



Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Salud Pública.

Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud

“Síndrome de Burnout en Odontólogos de la Ciudad de Córdoba.”

Maestrando: Od. Mauricio S. Navarro Guitart

Directora: Dra. Rosana A. Morelatto

Córdoba, 2018

Tribunal de tesis por Res. N° 589 - HCD Fac. Ciencias Médicas :

Prof. Dra. Mercedes Lucia Sanchez Dagum.

Mgter. Maria Jorgelina Ulloque.

Mgter. Maria Valeria Collard Borsotti.

Agradecimientos.

A mis padres Roberto y Mirta, por ayudarme siempre.

A mis hermanos Andrés y Roberto, por su paciencia.

A mis cuñadas Paula, Noe y Constanza, por su cariño.

A mis sobrinos amados, por ser como son.

A mis primos Emi y Monse por su sabiduría.

A mis suegros Eduardo y Lili, por confiar.

A mis amigos José Z., Carlos B., Nico Ll, Pato J., Diego S., Guille A., Tucu, Martin O., German C., Pupi, Ariel

“Turco” M. y Andrés Goubat, por estar.

A mis compañeros de Cátedra; Anatomía Patológica.

A Cande por ser mi compañera de vida, por estar en las buenas, en las malas y trabajar el doble, para que pueda concretar mis sueños.

A mi hijo Salvador por el tiempo que le saque y por el amor que me brinda.

A mi Amiga y Directora de Tesis Dra. Od. Rosana Andrea Morelato por su apoyo, confianza, su capacidad para guiar mis ideas, han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador y persona.

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”.

Índice.

ÍNDICE.	5
RESUMEN.	7
SUMMARY.	9
INTRODUCCIÓN.	11
ESTRÉS.	12
DEFINICIÓN.	12
MECANISMOS DEL ESTRÉS.	12
VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL ESTRÉS.	13
ESTRÉS LABORAL.	15
MODELOS DE FORMACIÓN DEL ESTRÉS LABORAL.	16
FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS LABORAL.	16
IMPACTO SOCIO-ECONÓMICO DEL ESTRÉS LABORAL.	18
SÍNDROME DE BURNOUT.	19
DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.	23
EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS.	25
CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT SOBRE LA SALUD.	26
MODELOS TEÓRICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.	27
EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.	27
EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.	30
EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LA GESTIÓN EN SALUD.	31
HIPÓTESIS.	33
OBJETIVO.	33
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	33
METODOLOGÍA.	34
DISEÑO.	34
INSTRUMENTO.	35
PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.	36
RESULTADOS.	38
SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN ÁMBITO LABORAL.	39
CANSANCIO EMOCIONAL.	40
DESPERSONALIZACIÓN.	41
REALIZACIÓN PERSONAL.	42
CORRELACIÓN ENTRE LAS SUB ESCALAS O ASPECTOS DEL SÍNDROME.	43
RELACIÓN ENTRE CANSANCIO EMOCIONAL - ÁMBITO LABORAL.	45
RELACIÓN ENTRE DESPERSONALIZACIÓN - ÁMBITO LABORAL.	46
RELACIÓN ENTRE DESPERSONALIZACIÓN - EDAD.	46
RELACIÓN ENTRE REALIZACIÓN PERSONAL - ÁMBITO LABORAL.	47
ANÁLISIS CONJUNTO DE LOS COMPONENTES QUE DETERMINAN EL SÍNDROME DE BURNOUT.	48
SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO SEGÚN <u>ÁMBITO LABORAL.</u>	50

SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO SEGÚN <u>SEXO</u> .-----	51
SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO SEGÚN <u>GRUPO ETARIO</u> .-----	52
SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO SEGÚN <u>ESTADO CIVIL</u> .-----	53
SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO SEGÚN <u>CANTIDAD DE HIJOS</u> .-----	54
SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO SEGÚN <u>ESPECIALIDAD QUE REALIZA</u> .-----	55
SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO SEGÚN " <u>OTRO TRABAJO</u> ".-----	56
SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN Y RIESGO SEGÚN <u>AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL</u> .-----	57
ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DE LOS DIVERSOS FACTORES SOBRE EL S. DE BURNOUT.-----	58
DISCUSIÓN .-----	59
CONCLUSIONES .-----	64
BIBLIOGRAFÍA .-----	65
ANEXO .-----	74
CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY-HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS).-----	75

Resumen.

La OMS considera al Síndrome de Burnout (SB) como un serio problema en los equipos asistenciales; señala que el “recurso humano” es el más importante, vital para el buen funcionamiento de un sistema de salud y para conseguir una buena calidad del servicio. Cuando se mantiene la presión sobre el trabajador, siendo los efectos solo negativos, comienzan a sentir una sensación de discomfort (tensión muscular, palpitaciones, etc.). Si continúa el estresor, se llega al estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y orgánicas llamadas "enfermedades de adaptación". La situación laboral negativa, además, provoca una preocupación constante en el trabajador, que a su vez agrava los síntomas y así puede llegar a crearse un círculo vicioso.

Objetivo: Analizar el grado de Síndrome de Burnout que presentan una muestra de odontólogos/as en la Ciudad de Córdoba y correlacionarlo con el ámbito donde desempeña su actividad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, cuantitativo, transversal y analítico. Se incluyó a odontólogos/as de la Ciudad de Córdoba, Argentina, desde abril del año 2016 a marzo del 2017. El instrumento utilizado para la recolección de los datos, fue el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), versión validada en castellano, donde se valoran los tres componentes o sub escalas del SB: Cansancio o agotamiento Emocional CE, Despersonalización y Falta de Realización personal en el trabajo. Se indagó acerca de sexo, edad, estado civil, cantidad de hijos, especialidad que realiza, “otro trabajo”. Se construyó una base de datos mediante el programa Microsoft Excel y se procedió a realizar los análisis estadísticos utilizando el software IBM - SPSS Statistics Base, se calcularon las medidas de tendencia central, de dispersión, se realizaron pruebas de correlación de Spearman. Posteriormente se calcularon los porcentajes de categorías de riesgo de síndrome y se evaluó mediante pruebas de Chi cuadrado de Pearson y posibles asociaciones entre cada uno de los factores estudiados y el riesgo de síndrome.

Resultados: Se realizaron 300 encuestas de las cuales n=233 resultaron efectivas para su análisis, debiendo descartarse el resto, por no haberse completado todos los ítems.

El 7,3% de los profesionales encuestados presentaron Síndrome Burnout, no existiendo diferencia estadísticamente significativas entre los distintos ámbitos laborales (público, público/privado y privado). El CE se presentó en valores altos en el 22% de los encuestados que trabajan en los tres ámbitos, la DP un 30% en el ámbito público/privado y privado, una RP con valores bajos en el 41% en los profesionales que trabajan solo en

el ámbito público. En relación a la distribución por sexo, se observó una preponderancia del sexo femenino: 66,5%, n=155, la edad promedio de la población fue de $38.9 \pm 9,4$ años con rango entre 23 y 66 años.

Las variables edad, sexo, estado civil, cantidad de hijos, “otro trabajo” no son estadísticamente significativa, en su relación con el Síndrome de Burnout. La especialidad de cirugía y ortodoncia son las que presentan un 15% de profesionales enfermos.

Conclusiones: según este estudio, el ámbito laboral donde el odontólogo desarrolla su profesión, no tiene relación con Síndrome de Burnout, un 7% de las personas encuestadas tienen Síndrome de Burnout y un 30% se encuentran en riesgo de enfermarse. De todas las variables analizadas, el estado civil y la especialidad del odontólogo fueron las mas vinculadas al síndrome. La gestión de grupos de trabajos de la salud debe tener objetivos y metas claras, tareas bien definidas y debe prevenir la aparición de factores estresantes intra-laborales.

Summary.

The WHO considers Burnout Syndrome (SB) as a serious problem in healthcare teams; It states that the "human resource" is the most important, vital for the proper functioning of a health system and to achieve a good quality of service. When the pressure is maintained on the health professional, the effects being only negative, they begin to feel a sensation of discomfort (muscular tension, palpitations, etc.). If the stressor continues, it reaches the state of exhaustion, with possible functional and organic alterations called "adaptation diseases". The negative work situation also causes a constant concern in the worker, which in turn aggravates the symptoms and thus a vicious circle can be created.

Objective: To analyze the degree of Burnout Syndrome presented by a sample of dentists in the City of Córdoba and correlate it with the area where it performs its activity.

Materials and Methods: Observational, quantitative, transversal and analytical study. Dentists from the City of Córdoba, Argentina, were included from April 2016 to March 2017. The instrument used to collect the data was the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), a version validated in Spanish, where the three components or sub-scales of the SB are valued: EC tiredness or emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal fulfillment at work. We inquired about sex, age, marital status, number of children, specialty performed, "another job". A database was built using the Microsoft Excel program and statistical analyzes were carried out using IBM - SPSS Statistics software Basis, measures of central tendency, dispersion were calculated, Spearman correlation tests were performed. Subsequently, the percentages of risk categories for the syndrome were calculated and evaluated using Pearson's Chi-square tests and possible associations between each of the factors studied and the risk of the syndrome.

Results: 300 surveys were carried out, of which $n = 233$ were effective for their analysis, the rest being discarded, since not all the items were completed.

7.3% of the professionals surveyed presented Burnout Syndrome, there being no statistically significant difference between the different work environments (public, public / private and private). The CE was presented in high values in 22% of the respondents working in the three areas, the DP 30% in the public/private and private sector, a PR with low values in 41% in the professionals who work alone in the public sphere. Regarding the distribution by sex, a preponderance of the female sex was

observed: 66.5%, n = 155, the average age of the population was 38.9 ± 9.4 years with range between 23 and 66 years.

The variables age, sex, marital status, number of children, "other work" are not statistically significant, in their relationship with the Burnout Syndrome. The specialty of surgery and orthodontics are those that present 15% of sick professionals.

Conclusions: according to this study, the workplace where the dentist develops his profession, has no relationship with Burnout Syndrome, 7% of the people surveyed have Burnout Syndrome and 30% are at risk of getting sick. Of all the variables analyzed, the marital status and specialty of the dentist were the most linked to the syndrome. The management of health work groups must have clear objectives and goals, well-defined tasks and must prevent the emergence of intra-occupational stressors.

Introducción.

En la historia de la humanidad el concepto de “trabajar” fue ocupando diferentes posiciones dentro de las comunidades, desde los primeros humanos que obtenían los medios necesarios para subsistir en base a la recolección (frutos, raíces, miel, semillas, nueces, carroña), pasando por la Edad Antigua donde predominó el trabajo de esclavos, hasta la Era Moderna donde cobró auge la actividad comercial con las nuevas tecnologías que dieron origen al despegue industrial y al nacimiento del capitalismo.

Desde un punto de vista individual y colectivo, el trabajo debería permitirnos, más que ninguna otra actividad, el desarrollo de todas nuestras capacidades humanas, incluyendo las imaginativas y creativas; además concebido de esta manera, no sólo evita la enfermedad sino que posibilita la vida humana misma. Sin él no podrían existir el hombre ni forma alguna de sociedad.

El trabajo dignifica, ya que realizando una labor, la persona puede desarrollar su intelecto y habilidades tanto físicas como mentales. Al practicar una actividad que requiera esfuerzo, el individuo se siente bien y contento con lo que realiza. Con el trabajo, el ser humano expresa lo que siente, lo que anhela, puede manifestar sus ideas, desarrolla la creatividad, conocimientos y con mayor frecuencia se convierte en un ser determinante para su familia y para la sociedad. Es así que la falta de empleo o su pérdida, significa una gran decepción y una frustración para la persona que se encuentra en cualquiera de estas situaciones.

Al constituir una necesidad básica para el hombre, el trabajo también se convierte en un derecho y es por esto que todas las naciones del mundo luchan contra el desempleo creciente y los factores que lo producen⁽¹⁾.

El trabajar, representa un derecho fundamental de las personas reconocido por la Constitución Nacional Argentina, que encuentra su fundamento en los principios de dignidad y autonomía de quien lo ejerce.

El Director General de la Organización Internacional del Trabajo, habla de la importancia del “trabajo decente”, y lo define como el trabajo productivo en el cual los derechos son respetados, con seguridad, protección y con la posibilidad de participación en las decisiones que afectan a los trabajadores⁽²⁾.

Sin embargo, algunas veces “tener un trabajo” no significa una satisfacción, sino todo lo contrario: una carga pesada que se lleva solo por la necesidad de ganar un sueldo y donde no se tiene la posibilidad de desarrollar el intelecto y conocimiento⁽²⁾.

Estrés.

Definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como el “conjunto de reacciones fisiológicas, que preparan al organismo para la acción”⁽³⁾.

Hans Selye padre de la teoría del estrés para la escuela anglosajona, lo define en 1935 como “el conjunto de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo”. A este conjunto de reacciones se le llamó el Síndrome General de Adaptación”⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Mecanismos del estrés.

Existen diferentes modelos que explican el mecanismo del estrés⁽⁶⁾:

Básicamente, durante el estrés se activan tres mecanismos en el organismo:

- a) Activación del hipotálamo que produce la hormona liberadora de corticotropina.
- b) Reacción del eje hipotálamo, hipófisis y glándula suprarrenal.
- c) Interacciones entre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central, a través de la combinación citoquinas-glucocorticoides, lo cual constituye otro elemento que puede estar relacionado con el origen de la patología (ej. las enfermedades autoinmunes).

Al activarse el hipotálamo segrega la hormona liberadora de corticotropina que actúa sobre la hipófisis y provoca la secreción de la hormona adenocorticotropina (ACTH). Esta última viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, quien bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides. A su vez, otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, activa la secreción de adrenalina y nor adrenalina. Estas hormonas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal.

Los efectos de la reacción humana ante el estado de estrés son: aumento del gasto cardíaco, incremento del gasto sistólico del corazón y de la presión arterial, mayor irrigación de los músculos esqueléticos, disminución del flujo sanguíneo hacia la piel y aumento de la glucosa sanguínea, consecuencia de la liberación de adrenalina en la circulación general. Los efectos de la tensión a largo plazo se deben principalmente al cortisol. Éste altera el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y lípidos, aumenta la

gluconeogénesis en el hígado y estimula las acciones catabólicas en los tejidos muscular, cutáneo, linfoide, adiposo y conectivo⁽⁶⁾.

Variables que influyen en el Estrés.

Peiró⁽⁷⁾, señala seis bloques de variables que hay que tener en cuenta a la hora de hablar de estrés:

1. Variables ambientales: el estrés se origina a partir de determinados estímulos, físicos y sociales, que someten a la persona a demandas que ésta no puede satisfacer de forma competente y adecuada al tiempo que percibe la necesidad de hacerlo. Por lo tanto, estas variables suponen discrepancias o desajustes entre las demandas del ambiente y los recursos disponibles. La importancia que el trabajador le dé a esas discrepancias será definitivo para que incidan en él de una forma más o menos negativa.
2. Características de la persona: existen determinadas personalidades que influyen como determinantes, moduladores o mediadores sobre la experiencia de estrés y sobre sus efectos y consecuencias.
3. Experiencia subjetiva: es un elemento esencial la constatación por parte del trabajador, de que existe una diferencia notable entre las demandas amenazantes del entorno y de los recursos que dispone para hacerles frente. Es necesario por tanto no sólo la consideración de la situación por parte de la persona, sino también la apreciación y valoración de los recursos disponibles.
4. Respuestas y estrategias de afrontamiento: la persona ante una situación de estrés intenta desarrollar una o varias estrategias de afrontamiento, que persiguen mitigar o eliminar la fuente de estrés. También se puede tratar de evitar la experiencia estresante mediante una reestructuración cognitiva, incidiendo en la situación estresante, en sus propios deseos y expectativas en relación con esa situación, en la importancia concedida a la discrepancia entre demandas y recursos, o en la apreciación de la propia situación.
5. Resultados de la experiencia de estrés: entre lo que provoca la experiencia de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas, podemos destacar las reacciones fisiológicas, los cambios en los estados y procesos psicológicos, así como en diferentes comportamientos.
6. Las consecuencias del estrés: entre las consecuencias se incluyen especialmente

aquellas más o menos permanentes sobre la salud de la persona (en el sistema inmunológico, reacciones psicofisiológicas, trastornos psicológicos, etc.). También se valora que estas consecuencias tengan una determinada temporalidad, hablándose en ese caso de estrés crónico o agudo.

Estrés laboral.

La Organización Mundial de la Salud define el estrés laboral como "la reacción que puede tener un individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación" ⁽⁸⁾.

Karasek considera como variables que influyen sobre el estrés del trabajador: las exigencias psicológicas relacionadas al volumen de trabajo, presión de tiempo, interrupciones, el bajo apoyo de los compañeros y el bajo control sobre el trabajo (oportunidad de desarrollar las habilidades y autonomía sobre el trabajo) ⁽⁹⁾.

En nuestras actuales sociedades industrializadas, marcadas por la globalidad, fusiones empresariales, reingeniería de recursos humanos y la inestabilidad de muchos sectores, se observa un alto nivel de complejidad en las tareas que debe ejercer el trabajador. Así mismo es un escenario dinámico, de desarrollo tecnológico exponencial, donde prima la necesidad de reducción de costos, la demanda en el aumento de la productividad y la satisfacción del cliente. Esto comienza a tener efectos sobre la integridad física, psíquica, social y familiar del trabajador ⁽¹⁰⁾.

En el último siglo ha existido un ritmo de vida acelerado, vertiginoso, con un incremento pronunciado de las exigencias laborales, respondiendo a los requerimientos de la economía y demandas de la sociedad en general, provocando en las personas la aparición de lo que se conoce como "estrés laboral", el cual causa tanto efectos positivos como negativos. Cuando se mantiene la presión sobre el trabajador, siendo los efectos solo negativos, comienzan a sentir una sensación de disconfort (tensión muscular, palpitations, etc.). Si continúa el estresor, se llega al estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y orgánicas llamadas "enfermedades de adaptación". La situación laboral negativa, además, provoca una preocupación constante en el trabajador, que a su vez agrava los síntomas y así puede llegar a crearse un círculo vicioso ⁽¹¹⁾.

El estrés laboral es causa frecuente de alteraciones en la salud y el bienestar de los trabajadores. Los factores responsables de este estrés provienen tanto de los medios como de los modos de producción, incluyendo a la propia organización. Es un trastorno típico de la civilización moderna, sobre todo de las grandes ciudades, provocando diferentes consecuencias no sólo en la persona, sino en su lugar de trabajo, pudiendo ⁽¹²⁾:

- a) Llevar a la enfermedad del trabajador.
- b) Originar un incremento de accidentes laborales.

- c) Dar lugar al ausentismo laboral o bajo rendimiento.
- d) Conducir a la incapacidad laboral por alteraciones somáticas o psicológicas.
- e) Determinar un clima psicosocial insano en las organizaciones.

Se debe tener en cuenta que en toda actividad laboral, un determinado grado de estrés estimula el organismo y permite que éste alcance su objetivo, volviendo a la "normalidad" cuando el estímulo cesa. Por ejemplo, cuando un atleta intenta conseguir un buen resultado en una competición, está sometido a un estrés que implica un aumento de la actividad muscular (mayor irrigación, mayor frecuencia cardíaca, etc.) lo que le ayudará a alcanzar el éxito y conseguir su objetivo. Una vez finalizadas las pruebas atléticas, el organismo vuelve a su estado normal⁽¹²⁾.

Modelos de formación del estrés laboral.

1. Modelo Biológico.

Alteraciones físicas como consecuencias de activaciones del eje hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales y sus acciones sobre diferentes órganos del cuerpo humano⁽⁶⁾.

2. Modelo Psicológico.

Una vez establecido el estado de estrés, la respuesta más inmediata puede ser el aumento de la ansiedad, depresión, irritabilidad, hostilidad y una disminución de la satisfacción laboral. Esta última reacción ha sido vinculada a un menor sentimiento de obligación contraído con el trabajo propio y el de la organización⁽⁶⁾.

3. Modelo Organizacional.

En este modelo se comienza a describir la relación entre las diferentes fuentes de estrés en el trabajo y las características individuales de los trabajadores; estas tienen como consecuencia alteraciones, no sólo en la salud individual, sino también en la organización, lo que lleva a la aparición de la enfermedad, la cual también se presenta en la organización⁽⁶⁾.

Factores asociados al estrés laboral.

Cooper⁽¹³⁾, en sus investigaciones, describe los siguientes factores estresores que pueden actuar en forma directa o indirecta sobre el trabajador:

1. *El clima organizacional:* está claramente relacionado con la tensión originada en el trabajo. Cuanto mejor sea el clima reinante dentro de la organización, tanto más bajos los niveles de tensión observados. Cita como ejemplo a la actividad de odontólogos, en donde las relaciones tensas entre compañeros de trabajo, retrasos en la revisión de los pacientes, críticas por parte de los pacientes o problemas de comunicación entre el equipo de salud, podrían ser factores importantes para generar estrés .
2. *Factores organizacionales:* en la organización abundan los factores que pueden provocar estrés. Las presiones para evitar errores o completar actividades en un tiempo limitado, el exceso de trabajo, un jefe exigente o insensible, los compañeros de trabajo desagradables, demandas de las actividades, los roles, las demandas interpersonales, la estructura organizacional, el liderazgo de la organización y la etapa de la vida de la organización.
3. *Las demandas de las actividades:* factores relacionados con el trabajo de una persona incluyen el diseño del empleo del individuo (autonomía, variedad de actividades, grado de automatización), las condiciones laborales y la distribución física del espacio. Cuanto mayor sea la interdependencia entre las actividades de una persona y las actividades de otras, tanto mayor será el estrés potencial.
4. *Condiciones ambientales* Los empleos donde la temperatura, el ruido u otras condiciones laborales son peligrosas o inadecuadas pueden aumentar la ansiedad, las personas que trabajan en espacios sobresaturados o en un lugar visible donde las interrupciones son constantes.
5. *Las demandas de los roles:* se refieren a las presiones que sufre una persona en función de su rol particular que desempeña en la organización, el peso excesivo de los roles, la ambigüedad de los mismos.
6. *Las demandas interpersonales:* presiones creadas por otros empleados, la falta de respaldo social de los compañeros y las malas relaciones interpersonales.
7. *La estructura de la organización:* define el grado de diferenciación en la organización, la cantidad de reglas y reglamentos y el punto donde se toman las decisiones. El exceso de reglas y la falta de participación en las decisiones que afectan al empleado son ejemplos variables estructurales que podrían ser fuente de estrés.
8. *Liderazgo en la organización:* representa el estilo administrativo de los directores ejecutivos de la organización. Algunos ejecutivos crean una cultura que se

caracteriza por la tensión, el temor y la ansiedad. Establecen presiones irreales para el rendimiento a corto plazo, imponen controles excesivamente estrechos y de manera rutinaria, despiden a empleados.

9. *Factores individuales*: el trabajador típico sólo trabaja alrededor de cuarenta horas a la semana, las experiencias y los problemas que lo afectan durante las demás horas que no trabaja (problemas familiares, dificultades económicas, etc.) han demostrado que contribuyen a generar estrés en el trabajador ⁽¹³⁾.

Impacto socio-económico del estrés laboral.

El estrés laboral crónico trae consecuencias en la salud y calidad de vida de las personas; también en los resultados de las empresas y en la eficiencia del estado al proveer los servicios. Las instituciones de salud privadas y públicas, no sólo pueden ser causa de situaciones de estrés, sino que también sufren sus consecuencias.

El estrés laboral ocasiona altos costos, genera en las empresas un alto ausentismo y un presentismo deficiente, afectando el rendimiento, la calidad del servicio, se cometen errores, aumenta la posibilidad de sufrir accidentes, se toman decisiones de manera lenta e ineficiente, aparece un liderazgo ineficaz y disminuye la creatividad o la capacidad innovadora⁽¹⁴⁾.

Se realizó un trabajo de investigación sobre 453 integrantes de los equipos de salud de la Provincia de Córdoba, que se desempeñan en hospitales de la Ciudad de Córdoba, siendo médicos, enfermeros (profesionales y auxiliares), bioquímicos, psicólogos, odontólogos, farmacéuticos, licenciados en kinesiología y fisioterapia, licenciados en fonoaudiología, licenciados en trabajo social, técnicos universitarios en radiología, laboratorio y hemoterapia. Más de un cuarto de los trabajadores incluidos en la investigación mencionaron alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia), depresión, cansancio mental, nerviosismo e irritación como frecuentes y muy frecuentes, relacionándolo a estrés laboral⁽¹⁵⁾.

Según el estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el estrés laboral es el motivo más común de ausentismo injustificado. Entre las causas justificadas de ausentismo, como accidentes y enfermedades, las tres más comunes son diabetes, artritis y dolor de espalda; generando pérdidas importantes en empresas del sector público y privado⁽¹⁶⁾.

Tenemos que tener en cuenta el presentismo al hablar de estrés laboral, se ha asociado a

personas que acuden al trabajo a pesar de estar enfermos. El concepto de presentismo podemos aplicarlo también a trabajadores que van a trabajar con preocupaciones personales relacionadas o no con el entorno de trabajo, desmotivados, etc. También puede consistir en una necesidad por demostrar el compromiso por la empresa, tanto trabajando más horas, como asistiendo a todas las reuniones o llegando siempre muy pronto al trabajo, pero acarreado bajo rendimiento (no se trata de la persona altamente motivada que contribuye plenamente a la organización). Estudios realizados en Londres, Inglaterra por The Work Foundation and AXA PPP Healthcare⁽¹⁷⁾ concluyeron que el 40% de los encuestados tiene presiones de otras personas, como la razón por la que fueron a trabajar a pesar de estar enfermos.

Según la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, en el año 2010 se tramitaron un 40 % de bajas de corta duración (resfriados, gripe, etc.) más que en años anteriores, presumiblemente por efecto de la crisis (miedo a perder el empleo), aunque señala también que, en Europa, la crisis económica provocó un aumento de bajas por estrés y depresión. En Holanda se estima que entre el 4% y el 7% de la población podrían sufrir niveles graves de Síndrome de Burnout, 7% se han estimado en Suecia y 2,4% en Finlandia⁽¹⁸⁾.

En Francia se ha estimado que en el año 2007 el costo del estrés laboral para el sistema de seguridad social se sitúa entre el 10% y el 20% de todos los gastos por accidentes de trabajo por encima de las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica distintiva, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad hipertensiva), la depresión y ciertos trastornos musculoesqueléticos⁽¹⁹⁾.

En el Reino Unido los días laborales perdidos por el estrés laboral, la depresión o la ansiedad fue de 9,9 millones de días, equivalente al 43% de los días laborables perdidos por enfermedad en el período de 2014/2015. El Gobierno de Australia estimó para 2008/2009 que el estrés relacionado con el trabajo supone un costo para la sociedad de dicho país de 5,3 billones de dólares australianos anuales⁽¹⁾.

Síndrome de Burnout.

La OMS considera al Síndrome de Burnout como un serio problema en los equipos asistenciales; señala que el “recurso humano” es el más importante, vital para el buen funcionamiento de un sistema de salud y para conseguir una buena calidad del servicio⁽³⁾.

Sin embargo no existe una definición unánimemente aceptada sobre el Síndrome de Burnout, parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en numerosos tipos de profesionales y grupos ocupacionales, pero especialmente en trabajadores que se desempeñan en el sector de servicios, los cuales trabajan en contacto directo con clientes, pacientes y/o usuarios de este tipo de organizaciones; entre los más afectados se encuentra médicos, enfermeras, profesores, psicólogos, odontólogos, docentes, personal de atención al público y policías. Este fenómeno ha sido tipificado como enfermedad en algunos estudios, y aunque no se reconoce como tal en el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, sí existen sentencias judiciales que le otorgan la condición de accidente de trabajo⁽¹⁸⁾.

Las primeras conceptualizaciones formales fueron realizadas hace aproximadamente 30 años por Herbert Freudenberger, basado en su propia experiencia con voluntarios que trabajaban con él en una clínica de toxicómanos. Estos voluntarios, a pesar de su compromiso, presentaban síntomas de depresión, con una progresiva pérdida de energía y motivación por su trabajo. Para denominar este fenómeno, el autor utilizó el término de “Burnout” o como se mencionó anteriormente, su traducción literal al español sería el “estar quemado o consumido” y lo definió como “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. Así se explicaba el proceso de deterioro de la calidad de los cuidados profesionales que se entregaban a los usuarios del servicio y para describir un síndrome particular, asociado a un grupo de estresores relacionados con las tensiones de origen social e interpersonal⁽²⁰⁾.

El ámbito académico comenzó a preocuparse por estudiar el estrés laboral así como sus consecuencias físicas, psíquicas y sociales, debido los costos que trae, no sólo para el que lo padece sino también para las organizaciones. En este contexto se ha observado que el denominado “Síndrome de Burnout” es uno de los trastornos psicológicos más virulentos en las organizaciones con y sin fines de lucro⁽²¹⁾.

El Síndrome de Burnout es un concepto construido inicialmente desde el sentido común, siendo popular entre los profesionales que prestan servicios de atención a los problemas de las personas o clientes. Estos daban cuenta de que su trabajo los dejaba exhaustos y sus superiores percibían como se deterioraba la calidad del servicio. Aun cuando en un principio la observación de este síndrome, no contaba con una investigación teórica o académica, con el correr de los años comenzó a estudiarse con el fin de buscar

mecanismos para su apoyo y prevención. Gracias a esto, se fue señalando con mayor claridad cómo en muchos países existía la tendencia a un creciente deterioro de la salud mental de las personas que trabajan en diversos tipos de organizaciones y empresas que prestan servicios⁽²²⁾.

La incidencia de Síndrome de Burnout y su reconocimiento ha aumentado de forma importante durante los últimos años. Se han realizado numerosos estudios en diversos países para examinar sus causas, siendo la más significativa de todas, el estrés relacionado con el trabajo. Además, un número creciente de estudios muestra que el sexo femenino se asocia a un mayor riesgo de sufrir Síndrome de Burnout.

Cordes y Dougherty⁽²³⁾, hacen una extensa revisión bibliográfica sobre el tema y concluyen que en el período comprendido entre 1970 y 1980 las conceptualizaciones del Burnout se podían clasificar en:

1. Fracasar, gastarse, quedar exhausto.
2. Pérdida de la creatividad.
3. Pérdida del compromiso con el trabajo.
4. Distanciamiento de los clientes, compañeros de trabajo y de la organización en que se trabaja.
5. Respuestas crónicas al estrés.

Pines y Kafry en 1978, por su parte definieron el Síndrome de Burnout como una “experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal”. Edelwich y Brodsky en 1980 lo definen como “una pérdida progresiva del idealismo, energía, y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”⁽²⁰⁾.

En el año 1977 la Psicóloga Cristine Maslach introduce el concepto Síndrome Burnout, en primera instancia, como una respuesta a estrés emocional crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, despersonalización en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar en el trabajo. Posteriormente, Maslach y Leiter describen el síndrome como “la erosión del alma”, en el sentido que representa un desajuste entre lo que la persona es y quiere ser, con lo que realmente está realizando. Esta erosión afectaría los valores, la dignidad y el espíritu de la persona, situación de la que tiende a ser difícil su recuperación, en especial si no se cuenta con apoyo. En otras palabras, erosión aludiría al proceso gradual de pérdida que se da en el contexto del desajuste entre las necesidades de la persona y las demandas de

la organización⁽²⁴⁾.

Según el modelo explicativo de Maslach y Jackson, el **cansancio o agotamiento emocional** constituye un elemento primordial en la constitución del síndrome y consiste en una sensación creciente de agotamiento en el trabajo que experimenta la persona, luego de intentos fallidos de adaptarse a un entorno estresante. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trataría de aislarse de los demás, mediante el mecanismo defensivo denominado **despersonalización**, caracterizado por un trato distante y la deshumanización de las relaciones hacia los pacientes y demás miembros del equipo de salud. En un tiempo variable se presentaría la sensación de **falta de realización en la profesión**: sentimiento complejo de inadecuación personal al puesto de trabajo, que surgiría al comprobarse que las demandas que se le requieren exceden su capacidad para atenderlas debidamente, a pesar de sus intentos de adaptación. El Síndrome de Burnout propiamente dicho constituiría la fase final del proceso y vendría a ser la respuesta a una situación laboral intolerable.

El estrés es una fatiga física, psíquica y mental prolongada resultante de una exposición del trabajador a peligros y/o amenazas que superan su capacidad de resistencia y adaptación para hacerle frente. El Síndrome de Burnout sería consecuencia de la fatiga, del vaciamiento o agotamiento emocional que da lugar a un cinismo caracterizado por la despersonalización, la deshumanización, el distanciamiento y una pérdida del sentimiento de realización personal por las dificultades encontradas para ser competente y eficaz⁽²⁵⁾.

El Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico, se considera un proceso continuo, su aparición no surge de manera súbita sino que emerge de forma paulatina, con un incremento progresivo en la severidad. Al parecer prevalece en los trabajadores del área de la salud por la fatiga que genera resolver problemas de salud⁽²⁶⁾.

El Dr. Jorge Román Hernández⁽²⁷⁾ en su artículo “Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención”, establece a continuación una breve descripción del desarrollo de la enfermedad:

“Ciertos estudios relacionados con el estrés en los profesionales de la salud han revelado como sus consecuencias se revierten en un desempeño profesional inadecuado en relación con las personas que reciben sus cuidados. Richardsen y Burke encontraron en médicos canadienses que el estrés elevado se relacionaba con menos satisfacción en la práctica médica y con actitudes negativas hacia el cuidado de la salud de los pacientes.”

Algunos fenómenos tales como la globalización de la economía, el progresivo envejecimiento de la población, los nuevos fenómenos migratorios, la masiva

incorporación de las mujeres en el mercado laboral, las crecientes demandas de los consumidores o usuarios de servicios de salud, la fuerte competencia, han transformado de manera profunda la organización laboral y la manera de concebir el trabajo, llevando a que los trabajadores comiencen a sufrir diferentes patologías físicas y psíquicas.

Las empresas en la actualidad recurren a las “horas extras”, al trabajo precario y a la tercerización de servicios antes que a la contratación de más mano de obra. Cuando cae de manera sostenida la demanda, comienzan los despidos, promueven la jubilación anticipada o los retiros voluntarios de los trabajadores de mayor edad. El temor y el miedo al despido o a las sanciones quita a los trabajadores un margen de autonomía y de control para el ejercicio de la actividad, quedando expuestos al hostigamiento o acoso por sus superiores, clientes y usuarios⁽²⁵⁾.

Desarrollo del Síndrome de Burnout.

Existen diferentes hipótesis sobre la manera en que ocurre la aparición y evolución del síndrome, cuyo desarrollo no es lineal, se trata más bien de un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida, en el mismo o en diferente trabajo, apareciendo de forma paulatina:

1. **Agotamiento o cansancio emocional** es el elemento clave del síndrome, y se refiere a que los individuos presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales. Aparece como consecuencia del fracaso en intentar modificar situaciones que generan estrés.
2. **Despersonalización** implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generándose sentimientos demasiados distantes hacia otras personas.
3. **Baja realización personal** en el trabajo, que hace referencia a la disminución de los sentimientos de competencia y éxito, así como una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, particularmente en el trabajo con otras personas⁽²⁸⁾.

En el año 1981 en sus estudios, Maslach y Jackson⁽²⁹⁾ señalan que el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Estas autoras concluyen que el Síndrome de Burnout se configura como “un síndrome

tridimensional caracterizado por “agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal”. Más tarde Maslach, Schaufeli y Leiter ⁽²¹⁾ añaden el concepto de que el Síndrome de Burnout es una respuesta a los estresores interpersonales crónicos que se desarrollan en el trabajo, donde los síntomas están caracterizados por la presentarse un agotamiento abrumador, sensaciones de cinismo en el trabajo y un sentido de carencia de la realización personal.

Gil-Monte y cols. apoyan la tridimensionalidad del Síndrome de Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral.

El Modelo Procesual de Leiter⁽³⁰⁾ plantea que la aparición del Burnout se da por un proceso que empieza con un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

Maslach y Jackson, sostienen que existen 3 etapas del síndrome:



El Síndrome de Burnout y su relación con el Estrés.

La principal diferencia entre estos dos estados es que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, y el Síndrome de Burnout siempre trae consecuencias negativas⁽³¹⁾. El Síndrome de Burnout está conformado por tres componentes: agotamiento emocional, reducida realización personal y despersonalización. Los dos primeros, formalmente estudiados en relación con el estrés, no así la despersonalización, que es un constructo único del síndrome⁽²¹⁾.

El Síndrome de Burnout es un síndrome que afecta directamente a los valores y la esperanza de las personas, provocando cuestionamientos existenciales y vocacionales que no se observan en el síndrome de estrés. Así mismo, el estrés parece afectar a personalidades predispuestas y se puede deducir que, a la larga, el Síndrome de Burnout afecta a todo tipo de personalidades, pese a encontrarse algunas más vulnerables que otras, mientras se encuentre con el contexto organizacional que funcione como disparador. Es así como se considera que este síndrome es precedido por el estrés, siendo una etapa final de un curso crónico⁽³²⁾.

La formación avanzada y la especialización en ciencias de la salud es una intervención educativa compleja que plantea desafíos únicos para los jóvenes profesionales. Los residentes de todas las especialidades a menudo tienen múltiples desafíos clínicos, docencia, investigación, largas horas de trabajo y las tensiones adicionales que normalmente lo acompañan en la vida, incluidas las cuestiones financieras, el empleo en paralelo, las obligaciones familiares, etc. Esto comienza a generar desde muy temprano en la vida del profesional de la salud trastornos psicológicos que con el continuar de los años se puede agravar si no se lo previene.

En el ambiente laboral también se puede constatar signos de "burnout" cuando la organización no favorece el necesario ajuste entre las necesidades de los trabajadores y los fines de la institución, apareciendo aspectos tales como falta de energías en el equipo, descenso en el interés por los clientes, alto ausentismo y deseos de dejar ese trabajo. Como consecuencia de todo esto, se produce un detrimento de la calidad de los servicios que no es más que la expresión palpable de una pérdida de ilusiones. Este panorama difícilmente puede remitir por sí solo, si no se introducen cambios en el contexto laboral⁽³³⁾.

Consecuencias del Síndrome de Burnout sobre la salud.

Existe una gran dificultad para identificar los síntomas del Síndrome de Burnout, dada la gran cantidad de fenómenos asociados al trastorno que destacan las investigaciones sobre el tema, pudiéndose identificar en ellas hasta más de 100 síntomas vinculados al mismo, relacionados al estado psicológico: agotamiento emocional, irritabilidad, odio, etc., a las cogniciones: despersonalización, apatía, hostilidad, etc., a las conductas: comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes, rigidez, quejas constantes, ausentismo, etc. y al sistema fisiológico del individuo como cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, fatiga, hipertensión⁽¹⁸⁾.

Los trabajadores que padecen el síndrome pueden presentar distintos síntomas, a nivel emocional, cognitivo, conductual, social y físico⁽²⁰⁾, los que pueden observarse en el siguiente listado:

1. Físicos:

- Taquicardia, dolor y opresión precordial.
- Dispepsia, micciones frecuentes.
- Impotencia sexual o falta de libido, alteraciones del ciclo menstrual.
- Parestesias, tensión muscular, mialgias.
- Cefalea persistente, migraña, diplopía.
- Bruxismo dental.

2. Afectivos:

- Repentinos y frecuentes cambios de humor.
- Incapacidad de sentir compasión por otras personas.
- Interés excesivo por su salud física.
- Introversión, cansancio y falta de concentración.
- Astenia, aumento de la irritabilidad, angustia.

3. De comportamiento:

- Indecisión y descontento injustificado.
- Aumento de ausentismo.
- Tendencia a sufrir accidentes automovilísticos.
- Trabajo ineficaz y uso de recursos para evitarlos.

- Tendencia a consumir alcohol y drogas.
- Exceso de comidas.
- Aumento del uso de tranquilizantes. Trastornos en el sueño.
- Disminución de la calidad de vida y la cantidad de trabajo.

La conjunción de los síntomas nos determina cuatro niveles de Síndrome de Burnout:

a) Leve: en el que aparecen el cansancio, quejas vagas, dificultad para levantarse a la mañana.

b) Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.

c) Grave: automedicación con psicofármacos, ausentismo laboral, rechazo al trabajo, abuso de sustancias.

d) Extremo: marcado retraimiento, cuadros psiquiátricos.

Modelos Teóricos del Síndrome de Burnout.

Existen diferentes modelos teóricos propuestos, que explicarían por que aparece el síndrome⁽³²⁾.

- 1. La teoría Ecológica del Desarrollo Humano:** Según esta perspectiva, el "burnout" es un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que de manera directa o indirecta, la persona participa (contextos familiar, político, económico, etc.).
- 2. La teoría Cognitiva:** En donde no es tanto la situación, si no la percepción del sujeto que tiene de la misma. El que resulte estresante depende de sus esquemas mentales.
- 3. La teoría Social y de las Organizaciones:** El "burnout" es el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores.

El Síndrome de Burnout y su relación con los profesionales de la Salud.

Entre los profesionales más afectados por el Burnout se encuentran los odontólogos. En el año 2011 se realizó un estudio sobre los 43 residentes inscriptos para todas las especialidades Odontológicas de la Universidad de Berna, Escuela de Medicina Dental,

Suiza, el objetivo fue medir el nivel de estrés y Síndrome de Burnout. Los datos revelaron que el aumento de años de estudio en cada especialización, se asoció con un aumento del estrés, con una alta escala de agotamiento y mayor prevalencia de "casos" de Síndrome de Burnout⁽³³⁾.

Estudio realizado en cirujanos odontólogos de hospitales de Lima, Perú, determinó que los odontólogos de sexo femenino presentan un porcentaje estadísticamente mayor de Síndrome Burnout severo que los de sexo masculino⁽³⁴⁾.

Los factores que inciden en el aumento de la tensión en los odontólogos son: el realizar su actividad laboral en un área limitada con exigencias de tiempo entre un paciente y otro, cuestiones ergonómicas como bipedestación prolongada, posturas forzadas y restringidas exclusivamente a la cavidad bucal, procedimientos quirúrgicos y dentales prolongados, un ambiente de trabajo ruidoso y donde no existe la comunicación entre los mismos trabajadores. Además, la escasa inserción laboral del odontólogo en instituciones de salud perteneciente al estado y el alto costo económico de poner un consultorio⁽³⁵⁾.

En países europeos y americanos se evidencia una prevalencia variable del síndrome, pues las cifras reportadas, oscilan desde el 2-3 % en España⁽³⁸⁾ hasta el 50,0 % en Costa Rica⁽³⁶⁾; en Buenos Aires un 38,8% ⁽³⁷⁾ y en Suecia un 35%⁽³⁹⁾.

En Nueva Zelanda en el año 2005 se realizó una encuesta a 700 odontólogos. El estudio aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Otago, determinó que los factores estresantes más sobresalientes fueron la atención de pacientes niños, la presión constante de tiempo y mantener altos niveles de concentración⁽⁴⁰⁾.

Los resultados del trabajo de Choy en el año 2015, encontró en odontólogos de Hong Kong que poseen títulos de pos grado, poseen niveles bajos de desgaste emocional, teorizando el autor lo siguiente: "Las personas con títulos de posgrado pueden tener mejores conocimientos, técnicas y habilidades de comunicación para tratar con los pacientes. Esto puede haber contribuido a reducir el desgaste general"⁽⁴¹⁾.

La falta de realización personal en odontólogos de Bangalore, India, fue significativamente mayor en aquellos grupos de: mayor edad, casados, con largas horas de trabajo, en los que poseen más años trabajando y los que deben trasladarse mayores distancias para llegar a su residencia⁽⁴²⁾.

Estudio realizado sobre 213 trabajadores del sector salud de la ciudad de Arequipa, en el sur del Perú, determina que aunque la prevalencia del Síndrome de Burnout es baja (5.6%), hay una presencia alta de despersonalización (33.3%), baja realización profesional (25.8%) y agotamiento emocional (23%). En dicho país, la Ley de Seguridad

y Salud Laboral vigente (N° 29783) se promulgó el año 2012 y dos años después se emitió su reglamento correspondiente, pero, aunque se menciona el estrés laboral como un factor de riesgo psicosocial, el énfasis está puesto en riesgos físicos y biológicos. Las comparaciones en función de los ingresos económicos de los trabajadores no reportaron diferencias significativas, lo que quiere decir que el factor dinero no muestra valores diferenciales en el Síndrome de Burnout⁽⁴³⁾.

En el año 2006 se encuesta 156 odontólogos que trabajan los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal, México; los resultados de la investigación detectó 42 personas (26.92%) con nivel bajo, 76 (48.72%) con nivel medio y 38 (24.36%) con nivel alto de estrés⁽⁴⁴⁾.

El estudio realizado en el Hospital “Juan Ramón Gómez”, de la localidad de Santa Lucía, provincia de Corrientes, se encontró afectación por síndrome de Burnout en el 73,3% del personal estudiado al momento de realización de la encuesta. Se observó un nivel de afectación mayor en el grupo de los médicos (100%) en comparación con el de los enfermeros/as (63,6%)⁽⁴⁵⁾.

Los primeros estudios epidemiológicos lineales en la odontología Argentina, sobre enfermedades laborales, los realizó la Caja de Seguridad Social para odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, donde se obtuvo una muestra de 4925 odontólogos entre los años 1974 y 1977, pudiendo detectarse un 20,7% de mortalidad de etiología confusa (entre la que predominaban causales de índole psiquiátrica), una morbilidad incapacitante transitoria del 1,8% por problemas psíquicos y 7,2% en afecciones de etiología confusa. Marucco y col. estudiaron una población de 18 odontólogos de 6 hospitales en la Provincia de Buenos Aires y pudieron concluir que existía un mayor desgaste emocional en las mujeres⁽⁴⁶⁾.

En las conclusiones de otro estudio, Marucco propone estrategias preventivas en tres niveles: el nivel organizacional, como medio ambiente físico, social y productivo, que puede ser objeto de modificación; el nivel interpersonal, que considera los grupos de trabajo y la interacción social que debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés⁽⁴⁷⁾.

En el año 2006, sobre una muestra de 82 sujetos, 42 odontólogos y 40 estudiantes de 5° año de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, presentaron puntuaciones más elevadas en los componentes cansancio emocional y despersonalización de dicho cuestionario los estudiantes. En los odontólogos se detectó una mayor realización personal en su trabajo⁽⁴⁸⁾.

En otro de los trabajos de investigación realizados sobre 120 docentes de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, los resultados determinaron que el desgaste emocional se encuentra en altos valores en el 53,9% de los encuestados, un 48,7% valores altos en “despersonalización” y el mayor valor obtenido pertenece a la categoría media en la “realización personal”. Los resultados generales de todos los datos analizados sugieren que el síndrome estaría presente en sus etapas previas (por la identificación y frecuencia de los síntomas), en la mayoría de los docentes encuestados⁽⁴⁹⁾. Los registros del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba, indican que en el año 2016, hay 3600 odontólogos matriculados en la ciudad de Córdoba, insertos en el mercado laboral, de los cuales 21% no poseen consultorio, ni trabajan atendiendo pacientes (ej. anatomopatólogos, auditores, docentes de la Facultad de Odontología, etc.).

Evaluación del Síndrome de Burnout.

Para la evaluación del Síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o encuestas.

Los auto informes o encuestas son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory. El mismo posee debilidades (confusa composición gramatical de las traducciones, escaso dominio público del instrumento, etc.) y fortalezas (gran aceptación internacional, usado en distintos países, apoyo empírico de la estructura factorial, evidencia de validez divergente, etc.)⁽⁵⁰⁾.

Como instrumento de medición, el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados⁽²¹⁾⁽²²⁾.

Para que el MBI tuviera forma hubo de pasar ocho años de estudio y análisis. Originalmente el MBI en su versión de 1981 estaba conformado por 25 ítems distribuidos en cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada “implicación con el trabajo”, siendo ésta eliminada en la nueva versión de 1986, quedándose definitivamente establecido en 22 el número de ítems⁽³⁰⁾.

En la última edición del manual se presentan tres versiones del MBI. En primer lugar encontramos el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de

la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI⁽²⁹⁾⁽³¹⁾. Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento o cansancio emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems). Luego encontramos el MBI-Educators (MBI-ES), que es la versión para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas. Y, finalmente, el MBI-General Survey (MBI-GS). Una nueva versión del MBI, que presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems)⁽²⁸⁾.

El Síndrome de Burnout y su relación con la Gestión en salud.

La compleja gestión de los sistemas de salud en Argentina, tanto en el sector público como en el privado, se ve afectada, cuando en su núcleo operativo (médicos, odontólogos, enfermeros, etc.) comienzan a aparecer patologías crónicas como es el Síndrome de Burnout.

El informe denominado “La organización del trabajo y el estrés” publicado por la OMS, considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud psicológica y física de los trabajadores, y a la eficacia de las entidades para las que trabajan.⁽²⁾ Desde la gestión y gerenciamiento de los Servicios de Salud, debemos considerar aquellas patologías causadas por estrés, como el Síndrome de Burnout, factores que pueden influir drásticamente sobre los objetivos laborales de la institución; la baja productibilidad de los agentes de salud hacen que se aumenten los costos y se brinde un servicio de baja eficiencia. Los enfoques tradicionales respecto de la salud en el trabajo, la medicina comportamental y la psicología organizativa, han sido cuestionados por los nuevos contextos económicos y sociales que están influenciando la búsqueda de nuevas perspectivas de comportamiento organizativo positivo en apoyo de la posibilidad de un trabajo digno y del bienestar⁽¹⁾.

Los encargados de comandar equipos de salud deben tener en cuenta que la protección y promoción de la salud mental en el trabajo tiene más impacto si se centra en estrategias preventivas. En la actualidad, numerosos estudios muestran que el error humano tiene escasa incidencia en los accidentes del trabajo y que los comportamientos de riesgo son

consecuencia de la presión respecto de la eficacia, la gestión del tiempo y la falta de formación, y no necesariamente debido al trabajador⁽¹⁾.

Se debe tener en cuenta que si bien hay factores estresantes extra laborales, los hay intralaborales, los cuales pueden ser por causas vinculadas a la organización del trabajo, falta de control de la distribución y planificación de las tareas en el interior del servicio, imprecisión de los objetivos, horarios que limitan la vida familiar o social (turno nocturno, horarios inesperados), necesidad de un número mayor de trabajadores, inestabilidad de los contratos, labores monótonas, funciones y objetivos poco delimitados. Todos estos factores estresantes muchas veces dependen de áreas gerenciales.

Aunque el estrés y el Síndrome de Burnout pueden producirse en situaciones laborales muy diversas, se pueden agravar cuando el trabajador siente que tiene un control limitado sobre las decisiones laborales y cuando no recibe suficiente apoyo de sus colegas y de sus superiores. Un buen líder de grupo define y gestiona el trabajo de forma que puedan evitarse los factores de riesgo de estrés más frecuentes, y prevenirse, en la medida de lo posible, los problemas previsible. La supervisión y el asesoramiento eficaces son importantes y pueden contribuir a proteger a los empleados contra el estrés⁽²⁾.

Hipótesis.

Existirían diferencias entre valores de Síndrome de Burnout entre los odontólogos/as que trabajan solamente en el ámbito privado con quienes lo hacen en el ámbito público o público-privado.

Objetivo.

1. Analizar el grado de Síndrome de Burnout que presenta una muestra de odontólogos/as en la Ciudad de Córdoba y correlacionarlo con el ámbito donde desempeña su actividad.

Objetivos específicos.

1. Valorar los componentes de Síndrome de Burnout: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización profesional (RP), en odontólogos que trabajan en la Ciudad de Córdoba.
2. Comparar los valores de Síndrome de Burnout en los odontólogos/as que se desempeñan en ámbito laboral público, privado y público-privado.
3. Analizar la relación del Síndrome de Burnout y los componentes CE, DP y RP con edad, sexo, estado civil y cantidad de hijos.
4. Analizar la relación del Síndrome de Burnout y los componentes CE, DP y RP con los años de ejercicio de la profesión y especialidad a la que se dedica.

Metodología.

Diseño.

Se diseñó un estudio observacional, cuantitativo, transversal y analítico. Se realizó un muestreo por racimos, cuyos sujetos a ser estudiados fueron odontólogos de la Ciudad de Córdoba, Argentina, desde abril del año 2016 a marzo del 2017.

Se trabajó sobre un primer grupo de odontólogos/as de la Ciudad de Córdoba, que trabajan en la Facultad de Odontología y en la Dirección de Salud de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles, Universidad Nacional de Córdoba.

Para poder realizar la encuesta a un segundo grupo de odontólogos/as, por razones de encontrarse en mayor concentración, se encuestó a todos aquellos que asisten a cursos, jornadas, ateneos u otras actividades de formación profesional, llevadas a cabo en las dependencias de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Los criterios de inclusión fueron: odontólogos/as matriculados, que presten atención a pacientes y que trabajen 6 horas o más por día. Si trabajan en el ámbito privado se incluyó aquellos con consultorio propio. Si trabajan en el ámbito público se incluyó a los que forman parte de la planta permanente.

Se excluyó de la muestra aquellos odontólogos/as que no quisieron contestar el cuestionario, a los que no poseen matrícula, que no realicen actividades con pacientes (anatomopatólogos, forenses, profesores universitarios full time, auditores, etc.), que trabajen en ámbito privado en relación de dependencia, que trabajen en gestión del ámbito público o institucional y que tengan jornadas laborales de menos de 6 horas por día. Se descartaron las encuestas que no estaban debidamente respondidas.

La muestra fue clasificada en 3 grupos según el ámbito laboral:

1. Grupo Privado: odontólogos/as que solo trabajan en consultorio privado propio.
2. Grupo Público: odontólogos/as que solo trabajan en el ámbito público.
3. Grupo Mixto (privado/publico): odontólogos/as que trabajan en el ámbito público y consultorio propio.

Se incluyeron las siguientes variables: sobre la población encuestada las variables sexo, edad, estado civil, cantidad de hijos, especialidad que realiza, “otro trabajo” que posea el encuestado y años de ejercicio profesional, en relación al Síndrome de Burnout y sus

componentes. Se consideró “otro trabajo”, a aquellos odontólogos/as que tienen un segundo ingreso remunerado laboral legal, por fuera de su profesión.

Instrumento.

Entre el mes de abril del año 2016 a marzo del año 2017, a los odontólogos participantes se les entregó una hoja informativa y el consentimiento informado escrito (Versión 01-2016) donde se explicaron las razones del estudio. Se les entregó el cuestionario (Maslach Burnout Inventory-HSS) traducido al español, el cual es auto administrado, anónimo y completado por el encuestado (**Anexo 1**)⁽⁵¹⁾.

Para responder la encuesta se utilizó escala de tipo Likert con 7 opciones que van desde 0 (nunca), hasta 6 (siempre). Completar todo el cuestionario requiere de 10 a 15 minutos. Para obtener la información se emplearon dos instrumentos en la misma encuesta: el primero de elaboración propia para el registro de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, cantidad de hijos) y laborales (ámbito donde ejerce su profesión, años de ejercicio profesional, especialidad a la que se dedica y si posee algún otro trabajo remunerado).

Como segundo instrumento se utilizó el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), en su versión validada en castellano, diseñado para valorar los tres componentes o sub escalas del Síndrome de Burnout. Este consta de 22 ítems o preguntas que evalúan tres componentes del síndrome: Cansancio o agotamiento Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Falta de Realización personal en el trabajo (RP)⁽⁵¹⁾.

Los 22 ítems o preguntas se correlacionan de la siguiente forma:

- para Cansancio Emocional, preguntas 1,2,3,6,8,13,14,16,20.
- para Despersonalización, preguntas 5,10,11,15,22.
- para Realización personal preguntas: 4,7,9,12,17,18,19,21.

Una vez realizadas las encuestas, se sumaron los valores obtenidos para cada sub escala (Tabla 1) y se clasificaron de acuerdo a la escala propuesta por Moreno y Caballero.

Puntuaciones altas en cansancio emocional y despersonalización, con bajo puntaje en realización personal, definen el síndrome⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾.

COMPONENTES DEL SÍNDROME	VALORES DE REFERENCIA		
	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0 – 18	19 – 26	27 – 54
DESPERSONALIZACIÓN	0–5	6–9	10 – 30
REALIZACIÓN PERSONAL	0 – 33	34 – 39	40 – 48

Tabla 1. Valores de referencia para determinar la presencia de Síndrome de Burnout.

Las limitaciones de la presente investigación, están relacionadas con algunas propiedades del instrumento de recolección de datos utilizado. Al realizar encuestas, existen posibilidades de que se cometan errores al responder, el sesgo de la memoria, influencias de variables externas no controladas y la reserva individual por temor a que la información otorgada se usará de forma negativa; para sortear estas limitaciones como primer estrategia se utilizó un cuestionario validado (MBI-HSS), y en segundo lugar, la encuesta fue auto administrada y anónima, resguardando el secreto estadístico.

Procedimientos Estadísticos.

Una vez recolectados los datos mediante el instrumento descripto, se construyó una base de datos mediante el programa Microsoft Excel y se procedió a realizar los análisis estadísticos utilizando el software IBM - SPSS Statistics Base versión 20.0. Primeramente se realizó un análisis descriptivo de los diferentes aspectos evaluados asociados al Síndrome de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), se calcularon las medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar) de los niveles percibidos por los encuestados de cada uno de los parámetros, así como los porcentajes de acuerdo a la categorización de cada parámetro, y para determinar si estos parámetros estaban correlacionados, se realizaron pruebas de correlación de Spearman, posteriormente se calcularon los porcentajes de categorías de riesgo de síndrome y se evaluó mediante pruebas de chi cuadrado de Pearson y de Kruskal-Wallis según correspondiera, posibles asociaciones entre cada uno de los factores estudiados y el riesgo de síndrome. Finalmente se analizaron los datos mediante un modelo de regresión logística ordinal para determinar la magnitud de los efectos de los factores sobre el riesgo de Síndrome de Burnout. Para todas las pruebas se fijó el nivel de significación estadística $< 0,05$.

Se calculó el error muestral para un nivel de confianza de 95%, considerando la muestra

de 100 encuestas (n) y una población (odontólogos de Córdoba N=3600).A partir de la siguiente fórmula se estimó el tamaño muestral:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Se despeja el valor del error muestral “e” y se obtiene: e = 9,7%.

N	100
N	3600
Z(alfa) 95%	1,96
P	0,5

Resultados.

Se realizaron 300 encuestas de las cuales n=233 resultaron efectivas para su análisis, debiendo descartarse el resto, por no haberse completado todos los ítems.

El 7,3% de los profesionales encuestados presentaron Síndrome Burnout, no existiendo diferencia estadísticamente significativas entre los distintos ámbitos laborales (público, público/privado y privado). El CE se presentó en valores altos en el 22% de los encuestados que trabajan en los tres ámbitos, la DP un 30% en el ámbito público/privado y privado, una RP con valores bajos en el 41% en los profesionales que trabajan solo en el ámbito público. En relación a la distribución por sexo, se observó una preponderancia del sexo femenino: 66,5%, n=155, la edad promedio de la población fue de $38.9 \pm 9,4$ años con rango entre 23 y 66 años. Su relación con el Síndrome no es significativa, pero las mujeres registraron un porcentaje más elevado en la categoría de bajo riesgo (64,5%). La variable edad no es estadísticamente significativa, observando un 7,6% de profesionales con el síndrome en el grupo de 23-43 y un 6,6% en el grupo de 44 -66 años. Los resultados para el estado civil de los encuestados, resultaron estadísticamente significativas para el grupo de odontólogos casados, donde se obtuvo menor riesgo 75,3%. La cantidad de hijos no influye en el Síndrome de Burnout, aunque se observó mayor riesgo en los odontólogos sin hijos. La especialidad de cirugía y ortodoncia son las que presentan un 15% de profesionales enfermos. Los odontólogos que poseen “otro trabajo”, por fuera de su profesión, tienen un alto riesgo de enfermarse, sin embargo las diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout no resultaron estadísticamente significativas.

Síndrome de Burnout según ámbito laboral.

Se calculó la cantidad de profesionales encuestados que están o no afectados con Síndrome de Burnout, de acuerdo a la escala propuesta por Moreno y Caballero. Puntuaciones altas en cansancio emocional: 27-54 y despersonalización: 10-30, con bajo puntaje en realización personal: 0-33, definen el síndrome⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾.

En la Tabla 1 podemos observar que de las 233 encuestas, 62 correspondieron al grupo de odontólogos que trabaja en el ámbito público, 96 al que lo hace en el ámbito privado y 75 que lo hacen en ambos ámbitos. Encontramos que un 3% de los odontólogos que trabajan en ambos ámbitos, presentan el síndrome.

Ámbito laboral	Síndrome de Burnout		
	Total encuestas	Afectados por S.Burnout	No afectados por el S.Burnout
Público	62	5 (8,1%)	57 (91,9%)
Mixto (Pú/Pri)	75	3 (4%)	72 (96%)
Privado	96	9 (9,3%)	87 (90,7%)

Tabla 1. Síndrome de Burnout en odontólogos de diferentes ámbitos laborales.

En la tabla 2 podemos ver los porcentajes de los componentes o sub escalas que definen el Síndrome de Burnout. Encontramos que más de un 22% del total de odontólogos de todos los ámbitos presentan un alto grado de CE y DP; en el 30% de los odontólogos que trabajan en el ámbito privado se obtuvo un bajo grado de RP .

Ámbito laboral	Síndrome de Burnout			
	N	CE (alto)	DP (alto)	RP (bajo)
Público	62	14 (22,5%)	16 (25,8%)	18 (29%)
Mixto (Pú/Pri)	75	17 (22,6%)	23 (30,6%)	10 (13,3%)
Privado	96	22 (22,9%)	31 (32,3%)	29 (30,2%)

Tabla 2. Componentes que definen el Síndrome de Burnout en cada ámbito laboral.

Cansancio Emocional.

Se observa en la Tabla 3 el valor obtenido de la media: 18,7; el cual se posicionó entre los rangos bajo y medio fijados para el componente CE del Síndrome, es un valor más próximo al límite inferior del rango medio: 19, por ello , se sugiere utilizar el valor de la mediana: 17, por ser el estadístico descriptivo que mejor representa al conjunto de datos en este esquema de distribución, donde más del 50% de los encuestados caen dentro de la categoría CE bajo.

Media	DE	Mediana	Rango CE	N	Porcentaje
18,7	10,9	17	Bajo (0-18)	130	55,6%
			Medio (19-26)	51	21,7 %
			Alto (27-54)	53	22,7 %

Tabla 3.- Estadística descriptiva del componente CE.

En el Gráfico 1 podemos observar que el 55 % de odontólogos obtuvieron un valor bajo y el 22 % un valor alto de CE.

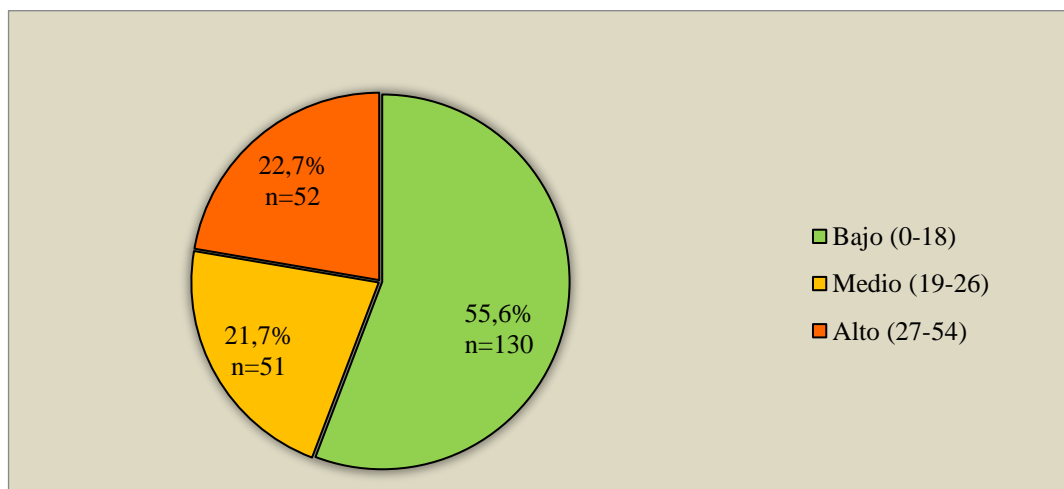


Gráfico 1.- Distribución del CE en toda la población estudiada .

Despersonalización.

Al medir esta sub escala nos encontramos que la media fue de 6,9, la cual se encuentra dentro del rango medio de DP del Síndrome. Nuevamente utilizamos el valor de la mediana: 5, como valor, por ser el estadístico que mejor representa al conjunto, ya que más del 50% de los encuestados se encuentran dentro de esta categoría de DP bajo (Tabla 4).

En este caso la distribución de valores no es normal, sino exponencial, con la mayor frecuencia de casos con puntuaciones bajas de DP y gradualmente menores frecuencias en función inversa al puntaje. Por tal motivo los posteriores contrastes se llevarán a cabo mediante pruebas no paramétricas.

Media	DE	Mediana	Rango DP	N	Porcentaje
6,87	5,82	5	Bajo (0-5)	117	50,4 %
			Medio (6-9)	47	20,4 %
			Alto (10-30)	68	29,2 %

Tabla 4.- Estadística descriptiva de DP.

En el Gráfico 2 podemos observar que el 50 % de los odontólogos tienen valores bajos, un 29% valores altos, el resto de los encuestados presentan valores bajos de DP.

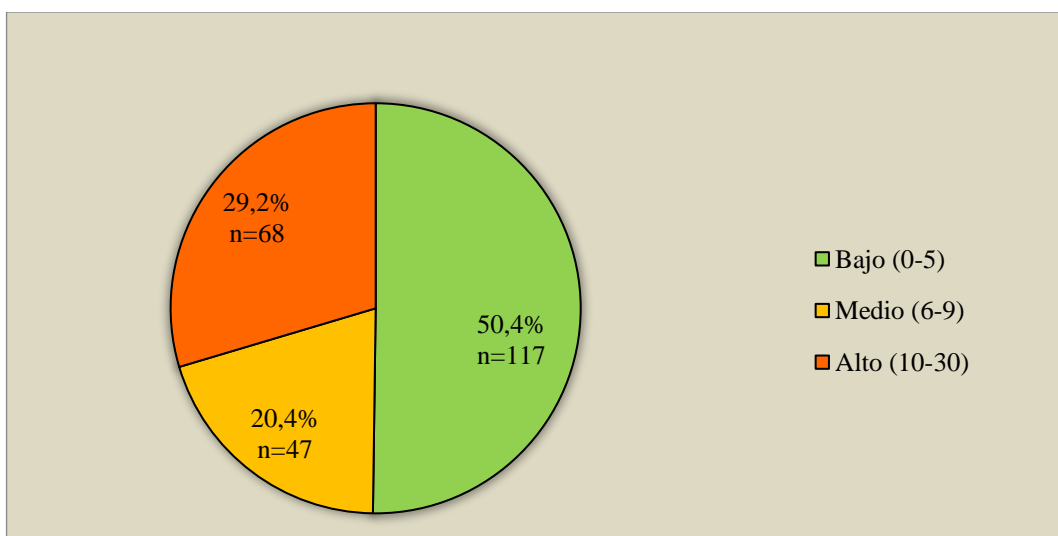


Gráfico 2. Representación porcentual del DP en toda la población estudiada .

Realización Personal.

Tanto la media como la mediana se encuentran dentro del rango medio de RP, aunque con valores próximos al límite superior de dicho rango (Tabla 5).

Media	DE	Mediana	Rango RP	N	Porcentaje
38,35	7,77	39	Bajo (0-33)	57	24,5 %
			Medio (34-39)	61	26,2 %
			Alto (40-48)	115	49,4 %

Tabla 5.- Estadística descriptiva de RP.

En el Gráfico 3 podemos observar que el 49% de los profesionales odontólogos, obtuvieron valores altos, el 26% valores medios y un 24% valores bajos de RP.

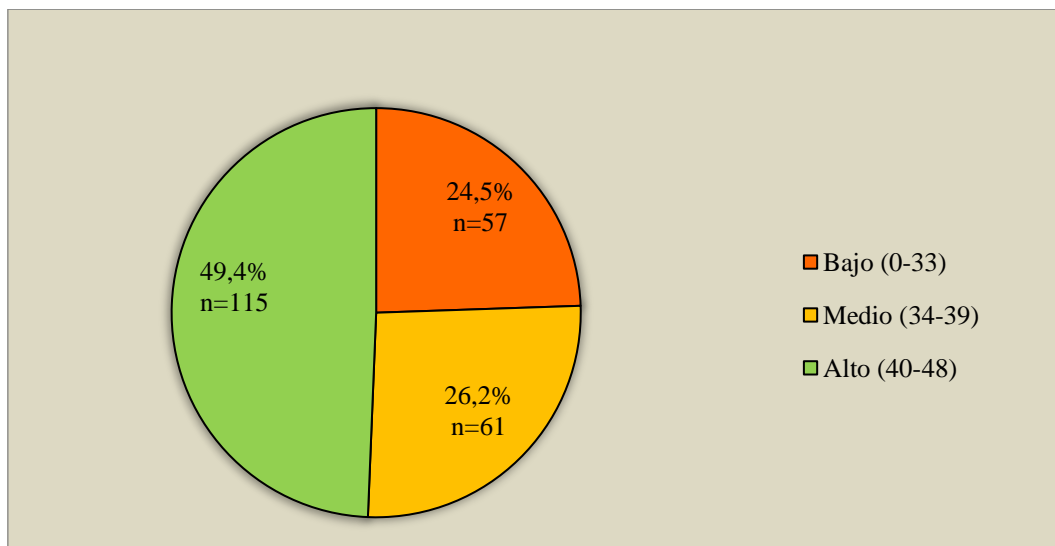


Gráfico 3. Representación porcentual del RP en toda la población estudiada .

Correlación entre las sub escalas o aspectos del síndrome.

▪ **Cansancio Emocional vs Despersonalización.**

La prueba de correlación bivariada no paramétrica Rho de Spearman, verificó una correlación significativa entre ambas sub escalas $p < 0,001$, con un coeficiente de correlación de 0,544. La correlación es directa, a mayor cansancio emocional mayor nivel de despersonalización, la línea de ajuste general o línea de regresión muestra la tendencia de la relación y el determinante (R^2) el grado de ajuste o dispersión: 0,296, cuanto más próximos estén los puntos (°) respecto a la línea blanca discontinua, mayor será el ajuste y menor la dispersión de valores. (Gráfico 4)

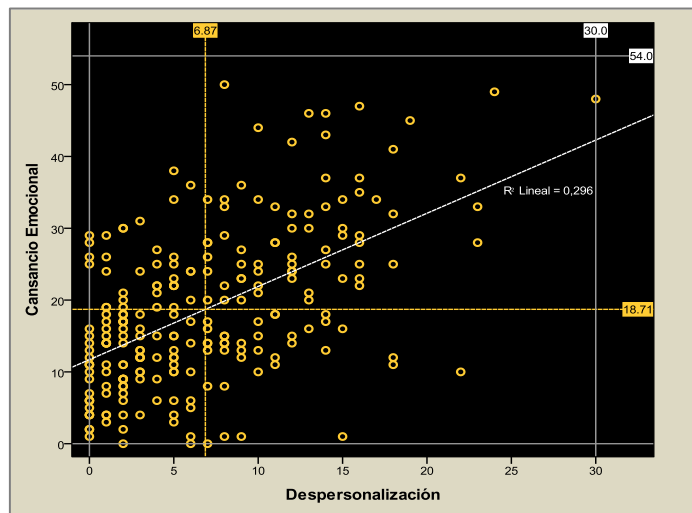


Gráfico 4.- Diagrama de dispersión: Cansancio Emocional en relación a Despersonalización.

▪ **Cansancio Emocional vs Realización Personal.**

Se llevó a cabo la prueba de correlación bivariada no paramétrica Rho de Spearman y se verificó una correlación significativa entre ambas sub escalas $p < 0,001$, aunque la correlación (coeficiente de 0,369) es menos marcada que en el caso previo. En el Gráfico 5 podemos observar que la correlación es inversa, a mayor cansancio emocional menor puntaje de realización personal, la línea de ajuste general o línea de regresión muestra la tendencia de la relación y el determinante (R^2) el grado de ajuste o dispersión: 0,134, cuanto más próximos estén los puntos (°) respecto a la línea blanca discontinua, mayor será el ajuste y menor la dispersión de valores, que en este caso es elevada.

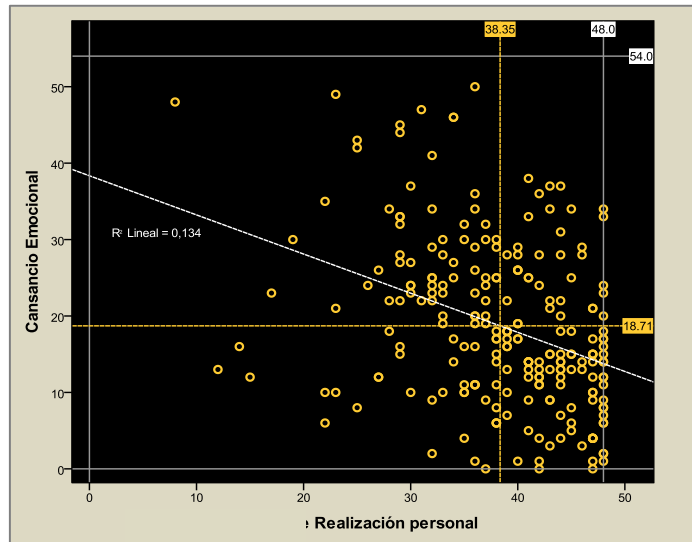


Gráfico 5.- Diagrama de dispersión: Cansancio emocional en relación a Realización personal.

▪ **Realización Personal vs Despersonalización.**

La prueba de correlación bi-variada no paramétrica Rho de Spearman verificó una correlación significativa entre ambas sub escalas $p < 0,001$, con un coeficiente de correlación de 0,378, la correlación es inversa. En el Grafico 6 se observa que la línea de ajuste general o línea de regresión muestra la tendencia de la relación y el grado de ajuste o dispersión: 0,137, cuanto más próximos estén los puntos (°) respecto a la línea blanca discontinua, mayor será el ajuste y menor la dispersión de valores, que en este caso es elevada. A mayor realización personal menor despersonalización.

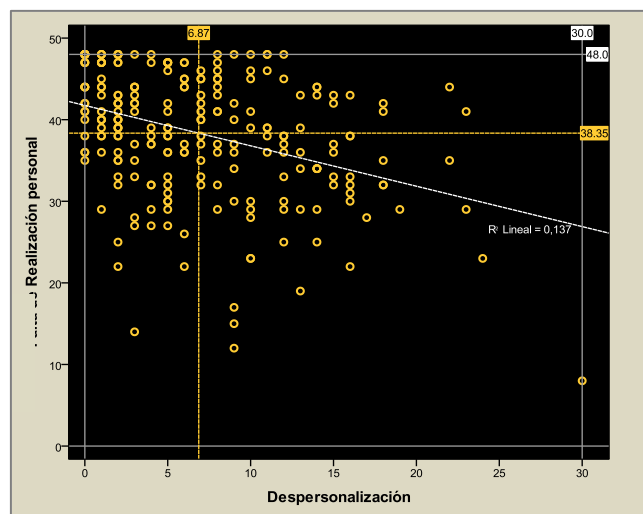


Gráfico 6.- Diagrama de dispersión: Realización Personal en relación a Despersonalización.

Relación entre Cansancio Emocional - ámbito laboral.

En la Tabla 6 se puede observar que los valores altos de CE son similares en los tres ámbitos laborales, mientras que los valores mas bajos de CE, corresponde al ámbito privado, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas, $p=0,658$. Para obtener los valores de CE se tuvieron en cuenta los valores referenciales propuestos por Moreno y Caballero ⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾.

Componente del Síndrome	VALORES DE REFERENCIA		
	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	0 – 18	19 – 26	27 – 54

Ámbito laboral	Componente CE			
	N	Bajo (0-18)	Medio (19-26)	Alto (27-54)
Público	62 (26,6%)	32 (51,6%)	16 (25,8%)	14 (22,5%)
Mixto (Pú/Pri)	75 (32,2%)	40 (53,3%)	18 (24%)	17 (22,6%)
Privado	96 (41,2%)	57 (59,3%)	17 (17,7%)	22 (22,9%)
Total (Cat. CE)	233 (100%)	55,6%	21,7%	22,7%
Chi cuadrado de Pearson: valor=2,426; $p=0,658$; $p>0,05$				

Tabla 6.- Cansancio Emocional según ámbito laboral.

Relación entre Despersonalización - ámbito laboral.

En la Tabla 7 se puede observar que en el 32,3% de los profesionales que se desempeñan en el ámbito privado, se obtuvieron los porcentajes más altos y más bajos de DP, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas, $p=0,296$. Para obtener los valores de DO se tuvieron en cuenta los valores referenciales propuestos por Moreno y Caballero⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾.

Componente del Síndrome	Valores de referencia		
	Bajo	Medio	Alto
Despersonalización	0 – 5	6 – 9	10 – 30

Ámbito laboral	Componente DP			N (Cat. Ámbito laboral)
	Bajo (0-5)	Medio (6-9)	Alto (10-30)	
Público	28 (45,2%)	18 (29,0%)	16 (25,8%)	62 (26,6%)
Mixto (Públ/Pri)	37 (49,4%)	15 (20,0%)	23 (30,6%)	75 (32,2%)
Privado	51 (53,1%)	14 (14,6%)	31 (32,3%)	96 (41,2%)
Total (Cat. DP)	50,2%	20,2%	29,6%	233 (100%)

Chi cuadrado de Pearson: valor=4,919; $p=0,296$; $p>0,05$

Tabla 7.- Despersonalización según ámbito laboral.

Relación entre Despersonalización - edad.

En la Tabla 8 se puede observar que el componente de DP tiende a disminuir con la edad.

Edad	Despersonalización		
	Baja	Media	Alta
23-43 años	66 (43%)	37 (24%)	51 (33%)
44-66 años	46 (59%)	15 (19,5%)	17 (21,5%)

Tabla 8.- Despersonalización según edad.

Relación entre Realización personal - ámbito laboral.

En la Tabla 9 se puede observar que si bien las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,06$) los valores son notablemente más altos en el grupo público/privado, 61,3% vs. 42% (público) y 43,8% privado.

Para obtener los valores de RP se tuvieron en cuenta los valores referenciales propuestos por Moreno y Caballero⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾.

Componente del Síndrome	Valores de referencia		
	Bajo	Medio	Alto
Realización Personal	0 – 33	34 – 39	40 – 48

Ámbito laboral	Componente RP			N (Cat. ámbito laboral)
	Bajo (0-33)	Medio (34-39)	Alto (40-48)	
Público	18 (29%)	18 (29%)	26 (42%)	62 (26,6%)
Mixto (Pú/Pri)	10 (13,3%)	19 (25,3%)	46 (61,3%)	75 (32,2%)
Privado	29 (30,2%)	25 (26%)	42 (43,8%)	96 (41,2%)
Total (Cat. RP)	24,5%	26,2%	49,4%	233 (100%)
Chi cuadrado de Pearson: valor=8,895; $p=0,064$; $p>0,05$				

Tabla 9.- Realización Personal según ámbito laboral.

Análisis conjunto de los componentes que determinan el Síndrome de Burnout.

A partir de las clasificaciones obtenidos de los valores de referencia propuestos por Moreno y Caballero⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾, se categorizaron los casos considerando el riesgo de padecer el síndrome: cuando se cumplen las tres condiciones en las sub escalas del Síndrome de Burnout (R=3.3.3), cuando se cumplen dos condiciones y la tercera es de rango medio (R=3.3.2), que implica alto riesgo de enfermarse. Para las combinaciones de riesgo intermedio se consideró riesgo medio y para las combinaciones de los aspectos con rangos alejados del síndrome se consideró riesgo bajo (Tablas 10 y 11).

Componentes del síndrome	Valores de referencia		
	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0 – 18 (R=1)	19 – 26 (R=2)	27 – 54 (R=3)
Despersonalización	0 – 5 (R=1)	6 – 9 (R=2)	10 – 30 (R=3)
Realización personal	0 – 33 (R=3)	34 – 39 (R=2)	40 – 48 (R=1)

Tabla 10.- Valores de referencia de los componentes del síndrome.

Categorías	Riesgos del síndrome
Síndrome de Burnout	(suma de riesgos = 9) 3.3.3
Riesgo alto	(suma de riesgos = 8) 3.3.2
Riesgo medio	(suma de riesgos: 6 o 7)
Riesgo bajo	(suma de riesgos: 3, 4 o 5)

Tabla 11.- Categorías de riesgos de los componentes del síndrome.

En el Gráfico 7 observamos conjuntos según rangos de puntajes de cada sub escala (CE, DP y RP). Los tamaños de los mismos y sus intersecciones son proporcionales a los porcentajes calculados. Cada color representa a una categoría de riesgo del síndrome de acuerdo a las categorías definidas en la tabla 10, en rojo el Síndrome de Burnout.

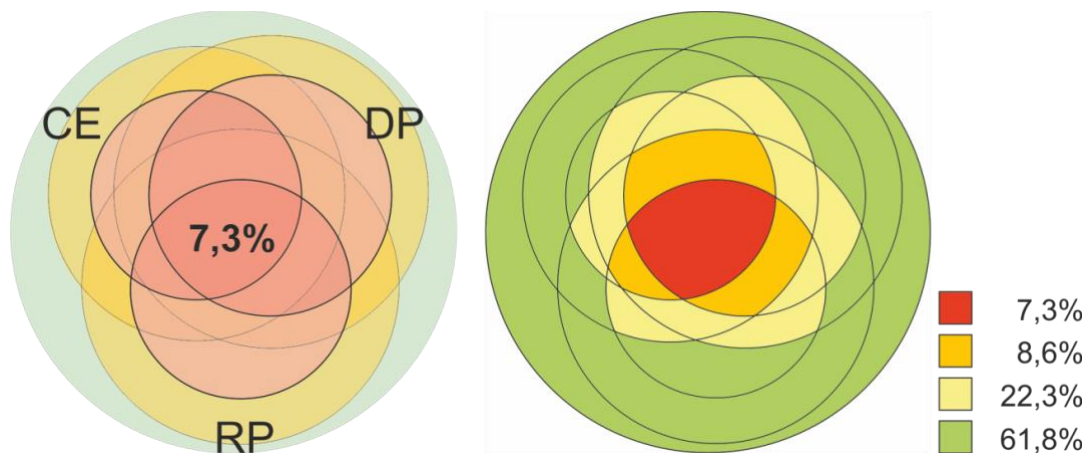


Gráfico 7.- Esquema de Conjuntos según rangos de puntajes de cada sub escala (CE, DP y RP).

El Gráfico 8 nos muestra que 17 (7,3%) de los profesionales encuestados padecen el síndrome y 20 (8,6%) del total de la población, están en alto riesgo de padecerlo.

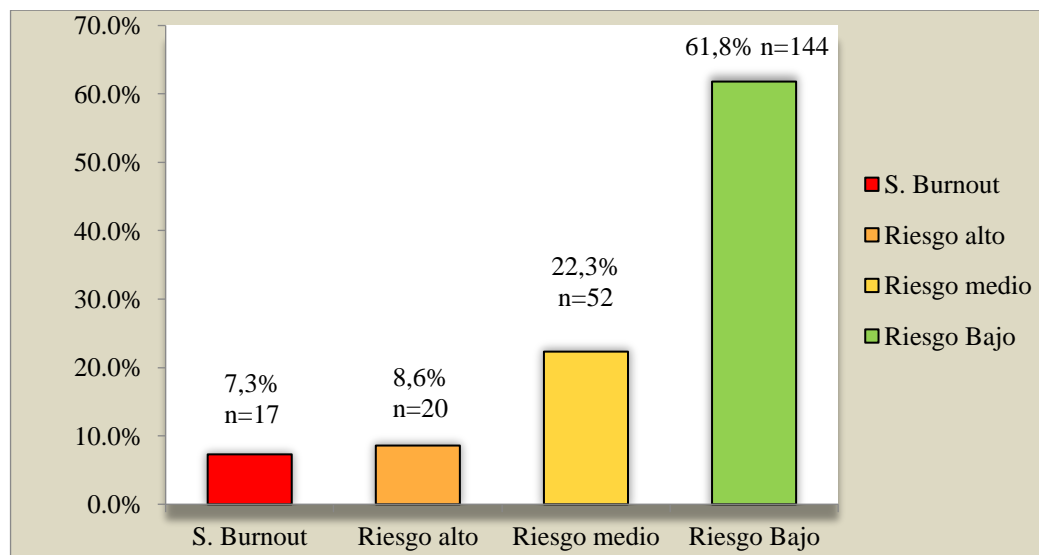


Gráfico 8- Distribución de SB y riesgo.

Síndrome de Burnout y riesgo según ámbito laboral.

Aunque se observan diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout entre las categorías de lugar de trabajo, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0,05$); aun así y en base a los valores calculados, se observa un mayor riesgo dentro del grupo que trabaja con exclusividad en el ámbito privado, en tanto que el grupo de menor riesgo fue el de odontólogos que trabajan en ambos ámbitos (Tabla 12).

Ámbito laboral	Síndrome de Burnout y Riesgo (n, %)				N
	Bajo	Medio	Alto	S Burnout	
Público	37 (59,7%)	14 (22,6%)	6 (9,7%)	5 (8,1%)	62 (26,6%)
Mixto (Pú/Pri)	51 (68%)	12 (16%)	9 (12%)	3 (4%)	75 (32,2%)
Privado	54 (57,3%)	28 (27,2%)	5 (5,2%)	9 (9,3%)	96 (41,2%)
Total	144 (61,8%)	52 (22,3%)	20 (8,6%)	17 (7,3%)	233 (100%)

Chi cuadrado de Pearson: valor=9,285; p=0,158; p>0,05

Tabla 12.- Riesgo de Síndrome de Burnout según ámbito laboral.

Síndrome de Burnout y riesgo según sexo.

Las diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout entre sexo no resultaron estadísticamente significativas ($p>0,34$), pero las mujeres registraron un porcentaje más elevado en la categoría de bajo riesgo (64,5%), en contraste con los varones (56,4% para la misma categoría de riesgo) (Tabla 13).

Sexo	Síndrome de Burnout y Riesgo (n; %)				N Total (Cat. Sexo)
	Bajo	Medio	Alto	S Burnout	
Mujeres	100 64,5%	33 21,3%	10 6,5%	12 7,7%	155 66,5%
Varones	44 56,4%	19 24,4%	10 12,8%	5 6,4%	78 33,5%
Total	144 61,8%	52 22,3%	20 8,6%	17 7,3%	233 100,0%

Chi cuadrado de Pearson: valor=3,349; p=0,341; p>0,05

Tabla 13.- Riesgo de Síndrome de Burnout según sexo.

Síndrome de Burnout y riesgo según grupo etario.

A los fines del análisis estadístico, la muestra se dividió en dos grupos etarios. Se consideró mayor o menor a 44, que era el valor central. Las diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout entre grupos etarios no resultaron estadísticamente significativas ($p>0,372$). El grupo de profesionales entre 44-66 años registró porcentajes con menor riesgo, tal como puede verse en la tabla 14.

Grupo Etario	Síndrome de Burnout y Riesgo (n. %)				N Total (Cat. Edad)
	Bajo	Medio	Alto	S Burnout	
23-43 años	91 58,0%	39 24,8%	15 9,6%	12 7,6%	157 67,4%
44-66 años	53 69,7%	13 17,1%	5 6,6%	5 6,6%	76 32,6%
Total	144 61,8%	52 22,3%	20 8,6%	17 7,3%	233 100,0%

Chi cuadrado de Pearson: valor=3,130; p=0,372; p>0,05

Tabla 14.- Síndrome de Burnout según edad.

Síndrome de Burnout y riesgo según estado civil.

Las diferencias en los porcentajes de la muestra con Síndrome de Burnout según estado civil resultaron estadísticamente significativas para el grupo de odontólogos casados, $p=0.027$, donde se obtuvo el menor riesgo, tal como puede observarse en la tabla 15 y gráfico 9.

Estado Civil	Síndrome de Burnout y Riesgo				N Total (Cat. E. Civil)
	Bajo	Medio	Alto	S Burnout	
Casado	73 75,3%	13 13,4%	4 4,1%	7 7,2%	97 41,6%
Pareja	17 42,5%	12 32,2%	7 17,5%	3 7,5%	39 17,2%
Soltero	40 56,3%	19 26,8%	6 8,5%	6 8,5%	71 30,5%
Separado	14 56,0%	7 28,0%	3 12,0%	1 4,0%	26 10,7%
Total	144 61,8%	52 22,3%	20 8,6%	17 7,3%	233 100,0%

Chi cuadrado de Pearson: valor=18,834; $p=0,027$; $p<0,05$

Tabla 15.- Síndrome de Burnout según estado civil.

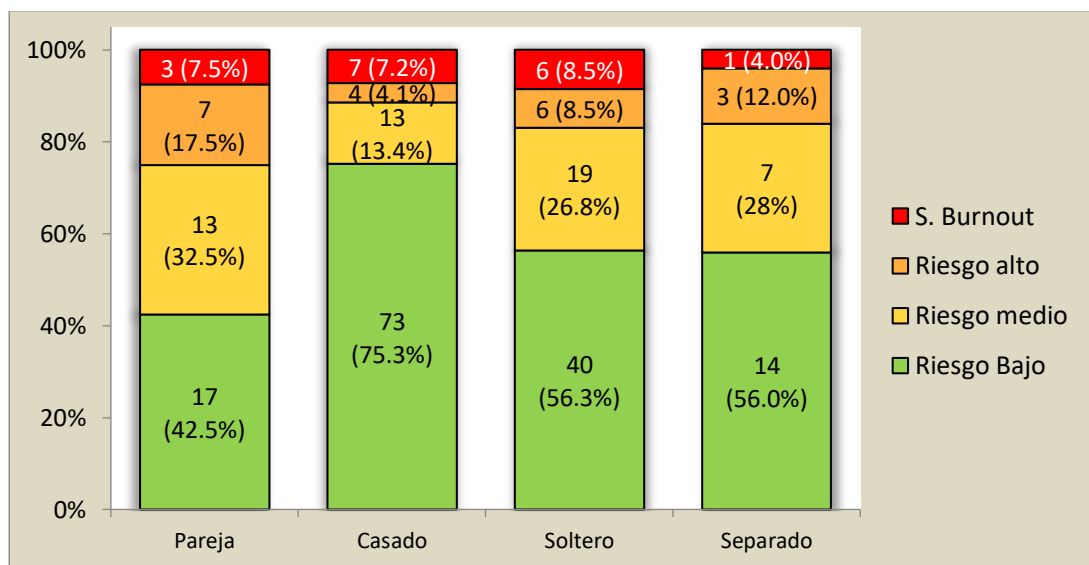


Gráfico 9- Síndrome de Burnout y riesgo según estado civil.

Síndrome de Burnout y riesgo según cantidad de hijos.

Las diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout según cantidad de hijos no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0,627$), aunque se observaron mayores riesgos para quienes no tenían hijos, tal como puede verse en el gráfico 10.

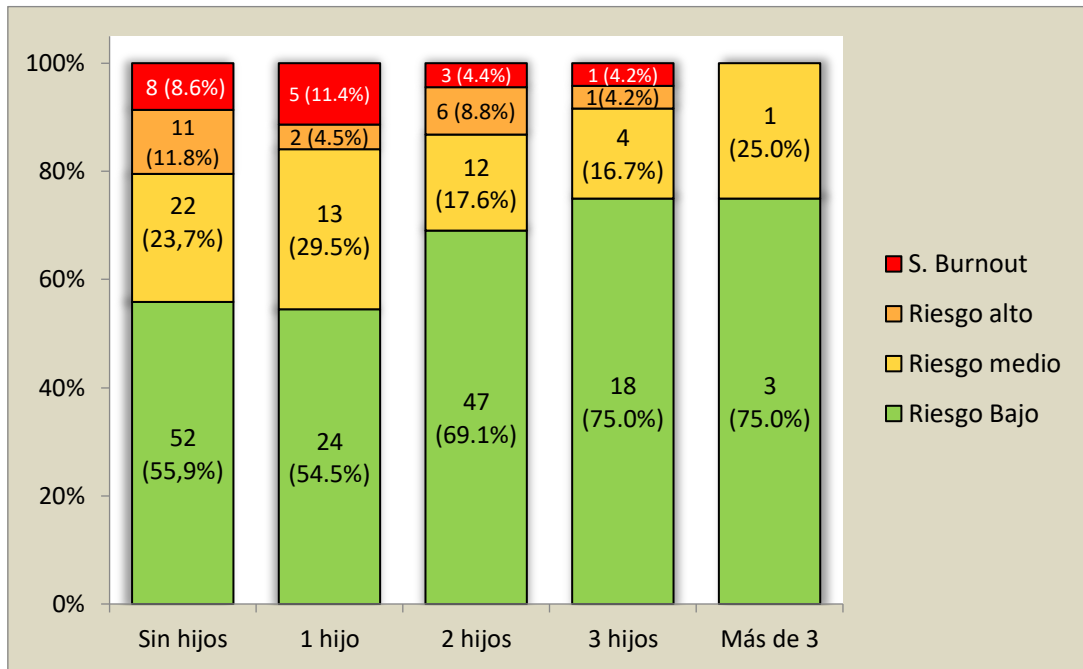


Gráfico 10.- Síndrome de Burnout según cantidad de hijos. Chi cuadrado de Pearson: valor=9,874; $p=0,627$; $p > 0,05$.

Síndrome de Burnout y riesgo según especialidad que realiza.

Las diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout según la especialidad, resultaron estadísticamente significativas, $p=0,020$, donde quienes presentaron mayores porcentajes de síndrome fueron quienes hacen Cirugía (15,4%) y Ortodoncia (15, 8%), tal como puede verse en la tabla 16 y gráfico 11.

Especialidad	Síndrome de Burnout y Riesgo (n, %)				N Total (Cat. Especial.)
	Bajo	Medio	Alto	S Burnout	
General	59 60,2%	25 25,5%	7 7,1%	7 7,1%	98 42,1%
Prótesis	17 89,5%	1 5,3%	0 0,0%	1 5,3%	19 8,2%
Endodoncia	15 57,7%	5 19,2%	5 19,2%	1 3,8%	26 11,2%
Cirugía	11 42,3%	5 19,2%	6 23,1%	4 15,4%	26 11,2%
Pediatría	20 71,4%	7 25,0%	0 0,0%	1 3,6%	28 12,0%
Ortodoncia	15 52,6%	9 31,6%	0 0,0%	4 15,8%	28 8,2%
Periodoncia	6 75,0%	2 25,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 3,4%
Operatoria	4 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 1,7%
Estomatología	2 40,0%	1 20,0%	2 40,0%	0 0,0%	5 2,1%
Total	144 61,8%	52 22,3%	20 8,6%	17 7,3%	233 100,0%

Chi cuadrado de Pearson: valor=40,189; $p=0,020$; $p<0,05$

Tabla 16.- Síndrome de Burnout según especialidad.

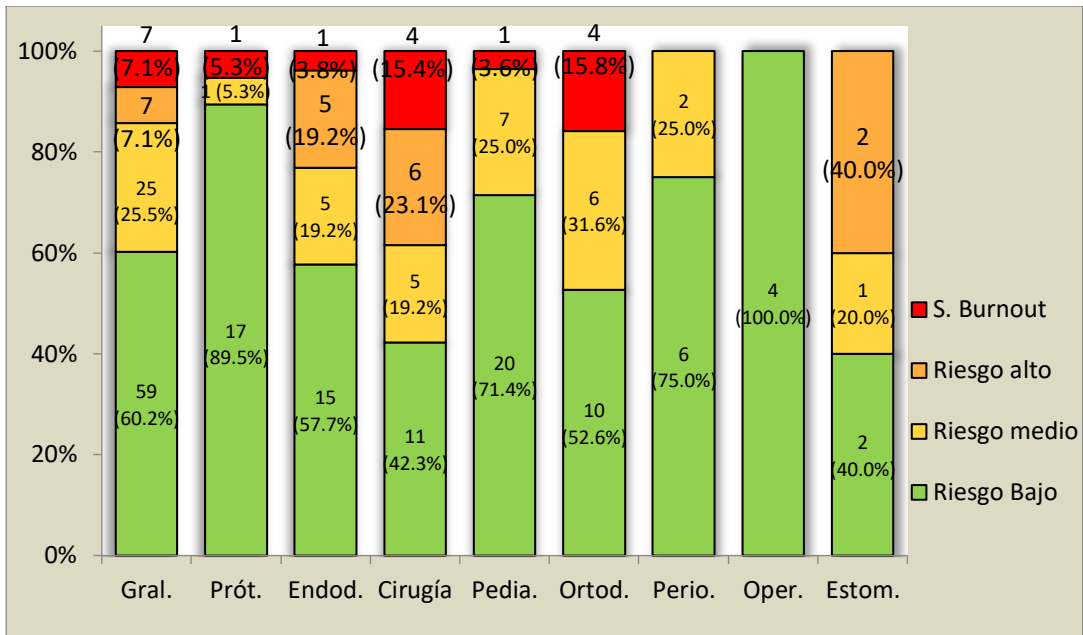


Gráfico 11.- Porcentajes de casos con síndrome y riesgo según especialidad.

Síndrome de Burnout y riesgo según “otro trabajo”.

Las diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout según tenga o no otro trabajo el profesional odontólogo no resultaron estadísticamente significativas ($p=0,057$). Aunque el grupo “con otro trabajo” registró un alto porcentaje de riesgo, 9,1% tal como puede verse en el gráfico 12.

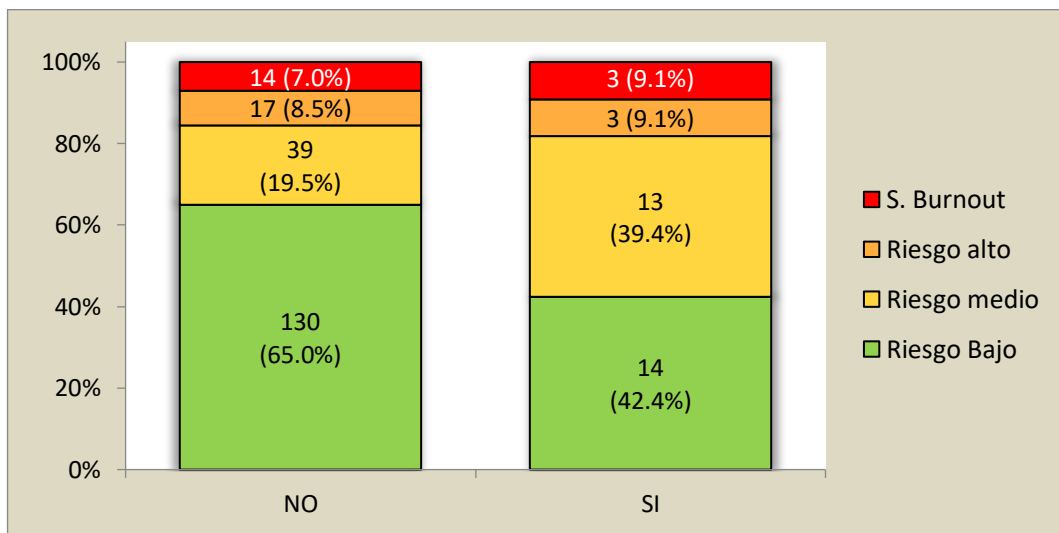


Gráfico 12.- Síndrome de Burnout según si ejercía “otro trabajo.”

Síndrome de Burnout según y riesgo según años de ejercicio profesional.

Las diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout según años de ejercicio profesional no resultaron estadísticamente significativas ($p=0,227$). Se observa una tendencia a disminuir el riesgo con el tiempo, si se consideran los porcentajes de bajo riesgo: 54,4% para la categoría de 1 a 10 años de ejercicio; de 65% para el de 10 a 20 años, de 64% para el de 20 a 30 años y finalmente 83,3% para la categoría de más de 30 años, tal como puede verse en el gráfico 13.

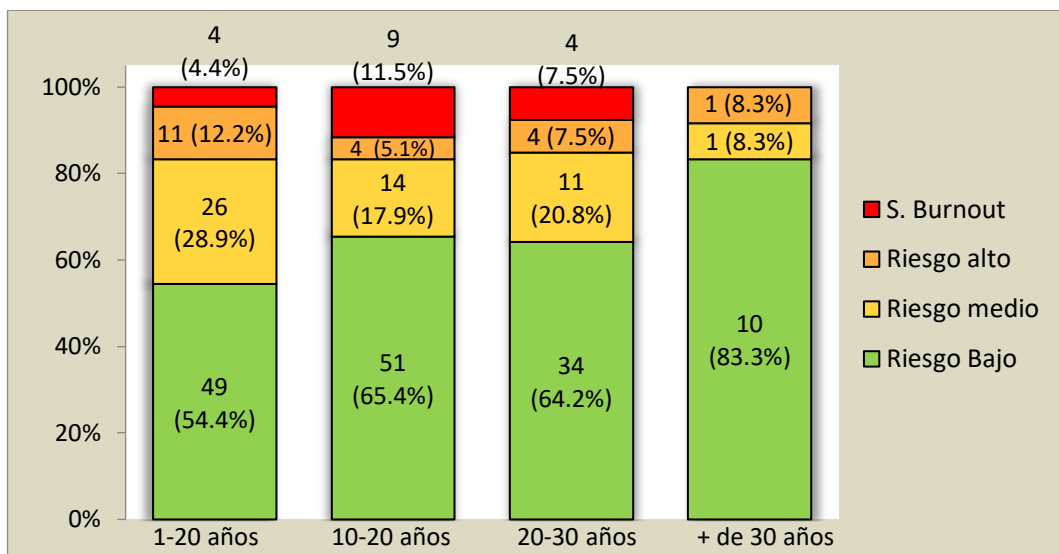


Gráfico 13.- Síndrome de Burnout según años de ejercicio. Chi cuadrado de Pearson: valor=11,763; $p=0,227$; $p>0,05$.

Análisis de los efectos de los diversos factores sobre el S. de Burnout.

Se diseñó un modelo de regresión logística ordinal (método automatizado) para determinar en qué medida las variables evaluadas incrementan el riesgo de Síndrome de Burnout.

El único factor que resultó estadísticamente significativo en este análisis global fue la especialidad del profesional, pero también se sugiere considerar relevantes los factores otro trabajo y estado civil ($p=0,095$ y $p=0,096$ respectivamente).

En la tabla 17 se muestran los factores o variables en orden decreciente de significación.

Factores	Categorías de mayor riesgo	Estadístico de Wald	Sig. (p-valor)
Especialidad	Cirugía; Ortodoncia	16,170	0,040
Otro trabajo	Si	2,791	0,095
Estado Civil	Pareja	6,334	0,096
Sexo	Varones	0,764	0,382
Años de ejercicio	1 año	2,319	0,509
Ámbito	Privado	1,290	0,525
Grupo Etario	Jóvenes	0,239	0,625
Cantidad de Hijos	0 y 1 hijo	1,073	0,898

Tabla 17. Resumen de variables relacionadas con el Síndrome de Burnout.

Discusión.

Un 7,3% del total de nuestra población en estudio, presentó Síndrome de Burnout y el 61,8% no lo presenta ni se encuentra en riesgo. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Grau y col.⁽⁵⁴⁾ quienes informan que la prevalencia del síndrome en los profesionales médicos es del 12,1%, en enfermeros el 7,2% y odontólogos el 6%, pero difieren de los resultados obtenidos en Perú⁽⁵⁵⁾, donde un 47% de odontólogos que trabajan en hospitales presentan el síndrome y de otro estudio de Guadalajara, México donde el 52% de los odontólogos encuestados presentaban Síndrome de Burnout⁽⁵⁶⁾.

El análisis comparativo de nuestros resultados con otros estudios realizados en profesionales de la salud, entre ellos odontólogos, se vió dificultado ya que encontramos que muchos autores utilizan diferentes puntos de corte para clasificar, versiones del MBI más cortas u otro rango en la escala Likert.

En cuanto a la fiabilidad y validez del cuestionario de Maslach versión Human Services Survey (MBI-NHSS), hemos obtenido resultados similares en estudios efectuados en profesionales de la salud de diferentes nacionalidades. Hay que considerar, sin embargo, que los factores socio-culturales y económicos pueden influir en los resultados cuando se trata de estudiar un fenómeno como el Síndrome de Burnout.

El promedio de la edad de nuestra población estudiada fue de 38.9 años, Varela-Centelles y col.⁽⁵⁷⁾ de 46,5 y Te Brake⁽⁵⁸⁾ de 45,8. En nuestro estudio de 233 profesionales se obtuvieron valores bajos de CE y altos de RP. Así mismo Centelles y col.⁽⁵⁷⁾ en su muestra de 70 profesionales encontró alto CE y baja RP, sugiriendo que con el paso de los años aumentaría componentes del síndrome, lo cual no se demuestra en nuestro estudio. Te Brake⁽⁵⁸⁾ en su estudio sobre 433 odontólogos, determinó que la DP disminuye con el aumento de la edad, coincidiendo con nuestro trabajo.

La relación entre un mayor nivel de desgaste profesional o Síndrome de Burnout con un determinado género es controvertida, pues en algunos estudios es más prevalente entre los varones y en un número semejante lo es entre las mujeres. Sin embargo en la muestra estudiada en el presente trabajo, no se apreció diferencias significativas entre sexos, a pesar del doble rol que la mujer todavía desempeña en nuestra sociedad. Díaz Romero⁽⁴⁴⁾, estudia una población constituida por 156 odontólogos, de nueve Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal, México, cuyos resultados no mostraron diferencias significativas entre el sexo y su relación con Síndrome de Burnout. Te Brake⁽⁵⁸⁾ en su estudio realizado en profesionales holandeses

encontró que los odontólogos varones reportaron una puntuación más alta en la dimensión de DP del MBI que las mujeres. No así, en las dimensiones CE y RP donde no encontró diferencias de género. Albanesi⁽⁴⁸⁾ y col. en su estudio realizado en odontólogos de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, establecieron comparaciones en relación al sexo de los integrantes de la muestra, se pudo detectar que el grupo de mujeres presentó las puntuaciones más elevadas en DP, pero no existió diferencias estadísticas en las sub escalas de CE y RP. Así mismo, Casán⁽⁵¹⁾ en su estudio realizado en la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, determinó que el sexo femenino está más afectado en lo emocional. Marucco y col.⁽⁴⁸⁾ determinaron en su estudio de Síndrome de Burnout en odontólogos, realizado en seis hospitales públicos en la provincia de Buenos Aires, Argentina, que existe diferencia entre los porcentajes sexo y la sub escala CE, estando más afectado el sexo femenino. Oliveira⁽⁵⁹⁾ en Brasil, Gorter y col.⁽⁶⁰⁾ en Irlanda y Choy⁽⁴¹⁾ en Hong Kong no encontraron diferencias significativas entre el sexo y el Síndrome de Burnout de los odontólogos que participaron. En el presente estudio, las diferencias en los porcentajes de los encuestados con Síndrome de Burnout entre los grupos etarios en que se dividió la muestra (23-43 y 44-66 años), no resultaron estadísticamente significativas. Varela-Centelles y col.⁽⁵⁷⁾ en su estudio realizado sobre odontólogos de atención primaria del servicio de salud pública de Galicia, no encuentra diferencias estadísticas entre las edades ni tampoco Gorter y col. ⁽⁶⁰⁾ utilizaron el MBI en una muestra de odontólogos en Irlanda del Norte. Sin embargo, Castañeda Aguilera⁽⁵⁶⁾ encontró con mayor número de casos con Síndrome de Burnout en el grupo de más de 40 años. Albanesi⁽⁴⁸⁾ pudo observar que las puntuaciones más elevadas la presentaron los sujetos cuyas edades están comprendidas entre 24-40 años en la sub escala CE y DP, pero en la RP los sujetos cuyas edades están comprendidas entre 41 y 55 años presentaron puntuaciones más elevadas.

Las diferencias en los porcentajes de la muestra con Síndrome de Burnout según estado civil resultaron estadísticamente significativas. El grupo de casados registró porcentajes con un menor riesgo a enfermarse, los separados presentaron menor porcentaje de afectados por el Síndrome de Burnout. Varela-Centelles y col.⁽⁵⁷⁾ encuentran, similar a los resultados del presente estudio, diferencias en la prevalencia del síndrome en función del estado civil, identificando a la familia y al matrimonio como factores amortiguadores. Por el contrario, Oliveira⁽⁵⁹⁾ no obtuvo una asociación significativa entre el estado civil y las sub escalas de Burnout.

Observamos que las diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout según cantidad de hijos no resultaron estadísticamente significativas, se observaron mayores riesgos para los sin hijos y con un solo hijo. Estos datos coinciden con estudios de Alemany Martínez y col.⁽³⁵⁾ que concluyen que el perfil de un individuo con riesgo de "quemarse" es un varón, por debajo de los 30 años, soltero, sin hijos. Sin embargo, Castañeda Aguilera⁽⁵⁶⁾ determinó que los principales factores de riesgo son el ser varón, mayor de 40 años, sin pareja estable o con más de 15 años con pareja y el no tener hijos. En nuestro estudio encontramos que los odontólogos cuya especialidad es la Cirugía u Ortodoncia, son quienes presentan mayores porcentajes de Síndrome de Burnout, resultando las diferencias estadísticamente significativas en relación a las demás especialidades. Los encuestados que se dedican a la Estomatología, también presentaron un alto porcentaje de riesgo. Alemany Martínez y col.⁽³⁵⁾ observaron también niveles significativamente más altos de "burnout" en la especialidad Cirugía Bucal, como consecuencia de las puntuaciones altas en la sub escala de DP.

Las diferencias en los porcentajes de los encuestados, con Síndrome de Burnout según desempeño o no otro trabajo por fuera de su profesión, no resultaron estadísticamente significativas en nuestro trabajo. Aunque el grupo "con otro trabajo" registró un alto porcentaje de riesgo. Aunque Castañeda Aguilera⁽⁵⁶⁾ encontró afectados por Síndrome de Burnout el 52% los odontólogos encuestados, siendo alguno de los factores de riesgo: trabajar en una institución pública, ser especialista y tener otro trabajo. Choy⁽⁴¹⁾ encontró un alto agotamiento en aquellos odontólogos que no poseen título de pos grado.

Si bien en nuestros resultados las diferencias en los porcentajes con Síndrome de Burnout según años de ejercicio profesional no resultaron estadísticamente significativas, se observa una tendencia a disminuir el riesgo con el tiempo, coincidente con Marucco M. y col.⁽⁴⁶⁾ en su estudio efectuado en odontólogos. Varela-Centelles y col.⁽⁵⁷⁾ y Oliveira⁽⁵⁹⁾ no han observado diferencias significativas en ninguna de las sub escalas que conforman el Síndrome de Burnout, en función de los años de ejercicio profesional.

Al estudiar individualmente las tres sub escalas que integran el síndrome, encontramos que más de la mitad de los encuestados presentan bajos niveles de Cansancio Emocional y de Despersonalización, respectivamente el 22,3% y el 29,6 % obtienen valores altos de afectación. Un estudio llevado a cabo en odontólogos de San Pablo, Brasil por Oliveira⁽⁵⁹⁾, obtuvo un 64% de bajo CE y 74% para DP, Gorter y col. en Irlanda que tiene un 26% de valores altos para CE y DP y 16% baja RP ⁽⁶⁰⁾ y Varela-Centelles en Galicia con más del 50 % de la muestra con alto CE y DP. ⁽⁵⁷⁾

En el análisis de la realización personal obtuvimos valores bajos en el 24,5 % y altos en el 49,4 %, siendo muy diferentes a la baja RP, solo el 4% que informó Oliveira⁽⁵⁹⁾ y los 37% que presenta Varela-Centelles y col.⁽⁵⁷⁾

Al realizar la correlación entre CE y DP, observamos que a mayor CE mayor nivel de DP, mientras que la correlación entre CE y RP es inversa, siendo este análisis similar al propuesto en su estudio Te Brake⁽⁵⁸⁾. El tercer análisis entre DP y RP determinó que a mayor nivel de DP menor RP. Oliveira⁽⁵⁹⁾ informa que la correlación entre CE y DP fue positivo, representa una tendencia que los individuos que reciben altas puntuaciones en uno de ellos, lo obtienen en el otro. También se encontró una correlación negativa entre el CE y RP y entre DP y RP, la que indica que los encuestados con puntuaciones altas de CE y DP tienen bajos puntajes de RP.

Este estudio se realizó sobre odontólogos que trabajan en diferentes ámbitos: aquellos que lo hacen en el sector de la salud pública, en el sector privado y en ambos sectores. Al relacionar la variable ámbito laboral con cada una de las tres sub escalas que integran el Síndrome de Burnout, los porcentajes de casos con puntuaciones altas de CE fueron valores cercanos al 22%, semejantes para las tres categorías de ámbito (público, mixto y privado), con diferencias en las categorías media y baja, aunque éstas no resultaron estadísticamente significativas, el mayor porcentaje dentro del rango bajo de valores de CE lo obtuvo el ámbito privado (59,3%) coincidente con el trabajo de Oliveira⁽⁵⁹⁾.

Se observó que en la DP y su relación con el ámbito laboral (público, mixto y privado), los porcentajes de casos con puntuaciones altas fueron diferentes para las tres categorías de ámbito, aunque éstas no resultaron estadísticamente significativas, el ámbito privado registró el mayor porcentaje y el más bajo para el ámbito público. Los porcentajes de casos con puntuaciones bajas de RP fueron diferentes para las tres categorías de ámbito laboral, el que registró el menor porcentaje fue el ámbito mixto (público/privado): 13,3%, en cambio el público y privado porcentajes cercanos al 30%.

Varela-Centelles y col.⁽⁵⁷⁾ encontraron que no hay diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de vinculación contractual o el ámbito de ejercicio profesional, el 37% de los odontólogos que trabajan en el servicio público de salud de Galicia, poseen bajos valores de RP.

Del análisis teórico de las dimensiones del Síndrome de Burnout extraemos que una de sus características es el trato despersonalizado del trabajador hacia el usuario. Se trata, por tanto, de un bloqueo de las habilidades sociales y de las capacidades empáticas para evitar sufrir un agotamiento emocional. Martínez⁽⁶¹⁾ en su estudio de empatía y Síndrome

de Burnout determinó que existe correlación estadística, donde a menor empatía mayor DP. Vecchia⁽⁶²⁾ establece que la empatía es un atributo esencial para ejercer la medicina, es posible porque confluyen factores biológicos, psicológicos y experienciales. La pérdida de la empatía se debe, entre múltiples factores, a la presencia del Síndrome de Burnout.

Conclusiones.

- Si bien en este estudio el porcentaje de odontólogos afectados por Síndrome de Burnout resultó bajo, 7%, un 30% de las personas encuestadas se encuentran en riesgo.
- El ámbito laboral donde el odontólogo desarrolle su profesión, sea en salud pública, privado o ambos, no tiene relación con Síndrome de Burnout; solo podemos observar un mayor riesgo de padecerlo, dentro del grupo que trabaja con exclusividad en el ámbito privado .
- De todas las variables analizadas, el estado civil y la especialidad Cirugía, resultaron estadísticamente significativas.
- Se debe trabajar sobre aquellas personas que están en riesgo de contraer el síndrome, siendo necesario modificar las condiciones laborales que alteran el medio ambiente.

Retomando los conceptos desarrollados, donde se puede prevenir la aparición de factores estresantes intra-laborales, a continuación sugerimos algunas recomendaciones:

1. Que cada trabajador conozca la posibilidad de enfermarse por estrés laboral y pueda reconocer el desgaste propio, especialmente en aquellas disciplinas odontológicas más afectadas.
2. Al gestionar, hacerlo de manera clara y empática.
3. El generar objetivos de trabajo y metas claras, permite manejar las situaciones de tensión.
4. Aprender a establecer prioridades, diferenciando lo urgente de lo importante y tener capacidad de delegar.
5. Adquirir hábitos organizados.
6. Reconocer errores, no tratar de encubrirlos, hacer lo necesario para corregirlos.

Bibliografía.

1. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI (2016). *Derecho al trabajo sin discriminación*. 1ª Edición: 55
2. Organización Internacional del Trabajo.(2016). *Organización Internacional del Trabajo- OIT*. Estrés en el Trabajo:un reto colectivo.
3. OMS (1994). Staff burnout. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. *Division of Mental health*. Geneve.
4. Selye H. (1998). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Journal of Neuropsychiatry*, 10(2): 230-231.
5. Neylan T. (1998). Hans Selye and the Field of Stress Research. *Journal of Neuropsychiatry*, 10(2): 230-231.
6. Duval F., Gonzalez F. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4): 307-318.
7. Peiro, J. (1993).Desencadenantes del estrés laboral.
www.researchgate.net/publication/228786101_Desencadenantes_del_estres_laboral.
8. Stavroula L. OMS. (2004). La Organización del Trabajo y el estrés. N°3.
9. Vieco Gómez F., Abello Llanos R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 354-385.
10. Rodríguez Carvajal R., Hermosilla S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del trabajo*.

11. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (1994). *Fisiología del estrés*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, Instituto Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo, España.
12. Aguayo Gonzalez F., Lama Ruiz J. (1996). Estrés ocupacional: una perspectiva ergonómica y su proyección en el diseño organizacional. *Mapfre Seguridad*, 21-31.
13. Cary L Cooper, U. R. (1989). Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *BMJ : British Medical Journal*, 298: 366-370.
14. Stravoula L., Griffiths A., Cox T.(2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Nottingham, Reino Unido.
15. Acevedo G.E., Farias M. A. y otros (2013). Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitales públicos provinciales de la Ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Salud Pública*, 17(4): 8-20.
16. *Secretaría de Trabajo y Previsión Social-STPS* México. Consultado el 12 de setiembre de 2016, de <http://www.gob.mx>.
17. Ashby K., Mahdon M. (2010). *Why do employees come to work when ill?*The Work Foundation and AXA PPP Healthcare, Londres.
18. Gil Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2):169-173.
19. Trontin C., Lassange M., Boini S. Rinal S. (2010). Le coût du stress professionnel en France en 2007. *Institut National de Recherche et de Sécurité*.
20. Garcés de los Fallos Ruiz, M. C. (2001). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo . *Anales de psicología*, 169-180.
21. Maslach C., Schaufeli W. Leiter M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52:397-422.

22. Maslach C., Leiter M. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. (Oxford:Elseiver, Ed.) *Occupational Stress and Well-Being*, 3: 91-134.
23. Cordes C., Dougherty T. (1993). A Review And An Integration Of Research On Job Burnout. *The Academy of Management Review*, 18(4): 621 – 657.
24. Maslach C., Jackson S.E. (1981). MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
25. Neffa J. (2015) *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Buenos Aires.
26. Contreras Y., Suarez Vega D. (2013). *Síndrome de Burnout: Comparación entre alumnos y profesor-odontólogo en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes*. Recuperado el 13 de diciembre de 2014, de <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/4409/4187>.
27. Hernández J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. *Revista Cubana Salud Pública* 2, 292: 103-110.
28. Maslach C., Leiter M. (2005). Stress and burnout: The critical research. *Handbook of stress medicine and health, 2nd ed.*, 153-170.
29. Maslach C., Jackson S.E. (1982). Burnout in health professions: A Social psychological analysis. *Social psychology of health and Illness*. Hillsdale, Erlbaum.
30. Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. no 112. Septiembre. 2010.
31. Maslach C., Leiter M. (2009). Measuring burnout. *The Oxford handbook of organizational well-being*. 86-108.

32. Gallegos Alvarez E., Fernandez Rios L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Revista Asociacion Española de Neuropsiquiatría*. 11(39): 257-265.
33. Divaris K, Lai C. y otros (2012). Stress and burnout among Swiss dental residents. *Research and Science* , 369-74.
34. Robles Velásquez R., Cáceres Gutierrez L. (2010). Síndrome Burnout en cirujanos dentistas de hospitales de Lima Metropolitana. *Odontología Sanmarquina* , 13(1):7-10.
35. Alemany Martínez A., Berini Aytés L., Gay Escoda C. (2008). The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 1(13): 444-50.
36. Mondol M. (2008). Análisis de la prevalencia del Síndrome de Burnout en los odontólogos y sus repercusiones en la salud del profesional y en la atención bucodental del Servicio de Odontología en la Clínica Carlos Durán durante el periodo agosto-noviembre de 2007. San José, Costa Rica.
37. Marruco M. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en odontólogos residentes en seis hospitales de la Provincia de Buenos Aires. *Revista Asociación Odontológica Argentina*, 96(1): 49-52.
38. Castañeda Aguilera E., García de Alba J. (2012). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (Burnout) en odontólogos mexicanos del sector educativo y privado. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 58(228): 246-260.
39. Peterson U., Barnstrom G., Demerouti E. (2008). Work characteristics and sickness absence in burnout and non-burnout groups: A study of Swedish health care workers. *International Journal of Stress Management*, 153-172.

40. Ayers K.M., Tomson W., Newton J., Rich A (2008). Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. *Occup Med* , 58(4): 275-81.
41. Choy Hb., Wong MCM.(2017) Occupational stress and burnout among Hong Kong dentists. *Hong Kong Medical Journal*. 23(5): 480-488.
42. Jugale PV., Mallaiah P., Krishnamurthy A., Sangha R. Burnout and Work Engagement Among Dental Practitioners in Bangalore City: A Cross-Sectional Study. (2016). *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 63-67.
43. Arias Gallegos, Walter L. et al. Síndrome de Burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). (2017). *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(249), 331-344.
44. Díaz Romero R., Perez Romero E. (2006). Desgaste profesional en un grupo de odontólogos. *Revista ADM*, 63(3): 220-224.
45. Reyes J., Soloaga G., Pérez Quintana P. y otros (2007). El Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del Hospital “Juan Ramón Gomez” de la localidad de Santa Lucia, Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*(167).
46. Marucco M., Gil-Monte P., Morandi C., Velásquez L., Flamenco E. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en odontólogos residentes en seis hospitales de la Pcia. de Buenos Aires. *Revista de la Asociación Odontológica Argentina*.96(1):49-52.
47. Marucco M. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout y estrategias preventivas en profesionales de la salud un hospital general del conurbano bonaerense. Informe ejecutivo, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
48. Albanesi de Nasetta S., Tifner S., Nasetta J. (2006). Estrés en Odontología. *Acta Odontológica Venezolana*, 44(3): 310-315.

49. Casan E., Gómez de Ferraris M., Rico, Simbrón A. (2011). Identificación del síndrome del estrés en docentes de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. *Revista Actualidad Médica*, 96(783): 38-43.
50. Olivares V., Gil Monte P. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory". *Revista Ciencia & Trabajo*, 11(31): 160-167.
51. Maslach C., Jackson S.E. (1986). The Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, Consulting Psychologists Press (Versión Española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero).
52. Caballero M., Bermejo Fernández F., Nieto Gómez R.(2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud.*Atención Primaria*. 27(5): 313-316.
53. Moreno B., Oliver C., Pastor, J. C., Aragonese A.(1991) El Burnout, una forma específica de estrés laboral. *Manual de Psicología Clínica Aplicada.*, 271-284.
54. Grau A., Flichtentrei D., Rosa Suñer S.(2009). El Síndrome Burnout en médicos hispanoamericanos. *Revista Española de Salud Pública*. 83(2): 215-230.
55. Robles Velásquez R., Cáceres Gutiérrez L.(2014). Síndrome Burnout en cirujanos dentistas de hospitales de Lima Metropolitana. *Revista Odontología Sanmarquina*. 13(1): 7-10. ISSN 1609-8617.
56. Castañeda Aguilera E., García de Alba J. (2013). Prevalencia del Síndrome de agotamiento profesional (burnout) en odontólogos de una institución educativa y de salud, en la ciudad de Guadalajara, México, en 2012. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*.24(2):267-288.
57. Varela-Centelles P., Fontao L., Martínez González A.(2005).Professional burnout in dentists and stomatologists of the Galician Health Service. *Aten. Primaria*.35(6):301-305.

58. Te Brake H., Bloemendal E., Hoogstraten J. (2003). Gender differences in Burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol.* 31: 321-327.
59. Oliveira R, Slavutzky S. (2001).A Síndrome de Burnout nos cirurgiões-dentistas de Porto Alegre, RS. *Revista Faculdade Odonto.* Porto Alegre, 43 (2): 45-50
60. Gorter R., Freeman R. (2010). Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol.* 39(1):87-95.
61. Martínez J., Méndez I., García-Sevilla J.(2015). Burnout y empatía en cuidadores profesionales de personas mayores. Universidad de Murcia European. *Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.* 5(3):325-333.
62. Vecchia C.(2016). Empatía, burnout... y competencia profesional. Algunas reflexiones.*Archivo Argentino de Pediatría.* 114(5):458-471.
63. Clausi A., Torales E., Czernik G., Almirón L.(2007). Estrés asistencial y laboral en un Servicio Hospitalario de Clínica Médica de la ciudad de Corrientes. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* 13(4):30 -39.
64. Neira C.(2004). Cuando se enferman los que curan. Estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud. Buenos Aires: Gambacop.
65. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBIHSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica,* 13(1), 145-159.
66. Zaldúa G., Lodieu. M. El Síndrome de Burnout. El desgaste profesional de los trabajadores de la salud. (Dunken, Ed.)
67. OMS (2000). *The World Health Report 2000.* Health systems: Improving performance. Disponible en: URL: <http://www.who.int/whr>

68. Gil Monte P., Peiró J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. . *Psicothema*, 11(3): 679-689.
69. Gil Monte P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44(1): 33-40.
70. Szabo S., Tache Y., Somogyi A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of Nature. *Stress*, 15(5): 472-478.
71. Tobal J.J., C. V. (2005). *Estrés y Trabajo*. Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública. Sevilla: Arco Tirado.
72. Dougherty, Cordes C. (1993). A review and an integration of research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*.18 (4): 621-656.
73. Visoso A., Sanchez Reyna P., Montiel Bastida N.(2012). Síndrome de Burnout en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México: un Estudio Comparativo . *Int. J. Odontostomat* , 6(2): 129-138 .
74. De la Cruz S., Vaquero Abellan M. (2015). Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.23(3): 543-552.
75. Puriene A., Janulyte V., Musteikyte M., Bendinskaite R. (2007). General health of dentists. Literature review. *Stomatologia*.9(1):10-20.
76. Brenninkmeijer V. (2003). How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research . *Occupational Environmental Medical*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014, http://oem.bmj.com/content/60/suppl_1/i16.full.pdf+html
77. Wolfberg E. (2002). La salud de los profesionales de la salud: riesgos y

prevención” en *Prevención en Salud Mental. American Medical Association . Council on Mental Health, The sick physician, 1973.*

Anexo.

Consentimiento Informado

Versión 01-2016

Usted ha sido invitado a participar en este proyecto de Tesis de Maestría en Gerencia y Administración en Servicios de Salud, denominada “Síndrome de Burnout en Odontólogos de la Ciudad de Córdoba”. La misma es realizada por el Od. Mauricio Navarro y dirigida por Dra. Od. Rosana A. Morelato (Res. N° 337-HCD Fac. de Ciencias Médicas).

La siguiente información describe el estudio y su rol como participante. Por favor, tómese su tiempo para decidir lo que va a hacer, lea atentamente y no dude en hacer las preguntas que necesite acerca de la información que se le proporciona. Es importante que sepa que no significará ningún costo extra para Ud, que no se corre riesgo alguno por la participación en el proyecto y que recibirá por escrito los resultados obtenidos. Ante cualquier otra duda puede comunicarse directamente con el investigador responsable.¹

¿Por qué se está haciendo este estudio?

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, considerado un problema de salud pública. Al parecer prevalece en los trabajadores del área de la salud, incluidos los odontólogos, por la fatiga que genera el trabajo con los pacientes.

Objetivo

1. Determinar el grado de Burnout que presentan una muestra de odontólogos en la Ciudad de Córdoba.

¿Qué se me pedirá que haga?

Lo primero que se realizará es entregarle el consentimiento informado escrito (Versión 01-2016) donde se detalla objetivos, materiales y métodos de este proyecto de investigación, se les explicará de forma oral las dudas que presenten, se les aclarará la confidencialidad y anonimato de las encuestas. En caso de obtener su autorización a participar, se le entregará el cuestionario (Maslach Burnout Inventory) traducido al español, el cual es llenado por ud. y anónimo. El mismo consta de dos partes: La primera recauda información de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, cantidad de hijos) y laborales. Como segunda parte, consta de 22 ítems que evalúan tres variables del síndrome de estrés laboral: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Falta de Realización personal en el trabajo (RP).

¿Dónde se llevará a cabo el procedimiento?

Se realizará la encuesta en los odontólogos de la Ciudad de Córdoba, que trabajan en la Facultad de odontología y Secretaría de Asuntos Estudiantiles, Universidad Nacional de Córdoba, y todos aquellos odontólogos que realizan actividades de en dichos establecimientos.

Confidencialidad:

Se le informa que los datos obtenidos durante su atención serán confidenciales, y dentro de las leyes y/o regulaciones aplicables, no se harán de conocimiento público, asegurándose su privacidad, amparados por la Ley Nacional de Hábeas Data 25326/2000 (ley de protección de datos personales).

Agradecemos desde ya su predisposición a colaborar y recuerde que ud. a participado en forma voluntaria, anónima y gratuita, sin percibir compensación alguna, excepto los resultados del diagnóstico realizado y conclusiones finales de este trabajo de tesis. Usted puede negarse a participar.¹²

Confirmo que he explicado la naturaleza y objetivo del presente estudio, habiendo entregado al participante una copia completa de este documento informado que se obtiene en hoja aparte.

1 Para cualquier consulta comunicarse con Od. Mauricio Navarro, teléfono 0351-483600 o Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba teléfono 4333033/32.

2 Comité Académico de Investigación en Salud de Facultad de Odontología-UNC- teléfono 4333033/32.

Tesis de Maestría en Gerencia y Administración en Servicios de Salud, denominada “Síndrome de Burnout en odontólogos de la Ciudad de Córdoba”.

Cuestionario Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS).

Este cuestionario es auto administrado y anónimo, llenado por el profesional odontólogo.

1-Ámbito en que Ud. ejerce su profesión (marque donde corresponda):

- Privado: Barrio donde se ubica.....
- Público : Nombre de la Institución pública y barrio
- Público y Privado: Nombre de la Institución pública y barrio

2- Edad:

3- Años de ejercicio profesional: 1 a 10 10-20 20-30 mas de 30

4- Sexo: M - F

4-Estado civil : Casado/a Soltero/a Viudo/a Separado/a En Pareja

5- Cantidad de hijos: No posee 1 2 3 mas de 3

7-Especialidad odontológica a la que se dedica.....

8-Posee algún otro trabajo remunerado por fuera de su profesión: SI No

9- Coloque en respuesta a cada uno de los 22 enunciados a continuación , del 0 al 6 en el espacio vacío a la derecha de cada ítem. (0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.)

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo mis problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	