 40 años.

En primera instancia se presentan los resultados del Cuestionario de Datos Socio – demográficos representados en frecuencias y sus respectivos porcentajes como se observa en la tabla 1.

Tal como se aprecia, la mayoría (59.4%) de los participantes fueron mujeres. Sobre el estado civil se observó que 24 (75%) eran casados. En relación al nivel académico 10 (31.3%) eran Auxiliares de enfermería y

Técnicos de radioterapia, 9 (28.1%) Psicólogos y Enfermeras Jefe y 13 (40.6%) médicos especialistas de los servicios de Oncología, Unidad Renal, Clínica del Dolor, y He-

matología. En cuanto a la jornada laboral un gran porcentaje de personas (43.8%) trabajan 8 horas diarias. En las actividades extralaborales se encontró que pocas perso-

Tabla 1. Frecuencias y Porcentajes de las Características Socio-Demográficas.

Variables	Características	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sexo	Masculino	13	40.6	40.6
	Femenino	19	59.4	100.0
Nivel de Escolaridad	Técnico	10	31.1	31.3
	Universitario	9	28.1	59.4
	Especialista	13	40.6	100.0
Estado Civil	Soltero	4	12.5	12.5
	Casado	24	75.0	87.5
	Separado	3	9.4	96.9
	Viudo	1	3.1	100.0
Jornada Laboral (Horas)	6	3	9.4	9.4
	7	5	15.6	25.0
	8	14	43.8	68.8
	9	1	3.1	71.9
	10	4	12.5	84.4
	12	5	15.6	100.0
Nº Act. Recreativas	0	14	43.8	43.8
	1	14	43.8	87.5
	3	3	9.4	96.9
	4	1	3.1	100.0
Nº Act. Culturales	0	16	50.0	50.0
	1	15	46.9	96.9
	2	1	3.1	100.0
Nº Act. Sociales	0	14	43.8	43.8
	1	12	37.5	81.3
	2	3	9.4	90.6
	4	2	6.3	96.9
	5	1	3.1	100.0
Nº Act. Académicas	0	15	46.9	46.9
	1	8	25.0	71.9
	2	5	15.6	87.5
	3	2	6.3	93.8
	5	1	3.1	96.9
	8	1	3.1	100.0
Nº Act. Deportivas	0	18	56.3	56.3
	1	12	37.5	93.8
	3	1	3.1	96.9
	5	1	3.1	100.0

nas (48.16%) realizan actividades diferentes al trabajo, y solo 5 (13.7%) más de una.

En segunda instancia se presentan los datos más relevantes obtenidos con la aplicación del MBI con el cual se pretendía medir los niveles de Burnout en el personal de salud que atiende pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Militar Central. En la tabla 2 se puede observar la distribución por niveles según las escalas Agotamiento Emocional, Despersonalización y Logros Personales descritas por Maslach, Schaufeli y Leiter (2001).

Para analizar las características del Síndrome se tuvieron en cuenta los puntajes obtenidos en las diferentes escalas del MBI obteniendo valores altos, medios y bajos distribuidos así: en Logros Personales 25 personas (78.1%) se ubicaron en el nivel alto y 7 (21.9%) en medio; en la escala de Agotamiento Emocional se encontraron 16 (50%) en el nivel medio, 10 (31.3%) en alto y 6 (18.8%) en bajo; finalmente en Despersonalización las 32 (100%) personas de la muestra evaluada se ubicaron en el nivel bajo como se puede observar en la tabla 2. Lo cual demuestra que el personal no cumple con los criterios que indican la presencia del Síndrome de Burnout.

La tercera instancia del análisis muestra los puntajes obtenidos en la Escala de Recursos de Afrontamiento Personal con la que se pretendía evaluar el conjunto de estrategias utilizadas por el personal de salud que atiende pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Militar Central para manejar situaciones cotidianas.

Para el caso de los recursos de afrontamiento las puntuaciones típicas de la mayoría de las personas evaluadas se ubicaron (78%) en un nivel medio, lo cual indica que la mayor parte del personal de salud tiene estrategias adecuadas para manejar diversas situaciones.

Las personas con nivel educativo técnico se ubicaron en los niveles bajo-medio en la escala de afrontamiento al igual que los universitarios, mientras que los especialistas se ubicaron en los niveles medio-alto.

Con el fin de determinar si existían diferencias entre los recursos de afrontamiento, el sexo y la jornada laboral se utilizó el estadístico t-student con el cual se observaron datos significativos en las variables Salud Psicológica, Jornada Laboral, Atribución Interna y solución de Problemas.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres así:

Tabla 2. Distribución de las Frecuencias y Porcentajes en las Escalas del MBI

Escalas del MBI	Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Agotamiento Emocional	Bajo	6	18.8	18.8
	Medio	16	50.0	68.8
	Alto	10	31.3	100.0
Despersonalización	Bajo	32	100.0	
Logros Personales	Medio	7	21.9	21.9
	Alto	25	78.1	100.0

en cuanto a la Jornada Laboral se observó que el primer grupo trabaja un mayor número de horas al día. La variable atribución de causalidad interna indica estrategias caracterizadas por un estilo de atribución interno en hombres. En la variable solución de problemas se evidenció que los hombres poseen mejores habilidades que las mujeres.

En cuarta instancia se presentan los datos obtenidos de las correlaciones entre los componentes del MBI y los recursos de afrontamiento.

Para poder determinar si existe alguna relación entre el Burnout y los estilos de afrontamiento se realizó la prueba estadística de Spearman con un nivel de significancia del 0.05 el cual muestra una relación positiva entre las variables: Solución de Problemas y Logros Personales (0.530), Atribución de Causalidad Interna y Logros Personales (0.211). Las relaciones inversas más relevantes fueron encontradas entre Salud Física y Despersonalización (-0.499), Recursos Materiales y Despersonalización (-0.422).

Como un último aspecto del análisis de resultados vale la pena mencionar que al contrastar las variables sociodemográficas, Burnout y Estilos de Afrontamiento no se encontraron datos estadísticamente significativos que permitan evidenciar una relación entre ellas.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue identificar las características del síndrome Burnout en personal de salud que atiende pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Militar Central con el fin de generar estrategias de tipo preventivo frente a la

presencia del mismo. Se trabajó con una muestra no clínica de 32 personas de ambos sexos, con edades comprendidas entre 25 y 60 años, con un nivel educativo mínimo de técnico y máximo de especialista.

Esta muestra fue escogida debido a que se ha encontrado que uno de los grupos ocupacionales con mayor vulnerabilidad para desarrollar Burnout es el personal de salud teniendo en cuenta que las condiciones de trabajo en las instituciones sanitarias tales como: el contacto permanente con personas enfermas, con el dolor y la muerte, el volumen de pacientes que deben atender a diario, el número de horas trabajadas, la organización por turnos entre otras, generan en los profesionales sentimientos de frustración, impotencia, desesperanza que en la mayoría de los casos no son expresados ni compartidos con otros colegas, provocando agotamiento, sensaciones de fracaso, distanciamiento de los pacientes o insensibilización y afectando su salud psicológica, emocional y física de estos (Webmaster, 1999; Shnidman, 1978 citado por Correal, Posada y Pérez, 2000).

Además de las condiciones organizacionales existen factores de tipo individual que interactúan con ellas incrementando la probabilidad de que se presente el síndrome. Estas se pueden dividir en características socio-demográficas como edad, sexo, estado civil y experiencia laboral y en los estilos de afrontamiento como habilidades sociales, estrategias para solucionar problemas, creencias y atribución de causalidad (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Considerando lo expuesto anteriormente, el presente estudio descriptivo aporta al área de la Psicología Clínica y de la Salud: la identificación de las características del SBO en una población sanitaria específica

y su relación con variables personales y contextuales y el planteamiento de posibles alternativas de tipo preventivo para reducir el riesgo de aparición del síndrome. Estos aportes se ilustran a continuación mediante el análisis de los resultados encontrados.

Respecto a las variables socio-demográficas no se observa relación alguna con los componentes del síndrome, sin embargo llama la atención que el personal que trata pacientes crónicos en el Hospital Militar Central realiza en baja proporción (13.7%) actividades fuera de su trabajo, aspecto que puede explicar que un alto porcentaje (81.3%) de la muestra se ubique en los niveles medio y alto de la escala de Agotamiento Emocional. Además de ser un factor explicativo el hecho de no participar en actividades extra laborales se considera un elemento de riesgo para desarrollar Burnout teniendo en cuenta que según la literatura, la presión a la que están sometidos los profesionales de la salud por las características de su trabajo es compensada con el ejercicio físico y académico, la recreación y las relaciones sociales entre otras (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

En lo que se refiere al Síndrome Burnout, es relevante destacar los puntajes obtenidos por el 50% de los participantes quienes presentaron un nivel medio en la escala de Agotamiento Emocional y el 31.3% que presentó un nivel alto, lo cual indica que estas personas se están sintiendo en alguna medida emocionalmente saturadas por su trabajo debido a la proximidad de los pacientes, la condición crónica de sus enfermedades y el alto grado de responsabilidad que implica su tratamiento entre otros; de la misma manera los bajos puntajes obtenidos por la totalidad de la muestra en la escala Despersonalización, sugieren un manejo adecuado en las relaciones con los

pacientes. Por último, en la escala de Logros personales se obtuvieron puntajes altos (78.1%) manifestando que los profesionales se perciben eficaces y eficientes en su labor.

Considerando el análisis anterior se puede decir que aunque el personal evaluado del Hospital Militar Central no presenta Burnout se encuentra en un riesgo latente de desarrollarlo debido a los puntajes obtenidos en Agotamiento Emocional que es la primera manifestación o fase del síndrome tal como lo describen Maslach, Schaufeli y Leiter, (2001).

Estos resultados coinciden con los presentados por Martín, López, Fuentes, García, Ortega, Cortés y García (2000) quienes trabajaron con una muestra de 36 profesionales de oncología de un Hospital de Granada con el fin de determinar la presencia de Burnout. Al igual que en este estudio ellos encontraron niveles bajos y como elemento de contraste se evidenciaron diferencias en cuanto al sexo, siendo las mujeres quienes presentaban el síndrome en mayor grado.

Para el caso de la variable Recursos de Afrontamiento, el personal evaluado en su mayoría está en un nivel medio, sin embargo existen unos pocos datos que muestran puntajes altos y bajos, los altos fueron obtenidos por el personal de especialistas y los bajos por el personal técnico y universitario, ello indica la relación del nivel de escolaridad con el uso de estrategias de afrontamiento, tales como: solución de problemas y atribución de causalidad interna, siendo estas más utilizadas por el personal de especialistas, quienes a su vez evidenciaron tener buenas redes de apoyo social. Efectivamente, Moreno y Peñacoba, (1999) citados por Simón (1999) hacen referencia a la investigación realizada por Ceslowitz, (1989) quien examinó la relación entre

mecanismos de afrontamiento y Burnout en personal de enfermería encontrando que quienes presentaban el síndrome en bajo nivel se caracterizaban por utilizar estrategias centradas en la solución de problemas, percepción positiva, búsqueda de apoyo social y autocontrol.

En cuanto a la relación entre los Recursos de Afrontamiento y el género quienes obtuvieron los puntajes más altos fueron los hombres en comparación con el grupo de mujeres, lo cual sugiere la presencia de habilidades que les permiten manejar en forma adecuada diversas situaciones, especialmente aquellas que implican elevados niveles de estrés.

Este hallazgo es similar al del estudio realizado por Chalving, Kalichman, Demi & Peterson (2000) para determinar las habilidades psicológicas de afrontamiento que estaban relacionadas con el Burnout en los profesionales que trabajan en el área de cuidado de pacientes con VIH. Los resultados demostraron que existe una relación directa y significativa entre los estilos de afrontamiento externo y Burnout, mientras que los estilos de afrontamiento interno estaban relacionados en menor proporción y de manera indirecta con este. En el estudio se concluyó que el afrontamiento interno constituye un factor protector en quienes poseen esta habilidad psicológica ya que en ellos se encontraron los niveles más bajos de Burnout.

En conclusión el análisis de los datos obtenidos permitió establecer en primer lugar, que no existe una relación entre las características socio – demográficas del personal de salud que atiende pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital Militar Central y el componente de Burnout encontrado; en segundo lugar que un alto por-

centaje de los participantes del estudio se encuentran en un riesgo inminente de desarrollar el Síndrome teniendo en cuenta las puntuaciones medias y altas obtenidas en la escala de Agotamiento Emocional, las características de su trabajo y la escasa participación en actividades diferentes a él; en tercer lugar que de la muestra evaluada los hombres son quienes más utilizan aquellas estrategias de afrontamiento que son consideradas factores de protección frente al desarrollo del Burnout.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio descriptivo y el propósito de plantear estrategias para manejar el estrés ocasionado por las condiciones de la actividad laboral en los servicios de salud es importante señalar algunos elementos de intervención psicológica que se pueden implementar desde la prevención primaria a nivel individual y organizacional a fin de reducir el riesgo de desarrollar Burnout.

A nivel individual es necesario realizar una labor formativa con el fin de modificar y/o desarrollar actitudes y habilidades que permitan mejorar la capacidad de los profesionales de la salud para enfrentar las demandas de su trabajo. Moreno y Peñacoba (1999) citados por Simón (1999) mencionan a Looney y cols (1980) quienes proponen algunos mecanismos para afrontar el estrés médico como son: el apoyo emocional de los allegados, el juego y la recreación, la relación y consulta con los colegas, tomar vacaciones periódicamente y las actividades de ocio (deporte, lectura y ejercicio).

Moreno y Peñacoba, (1999) citados por Simón, (1999) refieren a Kahill, (1988) quien indica que el apoyo social tanto institucional como informal, sirve para prevenir e intervenir el Burnout a nivel terapéutico, permitiéndole al sujeto afrontar las deman-

das estresoras. También sugiere la realización de actividades externas al trabajo, el mantenimiento de relaciones personales y familiares, las actividades de ocio y los compromisos sociales.

Otra de las estrategias propuestas a nivel individual para reducir el estrés laboral en el personal de salud es disminuir el contacto directo con los pacientes, lo cual se puede llevar a cabo reduciendo el tiempo de permanencia con ellos o mediante el distanciamiento cognitivo que se refiere a dejar de pensar en el trabajo, aumentando otros focos de atención (Moreno y Peñacoba, 1999 citados por Simón, 1999).

Como estrategias preventivas a nivel organizacional se considera importante combatir las fuentes de estrés que genera el trabajo en servicios de salud mediante: la variabilidad y flexibilidad de la tarea, la necesidad de cambiar de actividad o del tipo de pacientes que se atienden y disminuir el número de horas que se les dedica (Moreno y Peñacoba, 1999 citados por Simón 1999).

También se deben llevar a cabo a nivel institucional programas educativos donde se resalte la conformación de equipos de trabajo de modo que el personal de salud participe en los procesos organizacionales y que a su vez tengan un adecuado reconocimiento por la labor que desempeñan mediante refuerzos sociales y materiales que les permitan vivenciar condiciones laborales de equidad y así aumentar su nivel de compromiso con la institución lo cual redundará en una mayor productividad y calidad del servicio.

Si bien es cierto la implementación de cambios individuales e institucionales se constituye en un reto para los profesionales ya que pueden encontrarse con situaciones como la asignación específica de roles en el trabajo,

procedimientos organizacionales predeterminados, asignación de funciones y horarios y la conformación intencional de equipos de trabajo que son propios de los sistemas de salud, es importante resaltar la presencia y la labor del psicólogo en las entidades como el profesional capaz de generar dichos cambios con el fin de buscar el mejoramiento de las condiciones ocupacionales que redunden en el bienestar psicológico emocional y físico de los trabajadores de la salud.

Para llevar a cabo la labor en mención el psicólogo debe partir del estudio de las características contextuales y personales así como de los factores de riesgo y de protección que pueden llevar a los trabajadores a desarrollar síndromes relacionados con su actividad laboral tales como el Burnout. De ahí la importancia de considerar este estudio como un paso preliminar a la elaboración de futuras investigaciones que contemplen diferentes grupos ocupacionales del Hospital Militar Central con el fin de establecer si poseen características que coincidan con las encontradas en este estudio y de ser así, determinar cuáles son los factores individuales y organizacionales que actúan como mecanismos de protección en los empleados del hospital.

REFERENCIAS

- Atance, J. (1995) Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. <http://www.athealth.com>
- Buela, G., Moreno, S. (1999) Intervención Psicológica en Cáncer. En M. A. Simón (Ed.), Manual de Psicología de la Salud España: Biblioteca Nueva (pp. 505-508).
- Chalving, V., Kalichman, A., Demi, A. (2000). Work - related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: test of a coping model with nurses providing AIDS care. AIDS CARE 12 (2), 149-161.

- Correal, M., Posada, M., Pérez, L., (2000) Monografía: El síndrome de Burnout: Conceptualización, Evaluación y Prevención Trabajo para optar por el título de psicólogo de la Universidad Católica de Colombia, Bogotá, D.C. Facultad de Psicología.
- Da Silva, Daniel, Pérez, (1999) Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional entre los Profesionales Sanitarios de un Hospital General, *Actas Españolas de Psiquiatría* 27 (5), 310-320.
- Freudenberger, H.J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy. Theory Research Practices.* 12:72-83.
- Guy, J.D. (1995) La vida personal del psicoterapeuta Buenos Aires Ediciones Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (1998). Metodología de la investigación científica. (2a. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Livianos, De las cuevas, Rojas, (1999) El desgaste profesional del psiquiatra: resultado de una encuesta entre profesionales. *Actas Españolas de Psiquiatría* 27 (5), 305-309.
- Martín, C. M., López, R., Fuentes, C. I., García, E., Ortega, R., Cortés, A. D., García, J. L., (2000) Estudio comparativo del síndrome de Burnout en profesionales de oncología: incidencia y gravedad. *Medicina Paliativa* 7 (3).
- Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001) Job Burnout, *Annual Reviews Psychology* 52 397-422.
- Moreno y Peñacoba (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M.A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la salud* (pp. 739- 750) Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Webmaster, C. (1999) Estrés en trabajadores de la Salud <http://www.cepis.org.peleswww/fulltext/repind6/ps/ps.html>