

Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) en una institución del sector salud

Professional Burnout Syndrome (PBS) in a health sector institution

Alicia Casique Guerrero*, Francisco Javier López Chanez*

RESUMEN

La investigación que da origen al presente artículo es descriptiva y comparativa, y su principal propósito fue determinar la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) en una población integrada por 120 médicos que prestan sus servicios en una clínica-hospital particular Pyme del estado de Guanajuato. El instrumento utilizado fue el cuestionario del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), adaptado al español por Seisdedos (1997), el cual considera los factores: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). El proceso de la información se basó en estadística descriptiva, coeficientes de correlación y pruebas de significancia, calculados a través del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 15 para *Windows*. Los resultados permitieron hallar relaciones entre el nivel de prevalencia del SDP y las variables: género, edad, estado civil, años de servicio, número de empleos y la cantidad de horas trabajadas.

ABSTRACT

The research that produced this article is descriptive and comparative, and its main purpose is to determine the prevalence of Professional Burnout Syndrome (PBS) in a population composed of 120 physicians who provide services in a private SME status clinic-hospital of the State of Guanajuato, Mexico. The method used is based on the Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire, translated into Spanish by Seisdedos (1997), which considers factors such as emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and personal accomplishment (PA). Processing of the obtained data was done using descriptive statistics, specifically correlation coefficients and significance tests that were calculated using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 15 for Windows. The results yield relationship between the prevalence of (PBS) and the following variables; gender, age, marital status, years of service, number of jobs or number of hours worked.

Recibido: 23 de julio de 2013

Aceptado: 2 de agosto de 2013

Palabras clave:

Síndrome de desgaste profesional; Maslach Burnout Inventory (MBI); médicos.

Keywords:

Professional Burnout Syndrome; Maslach Burnout Inventory (MBI); Medical.

Cómo citar:

Casique Guerrero, A. & López Chanez, F. J. (2014). Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) en una institución del sector salud. *Acta Universitaria*, 24(NE-1), 81-86. doi: 10.15174/au.2014.711

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o Síndrome de Burnout se estudió por primera vez por el psiquiatra Herbert J. Freudenberg (1974), cuando trabajaba en una clínica de salud ubicada en la ciudad de Nueva York. No obstante, se considera que el estudio sistematizado del SDP con los trabajos realizados por Maslach & Jackson (1979), debido a la aparición del primer instrumento estandarizado que impulsó la investigación y la construcción de una base empírica sobre este síndrome.

Maslach, Schaufeli & Marek (1993) señalan que desde el momento en que el SDP surge como “un problema del mundo real”, incapaz de ser encuadrado en alguno de los modelos teóricos existentes, se generó la necesidad de abordarlo con técnicas de investigación empírica, a partir de la década de los años setenta, con el propósito de definirlo como un objeto de estudio independiente.

* Instituto Tecnológico de Celaya. Av. Tecnológico y Antonio García Cubas s/n, Celaya, Guanajuato, México. C.P. 38010. Tel.: (461) 61 1 75 75, ext. 5160; fax: (461) 1 79 79. Correos electrónicos: alicia.casique@itcelaya.edu.mx; francisco.lopez@itcelaya.edu.mx

Como señalan Gil-Monte & Peiró (1999), el síndrome era considerado como un trastorno laboral que se presentaba únicamente en las profesiones de ayuda: maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y policías, entre otras, cuyas actividades principales consistían en el trato directo con las personas —médicos, enfermeras, encargados de ventanilla, docentes y estudiantes—; sin embargo, son cada vez más los investigadores que consideran que el SDP puede presentarse también en trabajadores cuyas actividades no necesariamente impliquen el contacto directo con otras personas; e inclusive puede presentarse en los deportes o en la vida familiar.

En los primeros estudios sobre el SDP, se llegaron a identificar dos fases en el desarrollo histórico: fase pionera y fase empírica. La *fase pionera* o *conceptual* tiene el objetivo de describir el fenómeno básico, así como darle un nombre y demostrar que no era una respuesta poco frecuente. Esta primera fase se basó en la experiencia de la gente que trabajaba en los servicios y en el cuidado médico de los pacientes. Más adelante, se identifica la segunda fase llamada *fase empírica*, que logra subrayar la investigación sistematizada y la evaluación cuantitativa del fenómeno más allá de las discusiones clínicas de tipo descriptivo (Maslach *et al.*, 1993).

Entre los primeros investigadores se encuentra Cristina Maslach, quien inició una serie de investigaciones sobre el SDP en el trabajo, centrándose en cómo las personas interpretan sus sentimientos, y cuáles eran las técnicas de afrontamiento que empleaban en caso de experimentar emociones muy intensas. Dicha investigadora halló como resultados dos conceptos provenientes de la literatura médica, de especial interés, porque se integraron como componentes e indicadores del SDP. El primero de ellos, llamado *preocupación desprendida*, referente al ideal médico de equilibrar la compasión con cierta distancia emocional, y el segundo, la llamada *deshumanización en defensa propia*, que implica un proceso de autoprotección contra emociones demasiado intensas al responder a las demandas de los pacientes más como objetos que como personas (Cooper, 1998).

Este mismo autor considera que el SDP constituía un ente con algunas regularidades identificables. Por su parte, Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) planteaban que aquellas ocupaciones orientadas a proporcionar un servicio de cuidado pueden resultar demandantes

y muy exigentes en términos del involucramiento necesario para su desempeño. A partir de este entendimiento, el cansancio emocional constituye una respuesta común a este tipo de ocupación laboral.

Un segundo elemento también emergió de estas entrevistas a partir de la descripción que la gente hacía con respecto a cómo afrontaba los estresores emocionales del trabajo. El moderar la compasión que se siente por los pacientes al mantener cierta distancia emocional era visto como una forma de autoprotección de la intensa excitación emocional que en un momento dado podía interferir con el funcionamiento efectivo en el trabajo. Sin embargo, el distanciamiento excesivo junto con muy poca preocupación parecía orientar al personal hacia un trato negativo, deshumanizado, insensible y hasta cruel con sus pacientes. Así, un desprendimiento excesivo o la despersonalización podía resultar perjudicial tanto para el desempeño en el trabajo como para la calidad del servicio y el trato digno que desean recibir los pacientes de los profesionales de la salud.

El realizar entrevistas y estudios de campo permitió un mejor entendimiento del contexto situacional de la relación que se establece entre la persona que proporciona ayuda y quien la recibe; además de identificar algunos de los factores laborales, como el excesivo número de clientes (sobrecarga cuantitativa de trabajo), la escasez de recursos y la tendencia a hablar con los clientes en términos mucho más generales y abstractos, así como el tomarse breves descansos en condiciones críticas de trabajo (Maslach, 1978).

De entre los instrumentos que intentaban dar respuesta a esta necesidad evolutiva del fenómeno sobresalió el Maslach Burnout Inventory (MBI)¹, fruto de un extenso programa de investigación realizado por Maslach & Jackson (1979), que no sólo confirmó las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, sino que reveló una tercera dimensión: la baja realización personal (Cooper, 1998).

El SDP también es conocido como Síndrome de Estrés Crónico Laboral, Síndrome del Quemado y Síndrome de Burnout (Viloria & Paredes, 2002). Según Maslach & Jackson (1981), este Síndrome de Burnout consta básicamente de tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal.

¹También conocido como *Maslach Desgaste Profesional Inventory*.

El agotamiento emocional es un cansancio físico y psicológico que se manifiesta como la sensación de falta de recursos emocionales y de un sentimiento que invade y domina al trabajador, consistente en que nada puede ofrecer a otras personas a nivel afectivo.

La despersonalización consiste en que el trabajador adopta una serie de actitudes de naturaleza anti-humana, frías, cínicas, negativas y de aislamiento.

La baja realización profesional se caracteriza por baja autoestima, falta de realización personal en el trabajo, sentimiento de falta de logros y de rechazo a sí mismo.

Gil-Monte (2007), citado por Camacho, Juárez & Arias (2008), define el Síndrome de Burnout como una respuesta al estrés crónico característico de profesionales que trabajan realizando actividades de servicio humano; dentro de estas ocupaciones se pueden mencionar médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros, empleados de centros de rehabilitación y policías. El SDP aparece cuando las estrategias de afrontamiento que emplea la persona falla.

Los componentes del SDP son: la pérdida de ilusión en el trabajo, es decir, la pérdida en el trabajador del deseo de alcanzar metas laborales; el desgaste psíquico, es decir, el agotamiento emocional y físico debido a que en su trabajo atienden diariamente a personas que les presentan problemas que deben resolver; la indolencia o presencia de actitudes negativas, de indiferencia y despersonalización hacia los clientes de la institución y en determinados casos sentimientos de culpa por la manifestación de actitudes negativas.

Juárez-García (2007) y Moreno, Morett, Rodríguez & Morante (2006) comentan que entre las variables psicosociales relacionadas con el SDP se han identificado: falta de control sobre el propio trabajo, falta de autonomía, excesiva carga de trabajo, relaciones interpersonales tensas, clima laboral adverso, estilo de liderazgo, escasez de recursos para la realización de las actividades (materiales, herramientas y maquinaria en mal estado), conflictos interpersonales, factores de personalidad (estilos de afrontamiento, autoconcepto, personalidad tipo "A", expectativas personales, control emocional y perfil de *locus* de control), malas relaciones con el jefe inmediato y compañeros de trabajo.

El SDP en la práctica de profesiones, como la enfermería y la medicina, es resultado de distintas variables, como organizacionales (falta de personal, cargas

de trabajo excesivas, rotación de turnos) derivadas de la misma naturaleza del trabajo (tensión que generan los riesgos de salud de los pacientes, preocupación por la vida y atención a las demandas de pacientes y familiares, urgencia por atender rápidamente los casos críticos y escasez de recursos como fármacos, instrumental y otros materiales).

Medición del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP)

Según Camacho, Juárez & Arias (2008), actualmente existen distintas opciones para evaluar el SDP. Ellos han empleado en estudios recientes el *Cuestionario para estudiar la calidad de vida laboral en profesionales de la salud*, obteniendo resultados exitosos de ello. Por otro lado, en estudios realizados en la Universidad Nacional Autónoma de México se ha empleado el SERTSE-1, elaborado por Carmona, Freyre & González (2003) de la Universidad Iberoamericana, citado por Garcés (2005).

Para los propósitos de la presente investigación se consideró adecuado el uso del cuestionario del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), en su adaptación al español realizada por Seisdedos (1997), el cual fue diseñado para estudiar el SDP contemplando las subescalas de cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). El cuestionario consta de 22 ítems tipo *Likert* de seis puntos. El factor CE se evalúa a través de nueve ítems, la DP con cinco y la RP con ocho.

Se consideró necesario establecer la consistencia interna del MBI para cada una de las tres subescalas que lo integran, como se describe a continuación: subescala de CE, ítems: 1, 2, 3, 8, 13, 14, 16 y 20; coeficiente Alpha de Cronbach 0.701; subescala de DP, ítems: 5, 10, 11, 15 y 22; coeficiente Alpha de Cronbach 0.684; y subescala de RP, ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18 y 21; coeficiente Alpha de Cronbach 0.815; obteniéndose un coeficiente Alpha de Cronbach total para el inventario de Maslach de 0.733.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo de septiembre del 2012 a mayo del 2013, siguiendo la metodología correspondiente a un estudio descriptivo, comparativo y transversal, cuyo propósito fue determinar la prevalencia del SDP en una población integrada por 120 médicos, de los cuales

68 de ellos eran de género masculino y 52 de género femenino; con rangos de edad entre 27 años a 59 años, y de servicio de 2 años a 32 años, respectivamente; con relación a sus estado civil, la población estudiada observó una frecuencia de 13 solteros, 84 casados y 23 divorciados; 37 reportaron tener solamente un empleo, 63 dos y 20 tres; de acuerdo con el reporte de horas trabajadas, los hombres laboraban en promedio 74 h a la semana y las mujeres 52 h.

El inventario Maslach para evaluar el SDP se aplicó en una de las salas de juntas de la propia clínica-hospital, conjuntamente con una encuesta orientada a recabar datos demográficos de la población.

La información recabada se procesó mediante el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 18 para *Windows*, basándose en el análisis, en la aplicación de estadística descriptiva, correlaciones y de significancia.

Tabla 1.
Puntajes obtenidos en cada una de las subescalas del MBI con relación a las variables demográficas: género, edad y años de servicio profesional.

		Subescala	Alto	Medio	Bajo
Género	Masculino	CE	35	22	11
		DP	34	18	16
		RP	19	10	39
	Femenino	CE	29	15	8
		DP	32	17	3
		RP	27	13	12
Edad	27-33	CE	3	9	7
		DP	4	6	9
		RP	7	10	2
	34-41	CE	6	19	12
		DP	13	16	8
		RP	8	14	15
	42 a más	CE	30	21	13
		DP	33	23	8
		RP	28	19	17
Años de servicio	< 7	CE	2	13	4
		DP	9	7	3
		RP	7	11	1
	8-16	CE	17	14	6
		DP	19	11	7
		RP	14	19	4
	>17	CE	39	18	7
		DP	35	21	8
		RP	13	24	27

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Los resultados se muestran organizados en tablas para facilitar su presentación, análisis e interpretación.

La tabla 1 muestra cómo se concentra las puntuaciones más altas del MBI en los médicos de género masculino, con mayor edad y años de servicio.

La tabla 2 muestra cómo se concentran las puntuaciones más altas del MBI en los médicos que tienen más de un empleo y, en consecuencia, se ven obligados a laborar por más de 40 horas a la semana.

Como puede apreciarse, en la tabla 3 muestra los resultados obtenidos, así como los valores de "Ji Cuadrado" que son significativos a los niveles de significancia estadística.

La tabla 4 muestra los coeficientes de correlación de Pearson para cada par de variables y su respectivo nivel de significancia estadística.

Tabla 2.
Puntajes obtenidos en cada una de las subescalas del MBI con relación a las variables demográficas: cantidad de horas trabajadas a la semana, estado civil y número de empleos en donde el médico presta sus servicios.

		Subescala	Alto	Medio	Bajo
Cantidad de horas trabajadas a la semana	<40	CE	9	12	16
		DP	13	10	14
		RP	11	13	13
	>40	CE	37	28	18
		DP	32	31	20
		RP	17	27	39
Estado civil	Soltero	CE	3	8	2
		DP	7	5	1
		RP	4	2	7
	Casado	CE	36	29	19
		DP	41	23	20
		RP	39	26	19
Divorciado	CE	12	8	3	
	DP	14	3	6	
	RP	3	9	11	
Número de empleos donde el médico presta sus servicios	1	CE	6	8	23
		DP	9	11	17
		RP	13	12	12
	2	CE	35	21	7
		DP	36	18	9
		RP	24	18	21
	3	CE	15	3	2
		DP	14	5	1
		RP	6	9	5

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.

Puntuaciones promedio en el MBI con relación a cada una de las variables demográficas, con su correspondiente valor de "Ji Cuadrado" y nivel de significancia.

Variable	Promedio de puntuación en MBI	Valor de "ji cuadrado"	Nivel de significancia
Género	Masculino	95.43	6.78
	Femenino	73.29	
Edad	27-33	42.35	6.23
	34-41	58.74	
	42 a más	79.23	
Estado civil	Soltero	47.68	8.13
	Casado	94.32	
Años de servicio	Divorciado	62.25	7.91
	< 7	67.85	
	8-16	72.44	
Número de empleos donde labora	>17	89.76	5.82
	1	59.81	
	2	82.26	
Cantidad de horas trabajadas	3	94.37	7.21
	< 40	54.12	
	> 40	87.63	< 0.05

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.

Coeficientes de correlación entre el puntaje obtenido en el MBI y las variables demográficas.

Variable	MBI	Nivel significancia
Género	r = 0.89	p < 0.05
Edad	r = 0.74	p < 0.05
Estado civil	r = 0.61	p < 0.05
Años de servicio	r = 0.83	p < 0.05
Número de empleos donde laboran	r = 0.79	p < 0.05
Cantidad de horas trabajadas	r = 0.87	p < 0.05

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

Las variables: número de hijos, turno, nivel de estudio, condiciones contractuales y especialidad (médico general, especialista, interno), consideradas en el estudio, no se reportan debido a que los datos obtenidos no fueron significativos.

Los resultados encontrados permitieron identificar las relaciones entre el nivel de prevalencia del SDP y las variables género, edad, estado civil, años de servicio, el número de empleos que tiene el médico y la cantidad de horas trabajadas.

Otros de los resultados significativos lo constituyen los puntajes altos en los tres subfactores: cansancio emocional, despersonalización y realización personal en los médicos de género masculino del grupo con más años de servicio, mayor edad, mayor número de empleos y que laboran, como consecuencia, más de 40 h a la semana.

Los resultados del estudio realizado son consistentes con algunos de los hallados en los reportes de investigación consultados, como los niveles de incidencia en los médicos que laboran en clínicas y hospitales de los sectores privado y público, predominio en los trabajadores de la salud con mayores años de servicio, de género masculino y con excesivas cargas de trabajo (Barrios & Sánchez, 2005; Belcastro, Gold & Hays, 1983; Evans & Fisher, 1993; Fimian & Blanton, 1987; Fimian, Fastenau, Tasher & Cross, 1989; Green & Walkey, 1988; Gold, Balchelor & Michael, 1989, citadas por Viloria & Paredes, 2002; Manza, 1998).

En el presente, los médicos cuyo estado civil es casado reportan una mayor incidencia de SDP a diferencia de los reportes obtenidos de otros estudios.

Los investigadores conjuntamente con los directivos de la clínica-hospital, con base en los resultados, elaboran un programa para la detección y atención temprana del SDP que contemplará los siguientes factores: cargas, sistemas de organización y control del trabajo, establecimiento de criterios para la definición de la duración de la

jornada y asignación de turnos; análisis de los sistemas de pago, rotación de puestos, participación del personal en programas deportivos, de capacitación para el manejo del estrés y demás repercusiones que puedan causar el SDP en los médicos y otros trabajadores de la clínica-hospital, considerando las condiciones y limitantes que sean definidas por los directivos y el sistema de salud pública.

Los autores del presente artículo reconocen que el abordar un problema de salud complejo y multifactorial, como el SDP, demanda un enfoque integral, sistémico que contemple tres niveles de análisis:

1. Factores personales: edad, género, estado civil, integración familiar, años de servicio, especialidad médica, necesidades económicas, satisfacción y expectativas personales.
2. Factores organizacionales y laborales consistentes en: sistemas de organización, horario y turnos de trabajo; condiciones contractuales, naturaleza de las actividades, responsabilidades, disposición de insumos, instrumental y cargas de trabajo.
3. Extraorganizacionales: modelos de organización, políticas, normas y reglamentos dictados por la Secretaría de Salud Pública.

DISCUSIÓN

El interés técnico-científico por el SDP ha crecido en las últimas décadas, debido a que el exceso de trabajo puede originar un estrés crónico laboral, provocando daños a la salud, como gastritis, colitis, estreñimiento, taquicardias y tensión muscular, entre otros (Bosqued, 2005); lo que resulta paradójico es que sean precisamente los profesionales de la salud quienes sufren en sí mismos diversos daños generados por la naturaleza y las exigencias del propio trabajo que realizan (Alonso, 2008).

Por otro lado, es de suma importancia señalar que la mayoría de las investigaciones realizadas acerca de la presencia del SDP en el personal médico han sido efectuadas principalmente en Estados Unidos de América, Canadá, Inglaterra, España y Argentina. En México, en los últimos diez años se ha incrementado tanto el interés como la cantidad de estudios realizados, extendiéndose a otras áreas laborales, ocupaciones y profesiones.

Cada día se suman más esfuerzos en nuestro país para fortalecer la práctica administrativa y la solución de los problemas que enfrenta el mundo empresarial mexicano, basándose en el conocimiento pertinente y actual generado por connacionales. No obstante, hace falta continuar investigando el SDP con relación a otros factores y contextos.

REFERENCIAS

- Alonso Fernández, F. (2008). *¿Por qué trabajamos? El trabajo entre el estrés y la felicidad*. España: Ed. Díaz de Santos.
- Bosqued, M. (2005). *¡Qué no te pese el trabajo! Cómo combatir el estrés y la ansiedad en el ámbito laboral: Mobbing, estar quemado, tecnoestrés*. España: Ed. Gestión.
- Camacho, A., Juárez, A. & Arias, F. (Octubre, 2008). Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos estudiantes. Trabajo presentado en el 2º. *Foro de las Américas en investigación sobre factores psicosociales*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud-Universidad de Guadalajara.
- Cooper, C. L. (1998). *Theories of organizational stress*. NewYork: Oxford University Press.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal Of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Garcés, M. (2005). Burnout: Estudio comparativo entre enfermeras de las áreas cuidados básicos y lactancia del Hospital Tacubaya. *Revista Electrónica de Psicología. Campus Iztacala*, 8(3), 106.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.
- Juárez-García, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública de México*, 49(2), 109-117.
- Manzao, G. (1998). *Estrés en Personal de Enfermería*. (Tesis de doctorado). Universidad de Deusto, España.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111-124.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychology Today*, 12(12), 59-62.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Marek, T. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington D.C: Taylor and Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Moreno, B., Morett, N., Rodríguez, A. & Morante, M. E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del Síndrome de Burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventario "Burnout" de Maslach: Manual y ejemplar de prueba*. Madrid: TEA Ediciones.
- Viloria, M. & Paredes, M. (2002). Estudio del Síndrome de Burnout o desgaste profesional en los profesores de la Universidad de los Andes. *Educere*, 6(17), 29-36.