

**EL SINDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:
UNA REVISIÓN NARRATIVA DE SUS CAUSAS Y SUS IMPLICACIONES
PARA LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

LEIDY JOHANNA PUERTO TOLOZA



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACION SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2011**

**EL SINDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:
UNA REVISIÓN NARRATIVA DE SUS CAUSAS Y SUS IMPLICACIONES
PARA LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

LEIDY JOHANNA PUERTO TOLOZA

**Trabajo de Grado para optar el título de Especialista en Administración
de Servicios de Salud**

**Directora
MYRIAM RUIZ RODRIGUEZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACION SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2011**

Tabla de contenido#

INTRODUCCION	12
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	19
4. ESTADO DEL ARTE DEL SINDROME DE BURNOUT	20
4.1 MARCO CONCEPTUAL DEL SINDROME DE BURNOUT.....	20
4.1.1 Origen y conceptos relacionados	20
4.2 MODELOS COMPRESIVOS DE LA ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT	31
4.3 MODELOS DE PROCESO DE LA ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	33
4.4 PROFESIONES AFECTADAS	36
4.5 CAUSAS DEL SINDROME DE BURNOUT:	37
4.6 SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS	38
4.7 ESTADOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	38
4.8 DIFERENCIA ENTRE ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT.	39
4.9 MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	40
4.10 ESTRÉS Y SITUACION LABORAL EN EL MUNDO.....	46
4.11 MATERIALES Y METODOS	49
4.12 CLASIFICACION DE CAUSAS (15) (28)(29)(18)	50
4.13 CLASIFICACION DE CONSECUENCIAS (15)(9)(13)(30)	56
5. RESULTADOS	59
6. DISCUSIÓN	76
CONCLUSIONES.....	101
RECOMENDACIONES	103
BIBLIOGRAFIA.....	109
ANEXOS.....	125

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<u>Figura 1. Clasificación de artículos por tipo de causas del Síndrome de Burnout</u>	<u>61</u>
<u>Figura 2. Clasificación de artículos por tipo de consecuencias del Síndrome de Burnout</u>	<u>72</u>

LISTA DE TABLAS

	Pág.
<u>Tabla N° 1. Diferencias entre Estrés y Síndrome de Burnout</u>	<u>40</u>
<u>Tabla N° 2. Principales pruebas generales para medir el Síndrome de Burnout</u>	<u>41</u>
<u>Tabla N° 3. Principales pruebas específicas para medir el Burnout</u>	<u>41</u>
<u>Tabla 4. Puntuación del Maslach Burnout Inventory</u>	<u>45</u>
<u>Tabla 5. Principales características de los estudios</u>	<u>59</u>
<u>Tabla 6. Factores organizacionales asociados a agotamiento emocional.</u>	<u>63</u>
<u>Tabla 7. Factores organizacionales asociados a despersonalización</u>	<u>64</u>
<u>Tabla 8. Factores organizacionales asociados a baja realización personal</u>	<u>66</u>
<u>Tabla 9. Factores organizacionales asociados al Síndrome de Burnout</u>	<u>67</u>
<u>Tabla 10. Factores relacionados con la tarea asociados a agotamiento emocional</u>	<u>69</u>
<u>Tabla 11. Factores Relacionados con la tarea asociados a despersonalización</u>	<u>70</u>
<u>Tabla 12. Factores relacionados con la tarea asociados a baja realización personal</u>	<u>70</u>
<u>Tabla 13. Factores relacionados con la tarea asociados a Síndrome de Burnout</u>	<u>71</u>
<u>Tabla 14. Consecuencias organizacionales asociadas a Agotamiento emocional</u>	<u>73</u>
<u>Tabla 15. Consecuencias organizacionales asociadas al Síndrome de Burnout</u>	<u>74</u>

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<u>Anexo 1. Cuadro de clasificación de artículos</u>	<u>126</u>

RESUMEN

TITULO: EL SINDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: UNA REVISIÓN NARRATIVA DE SUS CAUSAS Y SUS IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD *

AUTOR: LEIDY JOHANNA PUERTO TOLOZA **

PALABRAS CLAVES: Burnout, Síndrome de Burnout, agotamiento profesional, estrés, management, psicología.

DESCRIPCIÓN:

El Síndrome de Burnout (SB) es una de las manifestaciones que más afecta a los profesionales de la salud, con diversas consecuencias para ellos y para la organización en general. Es también, una de las causas más reconocidas de ausentismo laboral, baja calidad en la atención y demandas laborales. El objetivo de este trabajo fue identificar a partir de una revisión narrativa y crítica de artículos originales y tesis, las causas y consecuencias del SB en los profesionales del área de la salud y sus implicaciones para la administración de servicios.

Se realizó la revisión en diferentes bases de datos en el periodo de 1996 a 2011. Los artículos fueron clasificados de acuerdo a tipos de causas y consecuencias del SB en el programa Excel. Para el análisis de resultados solo se tuvieron en cuenta causas y consecuencias organizacionales. Fueron incluidos en total 46 artículos. Se encontró que el 86,9%($n=40$), presenta información de causas del SB o de alguna de sus subescalas agotamiento emocional, despersonalización o baja realización personal. De estos el 92,5%($n=37$) mencionan causas organizacionales asociadas. En lo relacionado a consecuencias, 47,8%($n=22$) de los artículos, las mencionan. De estos el 68,2%($n=15$) mencionan consecuencias organizacionales. Las causas organizacionales más prevalentes fueron sobrecarga de trabajo, tipo de contratación: inestabilidad laboral, y mal clima laboral. Las consecuencias organizacionales mas prevalentes fueron ausentismo laboral e intención de abandonar la profesión.

Debido a las múltiples causas y consecuencias derivadas del SB para los pacientes, trabajadores y la sociedad es importante que se realice análisis e intervención por parte de los administradores de las entidades de salud, las asociaciones gremiales, los entes reguladores y el Estado, como parte de una política de mejoramiento del ambiente de la organización, de salud ocupacional, de búsqueda de la calidad y seguridad en la atención.

* Proyecto de grado

** Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Directora: Dra. Myriam Ruiz Rodríguez.

SUMMARY

TITLE: BURNOUT SYNDROME IN THE PROFESSIONALS OF THE HEALTH: A NARRATIVE REVIEW OF HIS REASONS AND HIS IMPLICATIONS FOR THE SERVICE MANAGEMENT OF HEALTH*

AUTHOR: LEIDY JOHANNA PUERTO TOLOZA **

KEY WORDS: Burnout, Burnout's Syndrome, professional depletion, stress, management, psychology.

DESCRIPTION:

Burnout's Syndrome (SB) is one of the manifestations that more sympathetic on the professionals of the health, with diverse consequences for them and for the organization in general. It is also, one of the most recognized reasons of labor absenteeism, low quality in the attention and labor demands. The aim of this work was to identify from a narrative and critical review of original articles and thesis, the reasons and consequences of the SB in the professionals of the area of the health and his implications for the administration of services.

The review fulfilled in different databases in the period from 1996 to 2011. The articles were classified in agreement to types of reasons and consequences of the SB under the program Excel. For the analysis of results alone reasons and consequences were had In account organizacionales. 46 articles were included in total. One found that 86,9 % (n=40), presents information of reasons of the SB or of someone of his subscales emotional depletion, depersonalization or low personal accomplishment. Of this 92,5 % (n=37) mention reasons organizacionales associate. In related to consequences, 47,8 % (n=22) of the articles, mentions them. Of this 68,2 % (n=15) mention consequences organizacionales. The reasons organizacionales more prevalentes were overload of work, type of contracting: labor instability, and badly labor climate. The consequences organizacionales mas prevalentes were labor absenteeism and intention of leaving the profession.

Due to the multiple reasons and consequences derived from the SB for the patients, workers and the company it is important that analysis and intervention is realized on the part of the administrators of the entities of health, the trade-union associations, the regulatory entities and the State, as part of a politics of improvement of the environment of the organization, of occupational health, of search of the quality and safety in the attention.

* Proyecto de grado

** Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Directora: Dra. Myriam Ruiz Rodríguez.

INTRODUCCION

Los grandes cambios a nivel mundial, el desarrollo científico y tecnológico, las innovaciones en materia de comunicación y los conceptos de productividad, competitividad y calidad, a nivel de las empresas hacen que sus acciones se dirijan hacia una mayor producción a un menor costo. Si bien la globalización permite el intercambio de tecnología e información y abre las puertas a todas las instituciones que están inmersas en los procesos de mejoramiento de la calidad, que en la actualidad se ha convertido en un pilar fundamental para las empresas de salud. Sin embargo a la luz de todos los cambios sociales y organizacionales, también ha venido la evolución de la situación laboral y con ello, el aumento de los niveles de estrés en los trabajadores actualmente.

Los profesionales que trabajan directamente con personas como es el caso de los trabajadores de la salud, se ven expuestos a una serie de estresores que, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual al estrés, que puede dar lugar a comportamientos adaptativos, o desadaptativos, que provocan ineludiblemente el desgaste y la insatisfacción profesional; esto se ve reflejado en la sociedad actual que una gran parte del tiempo diario es dedicado al trabajo, no como actividad dirigida a ganar dinero, sino que constituye todo un sistema cultural de la propia identidad.(1)

Las profesiones de servicio que están ligadas a la vida, como los trabajadores de la salud se caracterizan por el hecho de que la profesión no es algo externo al individuo, sino que abarca la totalidad de la persona (1). Por lo tanto se hace necesario comprender que las empresas que prestan servicios de salud el promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla y

rehabilitarla, son tareas que producen satisfacciones, pero también muchos problemas y dificultades en los profesionales de salud, los cuales suelen tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo ocupacionales tales como el ambiente físico de trabajo, contaminantes químicos y biológicos, condiciones de seguridad, la carga física y mental del trabajo y la organización del mismo (2).

La actividad que desarrollan estos profesionales, incluyen un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que atienden y, por tanto, suelen trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, ira, frustración, miedo, muerte, etc.). Esta interacción va sumada a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias de estrés, lo que puede provocar que el colectivo tenga una predisposición a experimentar un cierto grado de desgaste profesional o Síndrome de Burnout, el cual ha sido tema de interés de estudio en los últimos 25 años y es el tema de interés en el presente estudio. (1).

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El trabajo no sólo proporciona seguridad económica sino que también puede constituir una importante fuente de placer y satisfacción. El trabajo puede reportar a las personas adultas beneficios importantes para la salud (apoyo social, realización de ejercicio físico, satisfacción y enriquecimiento personal, acceso a ciertos bienes sociales, entre otras cosas). Sin embargo, el trabajo también puede constituir una importante fuente de estrés personal y de riesgo para padecer problemas psicológicos, psicosomáticos y médicos. (1). Tal es el caso del Síndrome de Burnout el cual ha sido tema de interés y preocupación en la actualidad debido a las consecuencias que conlleva tanto para el trabajador como para la organización.

El Síndrome de Burnout se ha detectado en una amplia variedad de profesionales prestadores de servicios de salud (2). Entre los profesionales de la salud en riesgo se encuentran las enfermeras, los trabajadores sociales, los médicos generales, los especialistas que atienden a pacientes con enfermedades crónicas o incurables y o en fase terminal (por ejemplo, el personal de atención a pacientes con cáncer o VIH/ SIDA), los miembros del personal del servicio de urgencias y de salud mental, etc. Este síndrome se ha visto también en otros cuidadores, familiares o educadores (2).

Dado que este síndrome depende de la interrelación de diversos factores individuales, organizativos y del entorno, resulta difícil determinar con precisión la magnitud del problema (2). Sin embargo, se ha planteado que afecta hasta a un 40% de los médicos en grado suficiente para perjudicar su bienestar personal o su desempeño profesional (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el año 2000, calificó al Síndrome de *Burnout* como de riesgo laboral, que causa detrimento en la salud mental y física del trabajador de la salud que lo presenta; con lo cual

este síndrome adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones.(3)

Este síndrome además ha sido reconocido como un **riesgo profesional** en algunos países como España y Brasil para las especialidades orientadas al público como la atención sanitaria, la educación y los servicios públicos. A escala social, los costos son notables en términos de ausentismo, disminución de la productividad y gastos de atención sanitaria. En los Estados Unidos, las pérdidas de las instituciones a causa del estrés y de los problemas relacionados con el estrés se estiman en más de US\$ 150 mil millones anuales (2).

Hay que destacar que el estrés ocupacional crónico es considerado un factor determinante de los trastornos depresivos los cuales constituyen la cuarta causa de los costos de la enfermedad. La OMS estima que en 2020 los trastornos depresivos serán la segunda mayor causa de morbilidad, detrás solamente de la enfermedad isquémica del corazón (3).

Es útil, desde el ámbito administrativo, identificar las causas del Síndrome de Burnout, con el fin de tomar medidas preventivas y de control, como también conocer hacia qué punto se deben orientar las intervenciones ya sea a nivel personal, organizativo o de estructura laboral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe del año 2000, lo dedica a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora, en este se señala que el talento humano de un programa de salud es vital para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que ofrezca una buena calidad del servicio, ya que de él dependen los conocimientos destrezas y la motivación de los profesionales que trabajan en este sistema.

Una forma de conseguir lo anterior es, entre otras, mejorando la calidad de vida laboral de estos profesionales. (2)

Debido a la relevancia del tema para el ámbito de la administración de recursos humanos en una empresa, ya que este síndrome afecta la productividad y dado que en nuestro medio se conoce poco del comportamiento de este evento, este trabajo pretende identificar a partir de una revisión narrativa y crítica de artículos originales y tesis, las causas y consecuencias del Síndrome de Burnout en los profesionales del área de la salud y analizar, cuáles de esas causas pueden ser intervenidas con medidas administrativas.

Contar con esta información ayudará a los gerentes y jefes de recursos humanos a visualizar la magnitud del problema y las medidas administrativas que pueden prevenir o disminuir la presencia de este problema en la empresa.

2. JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Burnout es una de las manifestaciones que más afecta a los profesionales de la salud, con diversas consecuencias para ellos y para quienes los rodean. Es también, una de las causas más reconocidas de ausentismo en el trabajo, de baja calidad en la atención y de demandas laborales (4).

La presencia del Síndrome de Burnout en el profesional de la salud involucra una serie de conductas como: bajo rendimiento, pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación; en los que se implican factores internos y externos que rodean al personal que lo padece (5).

El tema del Síndrome de Burnout es motivo de gran preocupación por las repercusiones en el ámbito personal y de la organización laboral como: ausentismo laboral, retrasos, disminución del nivel de satisfacción de profesionales y de los pacientes, falta de compromiso laboral, pobre atención y desconcentración, alta movilidad laboral, repercusión familiar, etc. (5).

Estudios como el de Goetzel y cols. (2004) aseguran que en los Estados Unidos los costos del ausentismo laboral debido al estrés en el trabajo y desgaste laboral pueden llegar a representar hasta el 60% de todos los costos de las enfermedades (4).

Para este síndrome se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en su producción, como: la sobrecarga de trabajo, pacientes difíciles, poco tiempo por paciente, salario, calidad de las relaciones en equipo. Por lo tanto vale la pena que el gerente de una institución de salud conozca a profundidad las causas y las consecuencias que este síndrome puede ocasionar en su organización, con

el fin de orientar, motivar y facilitar el diseño de programas de prevención y control en el ámbito de la salud mental ocupacional, realizar modificaciones organizacionales lo cual se traduce y contribuye en la prestación de servicios de calidad para lo más importante de la empresa, que son los usuarios.

La mayoría de los estudios al respecto manifiestan que los profesionales de la salud constituyen la población más vulnerable a desarrollarlo, pero hay que tomar en cuenta que ha sido la población más estudiada y de la que más reportes existen, sin embargo hay muy pocos estudios en los que se evalúa y se analizan las manifestaciones clínicas en esta población y las repercusiones que tiene para la organización (6). A pesar de esto se puede observar que las publicaciones sobre el tema vienen en aumento en los últimos años, pero se verifica al realizar búsqueda de revisiones sistemáticas que hay una escasez de estudios y análisis de intervenciones que busquen reducir el estrés ocupacional y el Burnout y que *a su vez* sean aplicables dentro de las organizaciones de salud.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar a partir de una revisión narrativa y crítica de artículos originales y tesis, las causas y consecuencias del Síndrome de Burnout en los profesionales del área de la salud y sus implicaciones para la administración de servicios.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir en forma general la conceptualización del Síndrome de Burnout, sus causas, síntomas, medición sicométrica, consecuencias e intervenciones para los trabajadores que lo padecen y a su vez se encuentran inmersos dentro una organización de servicios de salud.

Diferenciar las causas del Síndrome de Burnout en el trabajador de la salud de acuerdo a factores organizacionales, interpersonales, y relacionados con la tarea.

Clasificar la consecuencias del Síndrome de Burnout a nivel fisiológico, emocional, comportamental y organizacional.

Identificar estrategias de mejoramiento desde el área administrativa para prevenir y afrontar el Síndrome de Burnout en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

4. ESTADO DEL ARTE DEL SINDROME DE BURNOUT

4.1 MARCO CONCEPTUAL DEL SINDROME DE BURNOUT

4.1.1 Origen y conceptos relacionados

Durante la pasada década, los estudios sobre estrés centrados en las poblaciones asistenciales han aumentado considerablemente. (7)

Al Síndrome de Burnout se le han dado varias denominaciones, aunque la literatura ofrece alrededor de diecisiete en castellano, algunas de ellas son: “quemarse por el trabajo”, “quemazón profesional”, “síndrome del estrés laboral asistencial o síndrome de estrés asistencial”, “síndrome del desgaste profesional”, “estar quemado profesionalmente” y “desgaste psíquico”, entre otras. (8)

Según Aranda (2006) la palabra “Burnout” es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Este término data de 1974. (8). Los estudios sobre el Síndrome Burnout, Desgaste Profesional o Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) tienen sus orígenes desde hace poco más de tres décadas.

Entre los pioneros en el tema se encuentra Freudenberguer, quien en 1974 quien seleccionó la expresión “desgaste del personal” para describir un síndrome de extenuación, desencanto y abstinencia en agentes de salud mental voluntarios, al hoy llamado Síndrome de Burnout que traduce en castellanos “estar quemado”. Freudenberguer, lo propone como explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a usuarios de las organizaciones de servicios. (9)(10). El Burnout es un término inglés que

fue introducido por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenbenger en Nueva York, quien mientras trabajaba en una clínica para toxicómanos, observó que al año de trabajo, la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo, agresividad con los pacientes y hasta con el propio rol profesional, por encontrarse emocionalmente agotados.(11)(12)

Posterior a la introducción sobre este síndrome dada por Freudenberguer, siguen surgiendo numerosas definiciones es así como en la década de los setenta Storlie (1979) lo describía como un colapso espiritual, Seiderman (1978) como una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los recursos propios y Bloch (1972) como un tipo de conducta de tipo cínico acerca de sus propias relaciones con los clientes, punto en el que insistía Reidl (1977) al hablar de una deshumanización de los clientes. En la década de los ochenta parece que se produce una ligera inflexión y se insiste preferentemente en las disfunciones laborales que entrañaban el "Burnout". Cronin-Stubbs y Rooks (1985) lo presentaban como una respuesta inadecuada, emocional y conductual, a los estresores ocupacionales, Paine (1982) lo describía como una disminución cuantitativa y cualitativa para ejecutar la propia tarea y McDonnell (1982) lo veía como una disminución de la habilidad para enfrentarse al estrés laboral. (7)

Pero fue la psicóloga Crhistine Maslach quien ratifica el concepto dado inicialmente por Freudenberguer y orienta sus trabajos en dar la definición más aceptada en la actualidad. (13)(14)

Crhistine Maslach, fue una psicóloga social norteamericana, investigadora especializada en este campo, quien trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros buscando la correlación entre los profesionales y los factores sociales y organizacionales. En 1976

fue la persona que utilizó el término Burnout públicamente dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, término empleado hasta entonces por los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre compañeros de trabajo. Esta psicóloga adopta el concepto sugerido por Freudenberguer después de realizar varios trabajos empíricos y observar un cuadro clínico que se caracterizaba por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión de las denominadas "de ayuda a los demás" y de contacto directo con el público, determinando que los afectados sufrían "sobrecarga emocional" o Síndrome de Burnout. (13)(14).

Aunque es principalmente con los estudios que esta psicóloga realiza en compañía de *Susan Jackson* en 1981, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome, y se ocupan de definir de un modo técnicamente más estricto al síndrome y de diseñar instrumentos de medición del mismo entre trabajadores del ámbito de la salud.(12)

Ellas consideraron el Síndrome de Burnout como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionan tres grandes aspectos: *cansancio emocional* (pérdida de recursos emocionales para afrontar el trabajo), *despersonalización* (desarrollo de actitudes negativas y cinismo hacia los receptores del servicio), y disminución de la *realización personal* (tendencia a evaluar el propio trabajo de una forma negativa con baja autoestima profesional); dichas características se presentan en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad.(9)(13).

Es notoria la variedad de conceptos, de autores y de estudios que sobre el Síndrome de Burnout se han realizado, por lo tanto es necesario definir las directrices por las cuales se orientará este trabajo. Por lo anterior y teniendo

en cuenta que hasta el momento solo se ha mostrado su origen e historia, se requiere de una definición meramente conceptual y terminológica del Síndrome de Burnout. Para poder llegar a tal punto y entenderlo de manera lógica, es necesario conocer y diferenciar ciertos conceptos que preceden y están íntimamente relacionados a dicho síndrome.

Consecuentemente a continuación se mencionaran conceptos tales como síndrome, estrés, estresores, estrés relacionado con el trabajo, coping y estresores ocupacionales, para finalmente definir el Síndrome de Burnout y hacer una descripción completa de su desarrollo, modelos, algunas causas, síntomas o consecuencias mencionadas hasta entonces en algunos estudios, formas de medición etc.

Debido a que el concepto de Burnout ha surgido íntimamente relacionado con el de **estrés**, es difícil establecer una clara diferencia entre ambos. Por lo tanto es necesario definir cada uno de ellos.

- **Estrés:**

El estrés descrito por primera vez en 1949 por el médico Hans Selye , surge cuando el individuo tiene que enfrentar situaciones que exigen adaptación y pueden ser interpretados por él como un desafío o amenaza, por ejemplo, cambio de trabajo, matrimonio o divorcio, nacimiento o muerte.(15)

La interpretación y la emoción causada por estos acontecimientos inician una serie de eventos a nivel bioquímico que llevarán a descargas hormonales, intermediadas por el sistema nervioso autónomo, vía sistema límbico y por el sistema nervioso central, vía hipotálamo, a fin de preparar el organismo para enfrentar y restablecer el equilibrio (homeostasis)(15).Este mecanismo adaptativo es fisiológico, su intensidad y continuidad están íntimamente relacionados a la interpretación del individuo sobre las pérdidas y ganancias que vienen de los cambios, de sus características personales, de los recursos de afrontamiento que dispone en el momento, de sus estado

de salud, del ambiente en que se encuentra, entre otros factores(15). Generalmente las interacciones que se dan se basan en un proceso que Lazarus y Folkman (1984) denominan **evaluación cognoscitiva**. Esta evaluación es un proceso psicológico de naturaleza «interna» en el cual se evalúan dos factores: la medida en que el estresor amenaza al sujeto y los recursos de éste que están disponibles para enfrentarse al suceso. (1)

- **Estrés laboral:**

El estrés relacionado al trabajo ocurre cuando la persona interpreta la situación como algo que excede la capacidad adaptativa en su labor; un trabajador puede interpretar un trabajo extra como una amenaza (a su entretenimiento, a la convivencia con la familia, entre otros), y en cambio otro puede interpretarlo como un desafío. (15) Frente a situaciones consideradas estresantes, el individuo utilizará **mecanismos psicológicos** para reducir el impacto de los estresores y así, retornar al equilibrio. Tales mecanismos o estrategias son, en realidad, **acciones cognitivas** elaboradas por él a través de la evaluación, del ambiente, de experiencias anteriores bien sucedidas y de la madurez de su aparato psíquico, y son denominados estrategias de *coping* o estrategias de afrontamiento. (15)

- **Coping:**

La palabra *coping* proviene del verbo inglés *to cope*, que significa luchar, competir, enfrentar. *Coping*, por lo tanto, es un proceso por el cual el individuo administra las demandas de la relación persona-ambiente que son evaluados como estresantes y las emociones que ellas generan. (15)

Lazarus y Folkman (1984) agruparon los mecanismos de *coping* en estrategias de acuerdo con el foco de atención del individuo, a saber, estrategias centradas en la emoción y en el problema. (15).

Las estrategias que están enfocadas en la *emoción* son esfuerzos cognitivos que buscan la fuga, la reducción, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y esfuerzos en ver algo positivo en la situación negativa. En esta estrategia de afrontamiento, el individuo busca minimizar el estrés alterando la "importancia" del *estresor* en un esfuerzo de reevaluación de la situación, o por la búsqueda de actividades que promuevan una "desconexión" del ambiente, tales como meditación, beber, practicar deporte o hasta incluso buscar otra empresa para trabajar.(15).

Las estrategias enfocadas en el *problema* son aquellas que buscan identificar el problema, buscar soluciones, sopesar la relación de costo beneficio de las alternativas, definir las y actuar. Tal estrategia implica un proceso objetivo y analítico, enfocado primeramente en el ambiente y posteriormente en sí mismo. Son consideradas estrategias más adaptativas, pues son capaces de modificar las presiones del ambiente, reduciendo o eliminando la fuente de estrés. Las estrategias de *coping* son utilizadas por el individuo en la medida en que él se enfrenta a los estresores.

- **Estresores:**

Son situaciones o condiciones que causan la ruptura en la homeostasis interna exigiendo una adaptación, pudiendo ésta ser externa o interna, tener un **carácter físico, cognitivo o emocional**. Sin embargo, no siempre los estresores poseen una connotación negativa; ellos también pueden ser de naturaleza benigna, tal como el matrimonio, el nacimiento, un viaje, graduación, pero siempre exigen un desgaste de energía adaptativa lo que lleva a la ruptura de la homeostasis. (15)

Para Bianchi (1990) el estresor no puede ser definido solamente como un estímulo. La diferencia entre ambos generalmente es cuantitativa y depende de la sensibilidad del organismo en aquel momento para interpretar el evento estresor, es decir, frente a un mismo estresor las personas pueden reaccionar de formas diferentes, o aún, una misma persona puede tener reacciones diferentes en momentos o contextos diversos. (15)

Según Wheaton (1996) y Sandín (1989), existen cinco características definitorias de los estresores:(8) (1)

1. El estresor debe implicar amenaza o demanda. (8)(1)
2. El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de «elasticidad» de dicho organismo. (8)(17)
3. El estresor requiere enfrentarse de manera efectiva, ya que de mantenerse indefinidamente produciría daño en el individuo. (8)(1)
4. Ser consciente del daño potencial del estresor no es condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas. (8)(1)
5. Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por lo contrario. (8)(1)

Al estrés se le ha caracterizado de tres maneras distintas, a saber:

- ✓ Una aproximación centra el estudio del estrés en el ambiente, describiéndolo como **un conjunto de estímulos o estresores**. Así, el estrés se atribuye a los condicionantes ambientales, los eventos o circunstancias que se perciben como amenazantes y que producen sentimientos de tensión.(1)

- ✓ La segunda aproximación entiende el estrés **como una respuesta** centrándose en las reacciones de las personas a los estresores. Se entiende, pues, como un estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que enfrenta una persona.(1)

- ✓ La tercer aproximación describe el estrés como **un proceso** que incluye los estresores y las tensiones, teniendo presente la interacción entre las personas y el medio, de manera que cada uno de los dos polos afecta y es afectado por el otro, siendo así el estrés un proceso en el cual la persona actúa como un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognoscitivas, emocionales y conductuales.(1)

Puede decirse entonces, que los **procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales** influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento estresante. Lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus **características individuales y la naturaleza del medio**; la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no. (8)

El afrontamiento es entendido aquí como **los esfuerzos cognoscitivos y conductuales** que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria. El

afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí. (8)

- **Estresores ocupacionales:**

En el ambiente laboral los estresores están presentes continuamente y, debido a su relación con el trabajo, son llamados estresores ocupacionales capaces de generar sentimiento de ansiedad, miedo, tensión o amenaza que surgen durante el ejercicio de las actividades profesionales y requieren respuestas adaptativas por parte de los empleados.(15)

- **Síndrome de Burnout:**

Al tener claros los anteriores conceptos los cuales se encuentran relacionados con el Síndrome el Burnout ahora se centrará el tema solo en el desarrollo de este.

Se considera como síndrome por la comunidad científica la agrupación de síntomas y signos recurrentes que pueden indicar una patología. (8). Cuando el estrés relacionado al trabajo, sobrepasa los niveles adaptativos y llega a ser **crónico** recibe el nombre de *Burnout* o Síndrome de *Burnout*.

El término *Burnout*(del inglés: *burn* = quemar, *out*= fuera) es un término que designa algo, o alguien, que no posee más energía, llegó al límite de fuerzas, no funciona más. (15). Es una respuesta a una situación prolongada de **estrés crónico laboral**. Esta respuesta se caracteriza por: desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, así como hacia el propio papel o rol profesional, siendo un estado de agotamiento intenso y persistente, con pérdida de energía, baja motivación y

extrema irritabilidad, afectando el medio laboral como familiar.(16)(1). Con frecuencia es posible encontrarse con un deterioro de las relaciones familiares y sociales, pudiendo aparecer sentimientos de fracaso y pérdida de la confianza en sí mismo. (8). Es un estado de agotamiento físico, mental y emocional que se desarrolla en un proceso gradual durante el tiempo. (16).

El síndrome se manifiesta cuando el individuo no es capaz de abordar las situaciones de estrés de forma adaptativa y positiva, a la vez que se siente impedido para modificar la situación problemática. Como consecuencia, acaba utilizando el escape o la evitación como una forma de enfrentamiento al estrés. Al no enfrentarse a las situaciones, los problemas no se resuelven, crecen, dando paso así a un proceso acumulativo de malestar prolongado que acaba por desgastar al profesional, quien finalmente termina sintiéndose indefenso. (1).

Como se mencionó anteriormente cuando se explicó el origen de este Síndrome, *Maslach y Jackson (1981) conceptualizaron Burnout como un síndrome psicológico* que abarca exposición prolongada a estresores interpersonales **crónicos** derivados del **ambiente laboral**, caracterizados por tres dimensiones: **Agotamiento Emocional** o desgaste, **Despersonalización** o ceticismo y **Baja realización personal** o incompetencia profesional. (15).

Es en éste concepto se basa el presente trabajo.

- ✓ **Desgaste Emocional o Agotamiento emocional (AE)** representa el componente básico e individual del síndrome teniendo como principales fuentes la sobrecarga de trabajo y el conflicto personal en el trabajo. Se caracteriza por un sentimiento de agotamiento y falta de energía, sobrecarga física y emocional en el que el individuo se siente agotado y

desmotivado, siendo incapaz de relajar. (15). Hay pérdida de atractivo, tedio y disgusto causado por las tareas y el trabajo; disminución del interés y satisfacción laboral. Además, hay sentimientos de fracaso e indefinición por haber intentado modificar su situación sin resultado. (1).

- ✓ **Despersonalización (DP)** representa el contexto **interpersonal** en el *Burnout* y se refiere a la reacción negativa, insensible o excesivamente desconectada del individuo frente al trabajo. En esta dimensión ocurre despolarización, donde el individuo menosprecia la relación entre los colegas de trabajo, los clientes y la organización. Se caracteriza por insensibilidad emocional y disimulación afectiva teniendo como manifestaciones más comunes la ansiedad, aumento de la irritabilidad, desmotivación, reducción del idealismo, desesperanza, egoísmo, alienación, pérdida de empatía e incluso sentimientos de culpa por la situación vivida. Esta característica se constituye en el núcleo del *Burnout* y en un mecanismo de defensa como consecuencia del cambio realizado en la fase anterior. (15)(8). Las manifestaciones de la dimensión de Despersonalización reflejan la búsqueda del individuo en adaptarse a la situación y aliviar la tensión reduciendo el contacto con las personas. (15)

- ✓ **Baja realización personal (RP)** o reducida realización profesional se refiere a la sensación de incompetencia, falta de realización y productividad en el trabajo. La expresión que mejor retrata este estado es el cuestionamiento que el profesional hace sobre su elección de profesión, poniendo en duda su aptitud para ejercerla. El individuo no se llena con el trabajo, se siente inadecuado personal y profesionalmente, comportamiento que afecta a sus habilidades para la realización del trabajo y el contacto con las personas, reduciendo drásticamente su productividad. (15)

En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas:

La clínica y la psicosocial. Siguiendo las líneas de Gil-Monte y Peiró (1997) la perspectiva clínica argumenta que el Burnout es un **estado** al que se llega como consecuencia del estrés laboral. Y, desde una perspectiva psicosocial, se considera al estrés como un **proceso** resultante de la interacción de variables del entorno laboral y personal. (17)

La diferencia está en que el Burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada. (8)(17)

La mayoría de las investigaciones se han centrado en el Burnout como **proceso**, señalándose diferencias en cuanto a cómo se establece a nivel sintomático y por tanto generando diversas expectativas en relación a la intervención. De otro lado, a la par del desarrollo de los *modelos como proceso* se encuentran los *modelos comprensivos* que hacen referencia a un conjunto de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome. Todos los modelos que han tratado de explicar la etiología del Síndrome del Burnout han tenido como origen los mismos componentes básicos propuestos por Freunderberger y Maslach. (8)

4.2 MODELOS COMPRESIVOS DE LA ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Teoría sociocognitiva del yo

Se caracteriza por otorgar a las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas

en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción. Según Harrinson (1983) la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el Síndrome de *Burnout*. (8)(18)

Teoría del intercambio social:

Proponen que el Síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos que precipitan el desarrollo del Síndrome de Burnout. (8)(18)

Teoría organizacional:

Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores

del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico. (8)(18)

4.3 MODELOS DE PROCESO DE LA ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Modelo tridimensional del MBI:

Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización). (8)

Maslach señala que el Síndrome de Burnout se inicia con la aparición de agotamiento emocional donde el profesional se siente exhausto y agotado con el contacto con otras personas, luego aparece la despersonalización es decir, a una falta de sensibilidad con el otro, y como consecuencia de ello aparecen sentimientos de baja competencia personal. (8)(1).

De forma grafica esta evolución puede describirse así de forma tridimensional, agrupando los síntomas: (16)(8).

Agotamiento emocional → despersonalización → incompetencia profesional

En este modelo, el agotamiento emocional se percibe como una tensión, y a la despersonalización como una forma de enfrentarlo, tendiendo a desarrollar actitudes poco empáticas hacia los otros, que con frecuencia traen consigo el surgimiento de sentimientos asociados con la falta de competencia en el trabajo.(1)

De esta manera se explica a continuación:

Teniendo en cuenta que inicialmente surge el estrés y posteriormente el Síndrome de Burnout, a continuación se menciona las fases antes del síndrome según Stora (1992) en las que se desarrolla el estrés con el posterior desarrollo del síndrome.

1. REACCION DE ALARMA: se genera un desequilibrio entre recursos y demandas del trabajo. Es la manifestación de ataque o huida.(16)(19)
2. RESISTENCIA: el cuerpo se ajusta al factor de estrés. Continua lucha contra el agente estresante.(16)(19)
3. AGOTAMIENTO: la continuidad de *la tensión* y la falta de soluciones activas lleva a cambios de conducta, típicos de un afrontamiento de tipo huidizo y defensivo.(16)(19)

Y posteriormente se genera el síndrome con sus tres fases.

Modelo de Edelwich y Brodsky

Según este modelo el proceso del Síndrome de Burnout es un proceso de desilusión o desencanto hacia la actividad laboral y se sucede en 4 fases:

La primera fase se denomina entusiasmo y se caracteriza por el desarrollo de una gran ilusión, energía y expectativas irreales sobre el trabajo sin conocerlo. La segunda fase es un estancamiento, en el cual el profesional realiza su trabajo, pero éste ya no lo es todo en la vida. La tercera fase se caracteriza por la frustración, en esta fase los individuos se preguntan si vale la pena el trabajo y los obstáculos que se presentan a los esfuerzos laborales que se hacen, son vistos como detractores de la satisfacción y estatus personal, y la cuarta fase es de apatía, y es considerada como un mecanismo de defensa frente a la frustración. En esta fase los trabajadores hacen lo mínimo y lo único que desean es la estabilidad laboral que al menos les compense la ausencia de satisfacción laboral. (8)

Según este modelo, este proceso tiene un carácter cíclico, que se puede repetir en diferentes momentos de la vida laboral de un individuo. (8)

Modelo de Price y Muhphy

Según estos autores, el Síndrome de Burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral y puede ser explicado como un proceso de duelo.

La primera fase es de desorientación, en esta el individuo toma conciencia de la realidad laboral y comprueba que no alcanza sus objetivos y metas. La segunda fase se caracteriza por la inestabilidad emocional, que se incrementa por la falta de apoyo social de los compañeros de trabajo y por el aislamiento y distanciamiento emocional. La tercera fase se caracteriza por sentimientos de culpa debido al fracaso profesional, y la cuarta fase es una fase de soledad y tristeza que si es superada puede llevar a las dos últimas fases. La quinta fase es la de solicitud de ayuda y la sexta fase es la de restablecimiento del equilibrio inicial. (8)

Modelo de Gil-Monte

En este modelo el autor distingue dos perfiles en el Síndrome de Burnout, el perfil 1 se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan síntomas de culpa. El perfil dos se caracteriza porque los individuos presentan los síntomas anteriores incluyendo síntomas de culpa. (8)

Gil Monte et.al (2005) identifica cuatro dimensiones:

Ilusión por el trabajo: deseo de la persona de lograr metas en relación a su trabajo, que percibe como atractivo y que le acarrea satisfacciones personales. (20)

Desgaste psíquico: agotamiento emocional y físico en relación al contacto diario con personas que presentan problemas. (20)

Indolencia: actitudes de cinismo y de indiferencia hacia las personas que reciben el servicio. Insensibilidad hacia los problemas de las personas. (20)

Culpa: estos sentimientos se han identificado como un síntoma característico de quienes desarrollan el *Burn out*. (20)

Gil Monte entiende al Síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, propio de los profesionales que trabajan hacia las personas, que se caracteriza por el deterioro tanto a nivel cognitivo (pérdida de la ilusión por el trabajo) como a nivel afectivo (desgaste psíquico). Luego, aparecen las actitudes negativas hacia las personas que atienden (indolencia). Algunos individuos presentarán además sentimientos de culpa. (20)

Lo que se observa es que todos los modelos son complementarios y apuntan hacia el mismo síndrome de formas diferentes, el presente trabajo se orientará de acuerdo al modelo tridimensional de MBI ya que ha sido uno de los más estudiados y ampliamente aceptado en la actualidad, además del que existe extensa literatura para investigar.

4.4 PROFESIONES AFECTADAS

En términos generales se ha expuesto que las profesiones asistenciales son las que más alto riesgo presentan de padecer el Síndrome de Burnout. Maslach explica que cuanto más intensas son las relaciones interpersonales con los usuarios de los servicios mayor es el riesgo de padecer el síndrome. Heifetz y Bersani (1983) advierten que el sujeto para “quemarse” ha de estar previamente encendido, siendo esta experiencia frecuente entre los individuos que trabajan con profesiones de ayuda a los demás. A medida que la investigación ha ido creciendo afecta cada vez a más ámbitos laborales.

Silverstein (1986) reúne hasta 25 campos profesionales distintos en los que se encuentran los trabajadores que padecen Burnout. (21). El síndrome se ha estudiado especialmente en áreas de profesiones relacionadas con salud. Entre los que se encuentran que están: enfermeras, médicos, psicólogos, psiquiatras, personal de salud mental, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, y terapeutas familiares. También el personal no sanitario que trabaja en servicios de salud (científicos, estudiantes, obreros de mantenimiento, policías, docentes, y consejeros matrimoniales administrativos y conductores) está expuesto al Burnout. (22)

De ahí la importancia de conocer las causas y consecuencias de este síndrome dentro de una organización de salud, ya que es una de las poblaciones que más riesgo tiene de padecerlo.

4.5 CAUSAS DEL SINDROME DE BURNOUT:

Algunas de las causas del *Síndrome de Burnout* que padece el personal de salud y que son frecuentemente mencionadas en los estudios se encuentran: El tiempo que los trabajadores pasan cuidando a sus pacientes, su relación con aquellos pacientes que poseen un mal pronóstico, los pacientes con carencias emocionales, el exceso de trabajo, los conflictos en cuanto al papel profesional a desarrollar debido a la ambigüedad del mismo, poca colaboración entre compañeros o falta de apoyo por parte del supervisor, la insatisfacción en el trabajo, y el contacto frecuente con la muerte. (23)

Además, las características individuales juegan un papel importante e independiente al igual que los motivos que llevan a un trabajador a dedicarse a una profesión que implica el contacto con otras personas, sus expectativas propias y respecto a los demás, el valor de su autoestima, la expresión de sus emociones, el control de los acontecimientos y su propio estilo personal. (23)

Todos estos elementos determinan el modo en que el individuo manejará la tensión que surge a partir de una fuente externa. Cobaza, Maddi y Kahn (1982) señalan que hay personas que pueden hacer frente al estrés mejor y por tanto, son menos propensos a padecer el *Síndrome de Burnout*.(23)

4.6 SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS

El *Síndrome de Burnout* es un problema grave. Afecta directamente al propio trabajador, ya sea físicamente con síntomas entre los que se incluyen la migraña, los dolores de espalda o el síndrome del colon irritable; pero también emocionalmente, con síntomas como la ansiedad, la depresión y la pérdida de empatía. La aparición del síndrome parece estar relacionada con un deterioro de la relación entre el trabajador y el ambiente de trabajo, con los pacientes, con sus compañeros, con su familia e incluso con su entorno social. (23)

Finalmente, el *Síndrome de Burnout* puede dar lugar a una disminución de la productividad y a un deterioro en la calidad del cuidado o el servicio que proporciona la plantilla de profesionales. (23)

4.7 ESTADOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La forma y el ritmo en que se producen los cambios en el estado de salud del trabajador son diferentes en todos los casos. Es así como el Síndrome de Burnout puede clasificarse en 4 estados o formas de evolución de la patología: (16)

Leve: los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolor de espalda, lumbalgias) y se vuelven pocos operativos. Uno de los primeros síntomas de los de carácter leve pero que sirve de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico. (16)

Moderada: aparece insomnio, déficit en la atención y concentración, tendencia a la automedicación. Este nivel presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa. (16)

Grave: mayor en el absentismo y aversión por la tarea, cinismo, abuso del alcohol y psicofármacos. (16)

Extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio. (16)

4.8 DIFERENCIA ENTRE ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT.

Estrés y Síndrome de Burnout se han considerado durante mucho tiempo en términos sinónimos, existiendo una gran confusión conceptual, cuestionando incluso la existencia del Síndrome de Burnout como un cuadro diferente al estrés comúnmente referido o en otros casos asimilando a un cuadro depresivo.

Es necesario establecer las diferencias entre estrés, Síndrome de Burnout y depresión, aunque son conceptos estrechamente relacionados que además pueden verse, en algunos casos, en forma sucesiva.

Por un lado como se mencionó anteriormente el estrés se describe como una respuesta física y emocional que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no son compatibles con las capacidades, los recursos o las necesidades de los trabajadores. Y por otra parte el Síndrome de Burnout es el conjunto de signos y síntomas (agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión etc.). Aunque en el estrés hay también signos y síntomas, el síndrome es un abordaje más completo del estrés crónico y se manifiesta como una consecuencia de este último; además de que el citado síndrome es diagnosticado a través de un cuestionario. (16)

Tabla N° 1. DIFERENCIAS ENTRE ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT	
Estrés	Síndrome de Burnout
Hiperactividad emocional	Desgaste emocional
Daño fisiológico es el fundamento principal.	El daño emocional es el fundamento emocional.
Agotamiento o falta de energía física.	El agotamiento afecta a la motivación y energía física.
La depresión se produce como reacción a preservar las energías físicas.	La depresión se produce es como una pérdida de ideales
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas.	Solo tiene efectos negativos.

Fuente: Observatorio permanente. Riesgos psicosociales. Guía sobre el síndrome de quemado (Burnout). Madrid: Comisión ejecutiva confederal UGT; 2006.

4.9 MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

A partir de la definición del Maslach los tres factores (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) se miden a través del “Maslach Burnout Inventory” (MBI) que mide el Burnout en educadores y personal de los servicios humanos (enfermeras, médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.). Desde una perspectiva psicosocial el síndrome se

presenta cuando los síntomas son bajos en los niveles de baja realización personal en el trabajo y hay altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. (8)

El “Maslach Burnout Inventory” (MBI) ha sido utilizado en un sinnúmero de estudios con muestras de todo tipo a nivel laboral, además se cuenta con tres versiones de este instrumento. Ha sido validado además en diferentes países y en idioma español se cuenta por ejemplo validado en España y en Chile. (8)

A continuación se presenta algunos de los principales cuestionarios generales y específicos para evaluar el Burnout en poblacionales laborales. (8)

Tabla N° 2. PRINCIPALES PRUEBAS GENERALES PARA MEDIR EL SÍNDROME DE BURNOUT	
Cuestionario breve de Burnout (C.B.B)	Moreno- Jiménez, Bustos, Matallana y Millares(1997)
<i>Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) (Version 3)</i>	Autor adaptación al español: Gil Monte (2006) Autor original: Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson(1996).
El Burnout Measure(BM)	Pines y Aronson (1988)

Fuente: Quiceno JM. Vinaccia A. *Burnout: “Síndrome de Quemarse en el trabajo (Sqt)”*. Acta Colombiana de Psicología [revista en la internet] 2007 [citado 2011 Enero 5]; 10 (2): 117-125. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000200012&script=sci_arttext

Tabla N° 3. PRINCIPALES PRUEBAS ESPECIFICAS PARA MEDIR EL BURNOUT	
Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse en el trabajo (CESQT)	Gil Monte(2005)
Inventario de Burnout de psicólogos(IBP)	Benavides, Moreno-Jimenez. Garrosa y Gonzales(2002)

Cuestionario de desgaste profesional de enfermería(CDPE)	Moreno-Jimenez. Garrosa y Gonzales(2000a)
Cuestionario de Burnout del profesorado rev.(CBP-R)	Moreno-Jimenez. Garrosa y Gonzales(2000b)
Cuestionario de Burnout del profesorado .(CBP)	Moreno-Jimenez. Garrosa y Aragoneses(1993)
Holland Burnout Assesment Survey	Hollan y Michael(1993)
Teacher Burnout Questionnaire	Hock (1998)
MBI Educator Survey (MBI ES) (Versión 2)	Maslach , Jackson y Schwab (1986)
Maslach Burnout Inventory (MBI) o MBI-Human Services Survey (MBI-HSS).(Version 1,clasica)	Maslach y Jackson (1981, 1986)
Staff Burnout Scale for Health Profesionals (SBS-HP)	Jones(1980)

Fuente: Quiceno JM. Vinaccia A. *Burnout: "Síndrome de Quemarse en el trabajo (Sqt)"*. Acta Colombiana de Psicología [revista en la internet] 2007 [citado 2011 Enero 5]; 10 (2): 117-125. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000200012&script=sci_arttext

En el presente trabajo, solo se tuvo en cuenta estudios que midieran dicho síndrome con la escala *Maslach Burnout Inventory (MBI) o MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) (1981-1986)*.

El MBI es un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems, a modo de escala tipo Likert, que miden la frecuencia de los sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo. A pesar de la influencia de numerosas causas y variables en este proceso de desgaste profesional, las autoras del MBI Maslach y Jackson las agruparon en 3 constructos o 3 subescalas: el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. (24)(21).

La subescala de agotamiento emocional consta de 9 ítems y valora la experiencia de estar agotado en el ámbito emocional por las demandas del trabajo. La subescala de despersonalización está formada por 5 ítems y evalúa el grado en que puede reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad, insensibilidad y de distanciamiento relacional. La subescala de realización personal se compone de 8 ítems que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo. Cuando observamos que un sujeto obtiene altas puntuaciones en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y bajas de realización personal podemos diagnosticar el trastorno. Se da una tabla de referencia de puntajes de cada una de las subescalas. Ya que el Síndrome de Burnout no es una variable dicotómica, sino continua que se puede experimentar con diferentes niveles de intensidad, y no existen puntos de corte validos y definidos a nivel clínico para medir la existencia del Burnout y poder separar los casos afectados por el síndrome y los no afectados.(21)

Tal y como lo defienden algunos autores, la evaluación del Síndrome de Burnout a través del MBI conviene desarrollarla en forma grupal con el objetivo de poder realizar comparaciones normativas dentro de un mismo ámbito profesional específico, logrando prescribir que variables facilitan la aparición del síndrome en esa profesión, para así poder ampliar sus efectos.(21)

A continuación se presenta la escala. Acá la persona debe contestar de acuerdo a la frecuencia con que sienta que experimenta las afirmaciones dadas así: (3)

Qué tan seguido:

0 Nunca

1 Pocas veces al año o menos

2 Una vez al mes o menos

3 Pocas veces al mes

4 Una vez a la semana

5 Pocas veces a la semana

6 Todos los días

Qué tan seguido Oraciones

1 ____ Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.

2 ____ Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.

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 las personas que tengo que atender.

5 ____ Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.

6 ____ Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

7 ____ Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.

8 ____ Siento que mi trabajo me está desgastando.

9 ____ Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas 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 está endureciendo emocionalmente.

12 ____ Me siento con mucha energía en mi trabajo.

13 ____ Me siento frustrado por mi trabajo.

14 ____ Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente.

16 ____ Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.

17 ____ Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

18 ____ Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

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 los problemas emocionales son tratados en forma adecuada.

22 ____ Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

Los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 evalúan el Agotamiento emocional, los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 evalúan la despersonalización y los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, la baja realización personal. (22)

Tabla 4. Puntuación del Maslach Burnout Inventory			
Nivel Sub escala	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Bajo	< 19	< 6	> 39
Medio	19-26	6-9	39-34
Alto	> 26	>9	< 34

Fuente: Castillo J, Rabazo MJ, Bartolomé S. Estudio exploratorio sobre Burnout en un servicio de urgencias de Badajoz SALUD Y CUIDADOS: PUBLICACION ELECTRONICA, PERIODICA, CIENTIFICA Y DIVULGATIVA DE SALUD Y ENFERMERIA [revista en la internet] 2004 [citado 2011 julio1]. Numero 8. Disponible en: <http://www.saludycuidados.com/numero8/sumario8.htm>

4.10 ESTRÉS Y SITUACION LABORAL EN EL MUNDO

El estrés afecta, al menos, a 40 millones de trabajadores de los quince Estados miembros de la Unión Europea (UE) y cuesta anualmente un mínimo de 20 000 millones de euros. Es la causa de mucho sufrimiento humano, enfermedades y fallecimientos. Asimismo produce alteraciones muy considerables de la productividad y la competitividad. Es muy probable que gran parte pueda prevenirse. (25).

La importancia de las enfermedades causadas por el estrés se ha visto suficientemente reflejada en el desarrollo normativo de los países; así por ejemplo, en **la Unión Europea y en Estados Unidos**, si bien se observa una tendencia al reconocimiento de casos de mobbing, Burnout, enfermedades mentales y algunas cardiovasculares. Tales reconocimientos suelen hacerse luego que el trabajador ha interpuesto un proceso judicial y ha aportado pruebas suficientes para demostrar la presencia de condiciones de trabajo estresantes. (26).

En España y otros países del mundo como Alemania, Suecia, Finlandia y Noruega es posible encontrar jurisprudencia que ejemplifica la nueva tendencia al reconocimiento del estrés laboral como causa de padecimientos. (26)

En Japón existe un término denominado “Karoshi” para referirse a aquellos casos de enfermedad, suicidio o muertes inducidos por el estrés laboral que no resulta soportable para la constitución psíquica de un individuo. La legislación laboral y en especial la jurisprudencia de este país asiático ha incorporando algunos criterios que permiten el reconocimiento de indemnizaciones en favor de la familia del trabajador que fallece de esta manera. (26)

En Australia, la legislación prevé definiciones genéricas de las enfermedades profesionales, contexto en el cual cualquier afección puede considerarse de origen profesional siempre que se establezca la relación con el trabajo; es así como las demandas por enfermedades causadas por el estrés en el trabajo representaron el 2,2% de las indemnizaciones pagadas a trabajadores entre 1998 y 1999. (26)

En Chile, el reconocimiento de una enfermedad como profesional está reglamentado en el Decreto Supremo 109 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del 7 de junio de 1969. En el numeral 13 del artículo 19 se reconocen las Neurosis Profesionales incapacitantes como enfermedad profesional en "todos los trabajos que se expongan al riesgo de tensión psíquica y se compruebe relación de causa a efecto". (26)

En Colombia se encuentra la lista de enfermedades profesionales la cual está compuesta por más de cuarenta patologías que se han venido recopilando mediante el decreto 2566 de 2009 por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales. En el artículo 42 del citado decreto se establece la existencia de ***“patologías causadas por estrés en el trabajo”***: trabajos con sobrecarga cuantitativa, demasiado trabajo en relación con el tiempo para ejecutarlo, trabajo repetitivo combinado con sobrecarga de trabajo. Trabajos con técnicas de producción en masa, repetitivos o monótonos, o combinados con ritmo o control impuesto por la máquina. Trabajos por turnos, nocturno y trabajo con estresantes físicos con efectos psicosociales, que produzcan estados de ansiedad y depresión, infarto del miocardio y otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad ácido péptica grave o colon irritable. (26)

Lo anterior ha generado un movimiento importante en relación con la búsqueda de criterios diagnósticos que permitan la calificación del origen común o profesional de tales patologías. Los datos aportados por 10

Administradoras de Riesgos Profesionales en Colombia, correspondientes a los casos de enfermedades profesionales generadas por estrés en el trabajo, correspondientes al periodo 1994–2002 (primer trimestre), muestran 48 eventos calificados, de los cuales 44 (91%) fueron trabajadores hombres y 4 (9%) mujeres. El 40% de los eventos ocurrieron en el personal de servicios de seguridad del Estado (prisiones e inteligencia civil), le siguen trabajadores de distintas empresas de servicios (financiero, energía, educación, comunicación, servicios temporales y Vigilancia), que cobijan el 33% de los casos. En cuanto a las patologías calificadas, el 40% de los casos se determinó como estrés postraumático secundario a explosión y accidente de trabajo. Los demás casos incluyeron episodios de depresión (6%), trastornos secundarios a secuestros (20%) y crisis de ansiedad (30%). (26)

Según datos de la Federación de Aseguradores Colombianos (Fasecolda) las mujeres presentaron 55.2% de las enfermedades laborales en 2008, especialmente, entre las edades de 35 y 49 años; los hombres un 44,8% entre los 30 y 54 años. (27). El estrés es la enfermedad laboral más común y aporta cerca del 50% de los casos. El síndrome del túnel carpiano aporta un 25% de los casos y el lumbago un 20%, seguido de la hipoacusia neurosensorial o disminución de la agudeza auditiva relacionada con el ruido, con el 6%. Le siguen la dermatitis, enfermedades pulmonares, infecciosas y las mentales. (27)

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que al año en el mundo se presentan dos millones de muertes a causa de accidentes o enfermedades laborales. Cerca de 300 millones de trabajadores sufren accidentes y 160 millones padecen alguna enfermedad. (27)

En la actualidad este síndrome es ampliamente estudiado en todos los profesionales y en especial por los profesionales de la salud, debido a las

consecuencias que acarrea tanto para la organización como para la persona y el público al que atiende.

“Esta situación es un llamado de atención para que las empresas busquen estrategias de prevención del estrés y para que proporcionen mejores condiciones laborales a sus empleados. Es de recordar que el estrés laboral no sólo impacta la salud pública, sino que también afecta significativamente la productividad de una empresa, así que con mejores condiciones de trabajo nos beneficiamos todos”, comentó Juan Gonzalo López director del Instituto Nacional de Salud de Colombia. (27)

4.11 MATERIALES Y METODOS

Se realizó una revisión narrativa de tesis y artículos originales publicados en el periodo de 1996 a 2011, con los siguientes criterios de inclusión: artículos originales y tesis en inglés, español y portugués, que incluyeran a personas del género femenino y masculino de edad adulta que fueran del área de la salud principalmente.

Se excluyeron artículos que no mostraran el método de evaluación del síndrome de Burnout con una escala validada y aquellos en los que fue imposible acceder a texto completo. Se tuvo preferencia por los artículos que utilizaran como escala de medición sicométrica, la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) debido a que es la más utilizada en la mayoría de los estudios. Además se tuvo preferencia por estudios que relacionaran el síndrome de Burnout con causas y consecuencias, o que manejaran factores predictores para este.

La búsqueda fue realizada en las bases de datos: Pub Med, LILACS, SCIELO, BIREME, DIALNET entre 1996 y 2011 usando los descriptores:

Burnout, Síndrome de Burnout, agotamiento profesional, salud ocupacional, estrés, management, nursing, psicología, *Maslach Burnout Inventory*. También se consultaron bases de datos de universidades, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras bases relacionadas con salud ocupacional y psicología. Se creó un banco de datos en el programa Excel, en donde se ingresaron los artículos seleccionados.

Posteriormente estos fueron clasificados de acuerdo al tipo de estudio, país, objetivo, año de publicación, metodología, profesionales incluidos en la muestra, resultados, método de evaluación del síndrome, y de acuerdo a los tipos de causas y consecuencias del Síndrome de Burnout, relacionadas con el trabajador y la organización así:

4.12 CLASIFICACION DE CAUSAS (15) (28)(29)(18)

CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: se refiere aquellas causas que tienen que ver con:

- *Rutina, monotonía:* falta de dinamismo en el trabajo, implica repetir la misma tarea todos los días hasta llegar al automatismo, ocasionando desmotivación y disminución de la iniciativa.
- *Profesión:* se incluyen profesiones del campo de la salud y otras que son indispensables dentro de las instituciones de salud, que permanecen en contacto directo con los usuarios.
- *Falta de oportunidad de crecimiento en la carrera:* ausencia de posibilidades para estudio, especialización o ascenso.
- *Privación del sueño:* tareas que por su naturaleza requieren privación de sueño.
- *Sitio de trabajo:* área en la cual se desempeña la persona.

- *Experiencia y antigüedad realizando la tarea:* antigüedad de la persona realizando la misma tarea.
- *Antigüedad en el centro de trabajo:* tiempo que lleva realizando la tarea pero en el interior de la institución actual.

CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL (18) (30): Son variables intrínsecas a la organización que pueden por sí mismas generar situaciones negativas, o bien, juegan un papel importante en la interacción continua trabajador-puesto de trabajo: (30)

Están relacionadas con:

- *Estructura organizacional- estilo gerencial:* dependiendo del tipo de estructura de la organización si es de tipo centralizado donde se encuentran las organizaciones excesivamente centralizadas o rígidas en las que prácticamente todo está previamente definido, y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. También en estructuras descentralizadas donde la improvisación se impone.(30)
- *Sobrecarga de trabajo* (número de horas de trabajo): referida a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. Se incluyen realizar más turnos, mas horas de trabajo etc.
- *Pocos recursos materiales y humanos:* deficiencia de personal calificado para la realización de la tarea, y de materiales necesarios para poderla llevar a cabo.
- *Ausencia de capacitación para uso de nuevas tecnologías:* las nuevas tecnologías afectan a los profesionales, facilitando o entorpeciendo el desempeño de las tareas, y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo, por lo tanto requieren de capacitación para el adecuado manejo.

- *Exceso de presión:* someter a demasiada presión a un empleado o a un grupo de ellos, para el cumplimiento de objetivos organizacionales, en un tiempo reducido.
- *Exposición a riesgos ocupacionales:* es la posibilidad de sufrir un accidente o enfermedad durante la realización de una actividad laboral, con o sin garantías protectoras para el trabajador.
- *Nivel de complejidad de la institución:* está relacionado con el nivel de atención de complejidad de la institución de salud de acuerdo con la complejidad de las actividades, procedimientos e intervenciones que realice que van desde el I al IV nivel en el sistema de salud colombiano.
- *Trabajo de turnos:* se refiere a turnos de tipo matutino, vespertino, o nocturnos.
- *Tipo de turnos:* matutinos, vespertinos, nocturnos o mixtos.
- *Inadecuación profesional:* perfil profesional y personal no adaptado al perfil del puesto de trabajo que desempeña.
- *Fragmentación del cuidado:* se refiere al menor tiempo de permanencia con el paciente para el cuidado.
- *Rotación de horarios y de unidad de trabajo:* se refiere a la rotación frecuente de horarios y sitio de trabajo.
- *Bajo o no reconocimiento por la tarea realizada:* no reconocer el rendimiento del trabajador por la realización de la tarea bien hecha.
- *Ambigüedad de rol:* entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, en este sentido el trabajador no tiene clara la descripción de su trabajo, ni cuáles son sus objetivos, hay dudas e incertidumbre respecto de lo que realiza, no hay una definición clara de funciones de cargos. (18),

- *Factores medioambientales tales como iluminación, ruido etc.,* : estresores que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, y en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia
- *Percepción de bajos salarios:* poca recompensa en dinero por la tarea realizada.

El salario permite la adquisición de bienes necesarios para la mantención y mejoramiento del bienestar individual y grupal. (31)

- *Percepción de altos salarios:* situación contraria a la anterior mencionada.
- *Tipo de empresa:* pública o privada, hospital de enseñanza.
- *Clima laboral:* se incluyen elementos como trabajo en equipo, entorno laboral, compromiso con el trabajo, local en el trabajo. Está relacionado con las relaciones con el equipo de trabajo, y con el personal que se atiende.
- *Tipo de contratación:* Se refiere al tipo de vinculación que el trabajador tenga con la empresa que labora. En el presente estudio se relacionará con la estabilidad que tenga el trabajador en la empresa derivado de su contratación.
- *Ubicación del sitio de trabajo:* medido en distancia o tiempo desde la residencia hasta el sitio de trabajo.
- *Motivación laboral:* se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento relacionado con el trabajo, y que en gran medida son ofrecidas por la empresa.
- *Apoyo social en el trabajo:* hace referencia al clima social en el lugar de trabajo en relación tanto con los compañeros, como con los superiores.

- *Satisfacción laboral*: es la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, dicha actitud está basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla de su propio trabajo.(32)

Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que "deberían ser". (32)

Generalmente las tres clases de *características del empleado* que afectan las percepciones del "debería ser" (lo que desea un empleado de su puesto) son:(32)

1. Las necesidades
2. Los valores
3. Rasgos personales.

Los tres aspectos de la *situación de empleo* que afectan las percepciones del "debería ser" son:(32)

1. Las comparaciones sociales con otros empleados
2. Las características de empleos anteriores
3. Los grupos de referencia.

Las características del puesto que influyen en la percepción de las condiciones actuales del puesto son:

1. Retribución
2. Condiciones de trabajo
3. Supervisión
4. Compañeros
5. Contenido del puesto

6. Seguridad en el empleo

7. Oportunidades de progreso.

- *Falta de participación en la toma de decisiones:* Cuando el trabajador percibe que no participa ni puede realizar un aporte en la toma de decisiones que son fundamentales y afectan directamente a su trabajo.
- *Falta de control sobre el trabajo, falta de autonomía:* falta de libertad en el trabajador para usar su criterio personal en el control y desarrollo de su labor.
- *Falta de tiempo para ocio*
- *Tener más de un trabajo*

CAUSAS DE TIPO INTERPERSONAL: Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, como sus sentimientos, pensamientos, emociones, actitudes, etc. (30)

- *Afectación emocional por convivir con los sentimientos de pacientes y familiares.*
- *Tipo de personalidad. Patrón de personalidad tipo A:* caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia e inquietud.
- *Personalidad resistente (hardiness):* se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza.(30)
- *Locus de control:* es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones (locus interno) o no (locus externo). (30) Los trabajadores que tienen un locus de control externo perciben su trabajo como una situación amenazante.

- *Problemas familiares*: conflictos que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar.(30)
- *Cultura*: el Burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que esta, marca no sólo la forma de entender el desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir.
- *Apoyo social de familiares y amigos*: está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos. (30)

4.13 CLASIFICACION DE CONSECUENCIAS (15)(9)(13)(30)

CONSECUENCIAS FISIOLOGICAS: están relacionadas con la respuesta del sistema nervioso central y sistema motor y desarrollo de enfermedades. Se encuentran dentro de estas:

La fatiga crónica, dolor precordial, crisis asmáticas, palpitaciones, cansancio, resfriados constantes, desmayos o pérdidas de la conciencia momentánea, cefaleas frecuentes, dolor muscular, dolores cervicales y de espalda, aparición de alergias, alteraciones menstruales, ulcera gastroduodenal, hipertensión arterial, inmunodeficiencias, mayor frecuencias de infecciones, disturbios cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, sexuales y de sueño.

CONSECUENCIAS COMPORTAMENTALES Y EMOCIONALES: son las que se encuentran relacionadas con la salud mental del individuo tales como:

Ansiedad, apatía, hostilidad, culpabilidad, frustración, sentimientos de impotencia, suspicacia, sentimientos de soledad, no verbalizar, sentimientos de alienación, cinismo, depresión, baja autoestimas, conflictos familiares y

conyugales, frustración profesional, irritación, hostilidad, intolerancia, rigidez, inflexibilidad, dificultad para concentrarse, baja tolerancia a la frustración con comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los clientes, compañeros y propia familia, pérdida de iniciativa, duda del propio juicio, distanciamiento emocional, dificultad de concentración, consumo de alcohol y drogas, malos hábitos alimentarios.

También el trabajo prolongado con poco rendimiento, deterioro de las relaciones interpersonales extra laborales, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas violentas, distanciamiento afectivo como forma de protección, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, actitudes negativas hacia la vida en general y disminución de la calidad de vida personal.

CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES:(30): Las consecuencias más importantes del Burnout en las organizaciones repercuten sobre los objetivos y los resultados de estas tales como:

- El aumento de costos operacionales.
- Las ausencias o absentismo laboral, incapacidades laborales.
- Turnover: rotación de personal por salidas de empleados de la empresa.
- Baja calidad del cuidado.
- Deshumanización en la atención.
- Aumento de accidentes ocupacionales.
- Baja productividad.
- Intención de abandonar la profesión, o abandonar el trabajo actual.
- El aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización.

- Baja satisfacción laboral: se puede tomar como causa o consecuencia, según sea la intención del estudio.

Se tuvo prioridad sobre el análisis de las causas y consecuencias de tipo organizacional, con el fin de que este trabajo se convierta en una guía práctica para gerentes que permitan visualizar de forma clara las implicaciones que representa este síndrome dentro de la organización con el fin de tomar medidas preventivas o correctivas según el caso.

Se realizó el cálculo de las causas relacionadas con la tarea e interpersonales y consecuencias fisiológicas con el fin de identificar su magnitud, pero no fue de interés en los resultados y discusión. Solo se tuvieron en cuenta dos de los resultados de causas relacionados con la tarea a manera de información, como fueron las profesiones y la ubicación del sitio de trabajo relacionada con el Síndrome de Burnout.

5. RESULTADOS

Después de tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, fueron incluidos en total 46 artículos para el respectivo análisis. En la tabla 5 se presentan las variables más importantes de los estudios. Dentro de estas se encuentran el país de estudio, el tipo de estudio, y los años en los que fueron publicados. Se encontró que 45,65% ($n=21$) de los estudios fueron realizados en América Latina, al igual que en Europa 45,65% ($n=21$). El 6,52% ($n=3$), en Asia y el 2,17% ($n=1$) en África.

Como se observa al discriminar el país por los continentes que presentaron mayor cantidad de estudios, se encuentra que en América Latina, el 42,86% ($n=9$) de los estudios fue realizado en México, 28,57% ($n=6$) en Colombia y 9,52% ($n=2$) para Brasil, Chile y Venezuela respectivamente. En Europa se encuentra que el país con mayor número de estudios corresponde a España con 80,95% ($n=17$) de los estudios, seguido por Grecia con el 9,52% ($n=2$) al igual que en Francia con 9,52% ($n=2$).

Respecto al tipo de estudio, 100% corresponde a estudios observacionales, de los cuales, 50% ($n=23$) se publicaron entre los años 2007 y 2011, 43,5% ($n=20$) entre los años 2002 y 2006 y 6,5% ($n=3$) entre los años 1997 y 2001.

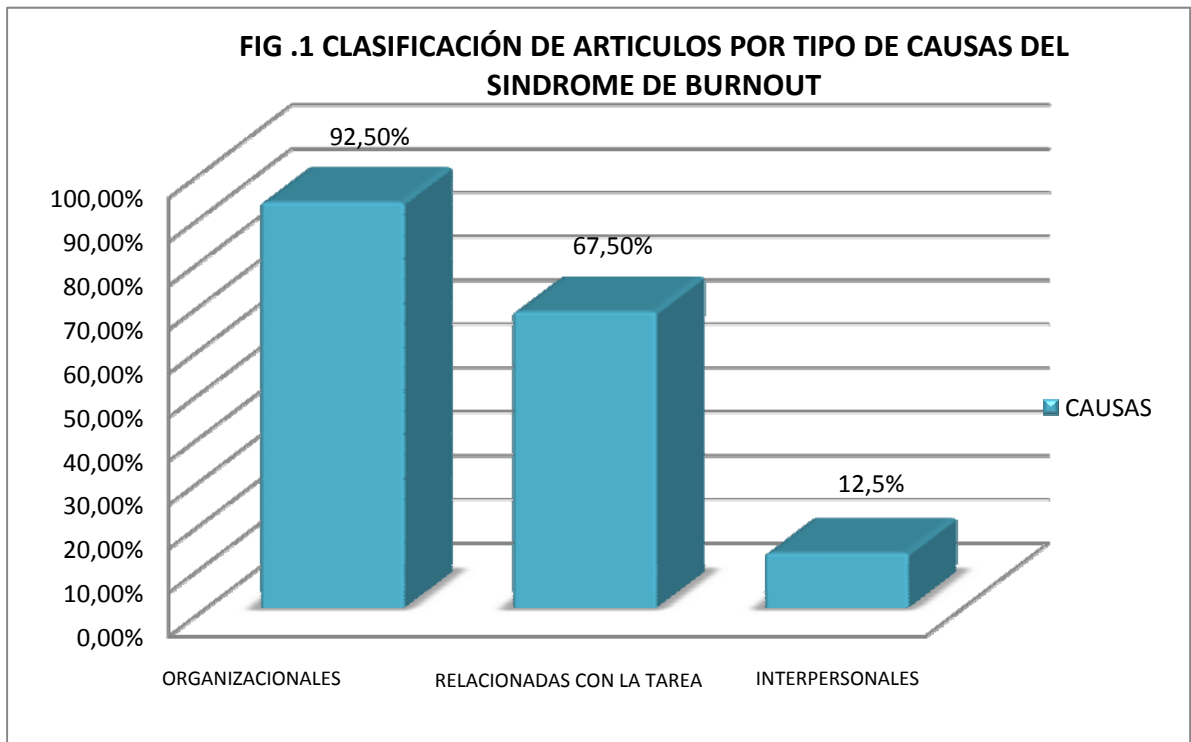
Tabla 5. Principales características de los estudios

Características	N°	%	Referencias
Continente de estudio			
América Latina	21	45,65%	3,6,29,30,33,34,38-40,42-44,46,47,49,50,52,59,61,64,67.
México	9	42,86%	3,6,34,40,42,43,47,49,59.
Colombia	6	28,57%	30,38,46,50,61,67
Brasil	2	9,52%	39,52.
Chile	2	9,52%	29,33.

Venezuela	2	9,52%	44,64.
Total de América Latina	21	100%	
Europa	21	45,65%	22-24,35,36,41,45,48,51,53-58,60,62,63,65,66,68.
España	17	80,95%	22,24,35,36,41,45,48,51,54-58,60,62,65,66.
Grecia	2	9,52%	23,63.
Francia	2	9,52%	68,53.
Total Europa	21	100%	
Asia	3	6,52%	37,70,71.
África	1	2,17%	69.
Total de Artículos	46	100%	
Tipo de estudio			
Observacional	46	100%	3,6,22-24,29,30,33,34-71.
Año de estudio			
1997-2001	3	6,5%	22,34,59.
2002-2006	20	43,5%	3,6,23,24,36,40,41,43-46,51,54,58,62,64-68,71
2007-2011	23	50%	29,30,33,35,37,38,39,42,47,48,49,50,52,53,55-57,60,61,63,67,69,70.

Respecto a las causas y consecuencias encontradas del Síndrome de Burnout y sus respectivas subescalas, se encontró que el 86,9% ($n=40$), presenta información de los factores más prevalentes que pueden originar el síndrome o de alguna de sus subescalas (3,22,23,24,29,30,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,44-50,52-61,64,66-71).

Resultados de causas o factores asociados



Al tener en cuenta sólo los artículos que mencionan causas o factores asociados al Síndrome de Burnout o a alguna de sus subescalas, se observa que 92,5% de los artículos ($n=37$) mencionan factores Organizacionales asociados con el Síndrome de Burnout o alguna de sus subescalas. El 67,5% lo hace para factores relacionados con la tarea y tan solo 12,5% mencionan los interpersonales (ver figura N°1). Teniendo en cuenta que en los artículos incluidos, no todos mencionan los factores asociados al Síndrome de Burnout de forma general, sino que algunos lo hacen de acuerdo a cada una de las subescalas como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, fué necesario analizar de forma separada los factores asociados a dicho Síndrome de forma general y discriminarlos en cada una de sus subescalas.

A continuación se presentan los factores organizacionales que se encontraron en los estudios, los cuales fueron en total 36 factores

relacionados, de los cuales hay 5 factores que en lugar de generar el Síndrome de Burnout o alguna de sus subescalas lo que genera es cierta protección o previene la aparición de este. Entre estos se encuentran:

- Estructura organizacional con enfoque gerencial flexible y comprensiva
- Dedicar mas tiempo al cuidado del paciente
- Tener reconocimiento de la tarea realizada por parte de la dirección, compañeros y pacientes.
- Buen clima laboral
- Presencia de apoyo social por parte de la institución y compañeros de trabajo.

Por lo tanto, los restantes representan los factores relacionados que generan riesgo de producir Síndrome de Burnout o alguna de sus subescalas, que en este estudio, se le han denominado causas, con la aclaración de que se tomaron factores que tenían cierta relación con el Síndrome o aquellos que se presentaban con elevada prevalencia dentro de las poblaciones que se estudiaban, pero no específicamente indicaban causalidad.

Del total de los artículos en los que se encontraron causas o factores organizacionales relacionados, que como se mencionó anteriormente corresponden a 37, arrojaron los siguientes resultados por cada causa organizacional así:

- *Agotamiento emocional*

Para la subescala agotamiento emocional se encontraron los siguientes factores organizacionales asociados.(Ver tabla 6)

Tabla 6. Factores organizacionales asociados a Agotamiento emocional.

Factores relacionados con Agotamiento emocional	Nº de artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Estructura organizacional rígida, con supervisión controlante estricta	2	5,41%	42,57
2. No estar de acuerdo con el turno de trabajo que le corresponde:	1	2,70%	22
3. Sobrecarga de trabajo:	7	18,92%	23,34,48,50,52,57,67
4. Pocos recursos materiales para realizar la tarea	2	5,41%	29,57
5. Ausencia de capacitación en nuevas tecnologías.	2	5,41%	56,57
6. Nivel de complejidad de atención en la institución	1	2,70%	34
7. Trabajar por turnos	2	5,41%	35,36
8. Antecedente de incapacidad laboral en el último año	1	2,70%	35
9. Fragmentación del cuidado: pasar menos tiempo al cuidado directo del paciente	1	2,70%	34
10. Bajo reconocimiento por la tarea realizada, ya sea por parte de la dirección, compañeros o pacientes.	1	2,70%	36
11. Ambigüedad de rol	1	2,70%	57
12. Tipo de contratación: inestabilidad laboral	5	13,51%	42,50,52,59,66,
13. Insatisfacción laboral	1	2,70%	57
14. Falta de tiempo para ocio	1	2,70%	24

Como se observa, del total de los artículos que estudian causas organizacionales, sobrecarga de trabajo es el factor organizacional asociado más frecuentemente encontrado, para Agotamiento emocional con 18,92% ($n=7$), seguido del tipo de contratación: inestabilidad laboral con 13,51% ($n=5$),

y le siguen estructura organizacional rígida con supervisión controlante estricta, pocos recursos materiales para realizar la tarea, ausencia de capacitación de nuevas tecnologías y trabajar por turnos, cada uno con un 5,47% ($n=2$).

Los factores encontrados con menos frecuencia en los artículos corresponden a: no estar de acuerdo con el turno de trabajo, nivel de complejidad de atención de la institución, antecedente de incapacidad laboral en el último año, fragmentación del cuidado: pasar menos tiempo al cuidado directo del paciente, bajo reconocimiento por la tarea realizada, ya sea por parte de la dirección, compañeros y pacientes, ambigüedad de rol, insatisfacción laboral y falta de tiempo para el ocio, cada uno con un 2,70 % que corresponde a 1 solo artículo.

- *Despersonalización*

Para la subescala Despersonalización se encontraron los siguientes factores organizacionales asociados. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Factores organizacionales asociados a Despersonalización

Factores relacionados con Despersonalización.	N° de artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Estructura organizacional rígida, con supervisión controlante estricta.	1	2,70%	23
2. Pocos recursos materiales para realizar la tarea.	1	2,70%	29
3. Nivel de complejidad de atención en la institución.	1	2,70%	34
4. Trabajar por turnos.	3	8,11%	33,35,36
5. Fragmentación del cuidado: pasar menos tiempo en cuidado directo del paciente.	2	5,41%	34,23
6. Bajo reconocimiento por la tarea realizada, ya por parte de la dirección, compañeros y	2	5,41%	36,41

pacientes.			
7. Ambigüedad de rol.	1	2,70%	48
8. Tipo de empresa pública.	1	2,70%	33
9. Mal clima laboral.	1	2,70%	23
10. Tipo de contratación: inestabilidad laboral.	3	8,11%	42,46,50
11. Tamaño de la organización	1	2,70%	34

Como se observa, los factores organizacionales más frecuentemente encontrados y que están asociados a Despersonalización en los artículos incluidos que estudian causas organizacionales se encuentran: trabajar por turnos con un 8,11% ($n=3$), y tipo de contratación inestabilidad laboral con el mismo porcentaje 8,11% ($n=3$). Seguidos por fragmentación del cuidado: pasar menos tiempo al cuidado directo del paciente, bajo reconocimiento por la tarea realizada, cada uno con un 5,41% correspondiente a 2 artículos.

El restante de factores organizacionales de los cuales solo son mencionados en 1 artículo con un porcentaje de 2,70% se encuentran: estructura organizacional rígida, con supervisión controlante; pocos recursos materiales para realizar la tarea; nivel de complejidad de la institución; ambigüedad de rol; tipo de empresa pública; mal clima laboral y tamaño de la organización.

- *Baja realización personal*

Para la subescala baja realización personal se encontraron los siguientes factores organizacionales asociados. (Ver tabla 8)

Tabla 8. Factores organizacionales asociados a Baja realización personal

Factor relacionado con Baja realización personal	N° de artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Estructura organizacional rígida, con supervisión controlante estricta	1	2,70%	57
2. No estar de acuerdo con el turno de trabajo que le corresponde:	1	2,70%	22
3. Sobrecarga de trabajo	3	8,11%	29,34,66
4. Pocos recursos materiales para realizar la tarea	1	2,70%	29
5. Ausencia de capacitación en nuevas tecnologías.	1	2,70%	56
6. Nivel de complejidad de atención en la institución.	1	2,70%	34
7. Trabajar por turnos	1	2,70%	35
8. Antecedente de incapacidad laboral en el último año	1	2,70%	35
9. Fragmentación del cuidado: pasar menos tiempo en cuidado directo del paciente	1	2,70%	34
10. Ambigüedad de rol	1	2,70%	23
11. Mal clima laboral	1	2,70%	22
12. Falta de apoyo social por parte de la institución y compañeros de trabajo.	1	2,70%	48

De esta tabla se concluye que del total de los artículos que estudian causas organizacionales, la sobrecarga de trabajo es el factor organizacional más frecuente encontrado que está asociado a baja realización personal con un 8,11% correspondiente a 3 artículos. Los restantes factores mostrados en la tabla 4 solo son mencionados en un artículo correspondiente al 2,70%.

- *Síndrome de Burnout general*

Para los artículos que no discriminaban causas en las respectivas subescalas y solo las mencionaban para el síndrome de burnout de forma general, se encontraron los siguientes resultados.(Ver tabla 9).

Tabla 9. Factores organizacionales asociados al Síndrome de Burnout

Factor relacionado con Síndrome de Burnout	N° de artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Estructura organizacional rígida, con supervisión controlante estricta	1	2,70%	64
2. No estar de acuerdo con el turno de trabajo que le corresponde:	1	2,70%	22
3. Sobrecarga de trabajo	11	29,73%	3,22,38,39,40,47,50,53,58,69,70
4. Pocos recursos materiales para realizar la tarea	1	2,70%	47
5. Pocos recursos humanos para realizar la tarea	1	2,70%	57
6. Exceso de presión en la institución, por parte de superiores.	1	2,70%	58
7. Nivel de complejidad de la institución	1	2,70%	34
8. Trabajar con el tipo de turno mixto	1	2,70%	44
9. Trabajar con el tipo de turno matutino	1	2,70%	40
10. Trabajar por turnos	4	10,81%	35,36,47,60
11. Fragmentación del cuidado: pasar menos tiempo al cuidado directo del paciente.	1	2,70%	34
12. Bajo reconocimiento por la tarea realizada ya sea por parte de la dirección, compañeros o pacientes	3	8,11%	36,47,60
13. Percepción de salario bajo	2	5,41%	39
14. Tipo de empresa: Hospital de	1	2,70%	68

enseñanza			
15. Tipo de empresa: pública.	2	5,41%	44
16. Mal clima laboral	7	18,92%	22,47,48,53,64,68,70,
17. Tipo de contrato: inestabilidad laboral	2	5,41%	30,54
18. Tipo de contrato: estabilidad laboral	2	5,41%	44,58
19. Ubicación del sitio de trabajo: estar ubicado a menos de 30 minutos del domicilio	1	2,70%	30
20. Insatisfacción laboral	3	8,11%	35,45,61
21. Falta de tiempo para ocio	1	2,70%	39
22. Falta de habitaciones confortables para descanso de médicos	1	2,70%	70

Del total de los artículos que estudiaban causas organizacionales, se encontró que los factores organizacionales asociados al Síndrome de Burnout más frecuentes fueron: la sobrecarga de trabajo con 29,7% ($n=11$), seguido de mal clima laboral con 18,9% ($n=7$), trabajar por turnos con 10,8% ($n=4$), bajo reconocimiento por la tarea realizada con 8,1% ($n=3$), igual que insatisfacción laboral con 8,1% ($n=3$). Continua con percepción de salario bajo, tipo de empresa pública, tipo de contratación: inestabilidad laboral y tipo de contrato: estabilidad laboral, cada uno con un 5,41% ($n=2$). El restante de factores solo fueron mencionados en solo un artículo, los cuales se pueden observar en la tabla 9.

Causas relacionadas con la tarea

Adicionalmente para efectos de información se mostraran solo dos resultados de las causas relacionadas con la tarea como son las profesiones y el sitio de trabajo. Solo se mencionan aquellas profesiones y sitios de trabajo que se encontraron relacionadas con el Síndrome de Burnout y sus tres subescalas.

El total de estudios que demostraron causas relacionadas con la tarea fueron 28.

- *Agotamiento emocional*

Para la subescala agotamiento emocional se encontraron los siguientes factores relacionados: (ver tabla 10)

Tabla 10. Factores relacionados con la tarea asociados a agotamiento emocional

Factor relacionado con agotamiento emocional	N° artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Médico general	1	3,7%	41
2. Médico especialista	2	7,4%	34,35
3. Enfermera profesional	1	3,7%	41
4. Sitio de trabajo: hospitalización	2	7,4%	37,67
5. Sitio de trabajo: psiquiatría	1	3,7%	23
6. Sitio de trabajo: urgencias oncología.	2	7,4%	36,22

Del total de artículos que mencionan causas relacionados con la tarea, el 3,7% (n=1) indican que el desempeñarse como médico general es riesgo para agotamiento emocional, médico especialista (n=2) con el 7,4%, y enfermera profesional (n=1) con el 3,7%. Del mismo modo el sitio de trabajo de áreas como hospitalización y urgencias representa mayor riesgo con el 7,4%.

- *Despersonalización*

Para la subescala despersonalización se encontraron los siguientes factores relacionados: (ver tabla 11)

Tabla 11. Factores relacionados con la tarea asociados a despersonalización

Factor relacionado con despersonalización	N° artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Médico general	1	3,7%	41
2. Médico especialista	2	7,4%	34,35
3. Enfermera profesional	2	7,4%	34,36
4. Auxiliares de enfermería	1	3,7%	56
5. Sitio de trabajo: hospitalización	2	7,4%	37,67
6. Sitio de trabajo: urgencias, oncología	1	3,7%	36

Del total de artículos que mencionan causas relacionados con la tarea, el 7,4% (n=2) indican que el desempeñarse como médico especialista, trabajar en áreas como oncología y urgencias es riesgo para despersonalización igual que ser enfermera profesional, seguido por médico general y auxiliar de enfermería (n=1) con el 3,7%.

- *Baja realización personal*

Para la subescala baja realización personal se encontraron los siguientes factores relacionados: (ver tabla 12)

Tabla 12. Factores relacionados con la tarea asociados a baja realización personal

Factor relacionado con baja realización personal	N° artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Médico general	1	3,7%	41
2. Médico especialista	2	7,4%	34,35
3. Auxiliares de enfermería	1	3,7%	41

Del total de artículos que mencionan causas relacionados con la tarea, el 7,4% (n=2) indican que el desempeñarse como médico especialista es riesgo para baja realización personal, seguido por médico general (n=1) con el 3,7%, igual que el auxiliar de enfermería

- *Síndrome de Burnout general.*

Para el síndrome de Burnout general se encontraron los siguientes factores asociados:

Tabla 13. Factores relacionados con la tarea asociados a Síndrome de Burnout

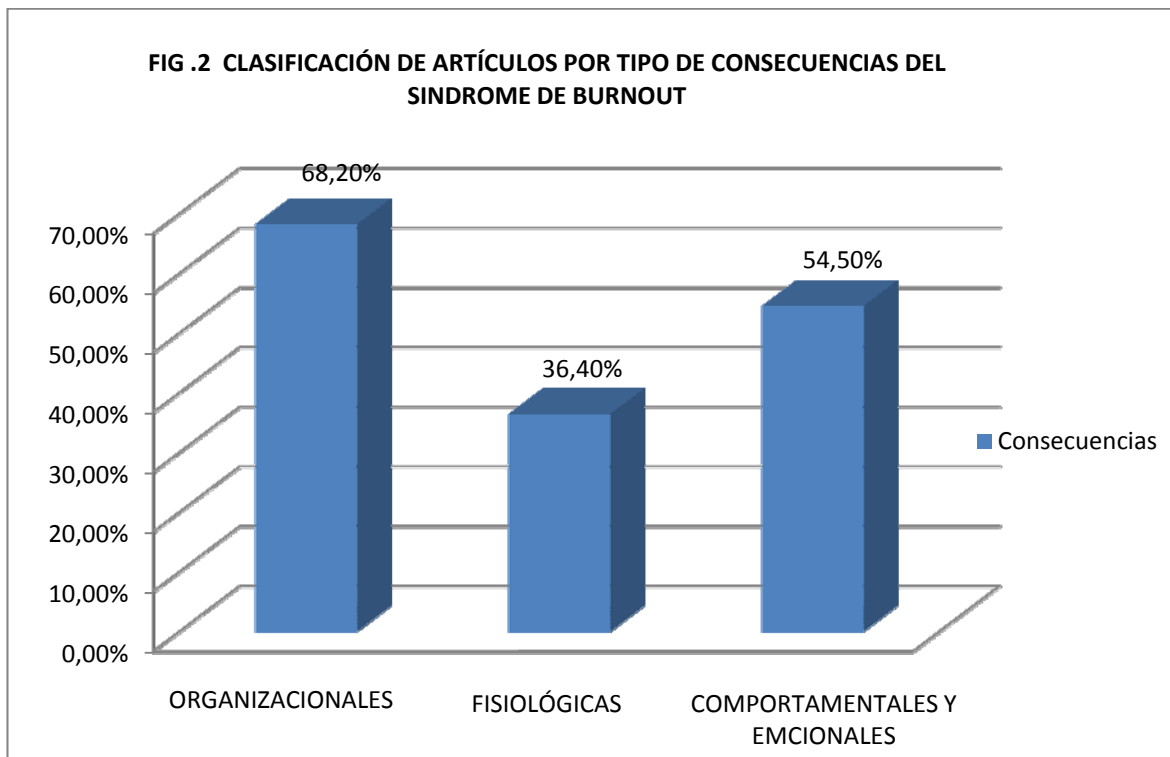
Factor relacionado con baja realización personal	N° artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Médico especialista	1	3,7%	35
2. Auxiliares de enfermería	2	7,4%	44,66
3. Sitio de trabajo: hospitalización	1	3,7%	47
4. Sitio de trabajo: urgencias oncología	2	7,4%	22,36

Del total de artículos que mencionan causas relacionados con la tarea, el 7,4% (n=2) indican que el desempeñarse como auxiliar de enfermería, igual que trabajar en áreas como oncología y urgencias es riesgo para Síndrome de Burnout, seguido por desempeñarse como médico especialista y trabajar en hospitalización con (n=1) con el 3,7%.

Resultados sobre consecuencias del Síndrome de Burnout

En lo relacionado a consecuencias, 47,8% (n=22) de los artículos incluidos, las mencionan y las presentan en muchos casos como signos o síntomas, o

situaciones secundarias al síndrome o a alguna de sus subescalas (6,24,33,38,40,41,43,48,49,51-53,57-60,62,63,65,68,69,71). Al realizar el análisis de sólo estos artículos se encuentra que 68,2%($n=15$) de los artículos, mencionan consecuencias de tipo organizacional, el 36,4%($n=8$) de tipo fisiológico y el 54,5%($n=12$) de tipo comporta-mental y emocional. (Ver figura 2).



Del mismo modo que se realizó la presentación de los resultados de las causas, se realizará el de consecuencias, ya algunos de los estudios mencionan consecuencias secundarias a cada una de las subescalas agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal y Síndrome de Burnout de forma general. Por lo tanto se realizará de forma separada.

En este sentido solo se presentan resultados con las consecuencias organizacionales, las cuales son las de interés para el presente trabajo.

Al realizar el análisis sólo de los artículos que presentan consecuencias organizacionales, que como se mencionó anteriormente son un total de 15, se observaron los siguientes resultados:

- *Agotamiento emocional*

Para la subescala agotamiento emocional, se encontró que ésta se relaciona con las siguientes consecuencias organizacionales: (Ver tabla 14).

Tabla 14. Consecuencias organizacionales asociadas a Agotamiento emocional

Consecuencias secundarias a Agotamiento emocional	N° de artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Absentismo laboral o ausencias en el trabajo, incapacidades.	3	20%	48,65,69
2. Turnover(rotación de personal por salida de empleados)	1	6,70%	71
3. Intención de abandonar la profesión	1	6,70%	57
4. Intención de abandonar el trabajo actual	1	6,70%	24
5. Baja satisfacción laboral	1	6,70%	57
6. Baja productividad	1	6,70%	62

Se observa que la consecuencia organizacional de agotamiento emocional más frecuente fue el absentismo laboral o ausencias en el trabajo e incapacidades con 20%($n=3$), del total de estudios que mencionan consecuencias organizacionales.

Las demás consecuencias son mencionadas en solo un artículo con un porcentaje de 6,7%, y corresponden a Turnover, intención de abandonar la profesión, intención de abandonar el trabajo actual, baja satisfacción laboral y baja productividad.

- *Despersonalización*

Para la subescala despersonalización, se encontró que ésta se relaciona con las siguientes consecuencias organizacionales: baja satisfacción laboral con 13,3% (n=2)(48,57) e intención de abandonar el trabajo actual con 6,7%(n=1).(57)

- *Baja realización personal*

Para la subescala baja realización personal, se encontró que ésta se relaciona con las siguientes consecuencias organizacionales: intención de abandonar la profesión e intención de abandonar el trabajo actual, cada una con 6,7%, que corresponde a que son mencionadas en solo 1 artículo.(57)

- *Síndrome de Burnout general*

Para los artículos que no discriminaban consecuencias en las respectivas subescalas y solo las mencionaban para el síndrome de burnout de forma general, se encontraron los siguientes resultados.(Ver tabla 14)

Tabla 15. Consecuencias organizacionales asociadas al Síndrome de Burnout

Consecuencias secundarias a Síndrome de Burnout	N° de artículos	%	Referencia bibliográfica
1. Baja calidad del cuidado	2	13, 30%	33,58
2. Absentismo laboral o ausencias en el trabajo, incapacidades	4	26,70%	33,51,58,60
3. Aumento de accidentes ocupacionales	1	6,70%	38
4. Intención de abandonar la profesión	3	20,00%	33,60,68
5. Intención de abandonar el trabajo actual	2	13,30%	33, 53

6. Baja satisfacción laboral	2	13,30%	33,48
7. Baja productividad	1	6,70%	57
8. Aumento de errores médicos	2	13,30%	58,60

Del total de los artículos que estudiaban consecuencias organizacionales, se encontró que las consecuencias organizacionales asociadas al Síndrome de Burnout más frecuentes fueron: Absentismo laboral o ausencias en el trabajo e incapacidades con 26,7% ($n=4$), seguido de intención de abandonar la profesión con 20% ($n=3$), y baja calidad del cuidado, intención de abandonar el trabajo actual, baja satisfacción laboral, aumento de errores médicos cada uno con 13,3% que corresponde a 2 artículos. El restante de factores solo fueron mencionados en solo un artículo, los cuales son aumento de accidentes ocupacionales y baja productividad con 6,7%.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar las causas y consecuencias del Síndrome de Burnout en los profesionales del área de la salud y sus implicaciones para la administración de servicios.

Se analizaron en primer lugar los factores organizacionales asociados al Síndrome de Burnout y sus subescalas, sin restarles importancia a los relacionados con la tarea y los interpersonales. Se realizó así, pues se cree que los factores organizacionales son los que se encuentran más implicados con las acciones que se realicen desde la gerencia de las organizaciones de salud.

De igual manera, se hizo el mismo proceso con las consecuencias. Se analizaron aquellas que generan un impacto de forma directa a la organización, sin perder de vista a las fisiológicas, las emocionales y comporta-mentales ya que estas de una u otra forma afectan al individuo que se desempeña dentro de una organización y a su vez a toda la organización.

Respecto a los resultados se destaca que fueron producto principalmente de artículos de América Latina y Europa ya que representan el 91,3%. De Colombia solo hay solo seis estudios, a pesar de que en la actualidad hay varios disponibles no se incluyeron porque no cumplían con los criterios necesarios o no aportaban la información suficiente.

Los resultados están basados en estudios observacionales que en su mayoría corresponden a estudios de corte transversal de tipo cuantitativo que al respecto solo daban información de prevalencias y en los casos en los que realizaban asociaciones entre variables, usaron análisis tipo regresión logística, regresión múltiple lineal, regresión múltiple jerárquica, razón de prevalencias, correlación de Pearson y correlación de Spearman. Solo tres estudios fueron de casos y controles, además se incluyó una tesis doctoral y una tesis de especialización y no se incluyeron revisiones sistemáticas. Por lo tanto se trata de estudios que establecen asociaciones, no causalidades.

Los estudios incluidos han analizado cómo ciertos aspectos, situaciones y recursos son considerados predictores y se encuentran relacionados con cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout. Se observó que desde que aparece el concepto del Síndrome de Burnout, inician también los trabajos de investigación en todo el mundo, ya que cada vez recobra más importancia como patología laboral que afecta en todos los ámbitos al individuo que lo adquiere como también a la organización en la que este se desarrolla.

A continuación se analizarán las causas organizacionales más significativas que están relacionadas con el Síndrome de Burnout y sus subescalas y de igual manera se realizará el análisis de las consecuencias.

Análisis de causas

Parte de los factores que originan dicho síndrome provienen en gran medida de la organización y de la forma como esta se encuentra enfocada.

La sobrecarga de trabajo representa riesgo para sufrir agotamiento emocional, baja realización personal y Síndrome de Burnout en general. La sobrecarga de trabajo estuvo representada por situaciones como: realizar un turno adicional en el caso de enfermeras; tener entre 21 y 100 enfermos a cargo y dedicar entre 36 a 40 horas semanales al trabajo en el caso de enfermeras y médicos de atención primaria; tener además del trabajo clínico tareas administrativas; en el caso de los médicos trabajar más de 12 horas el fin de semana, tener más de 1000 pacientes a cargo, tener más de 1700 pacientes por cupo médico y dificultades para encontrar un médico suplente; en el caso de fisioterapeutas trabajar más de 8 horas diarias, y tener más de 20 pacientes a cargo por día, trabajar en un turno de 17 horas tarde-noche; tener la percepción de falta de tiempo para terminar la tarea, entre otras).

Si bien, se sabe que el trabajo dignifica al hombre y lo hace sentir más importante y útil en la sociedad, pero la sobrecarga de trabajo aumenta la posibilidad de aparición de agotamiento emocional y el futuro desarrollo de Síndrome de Burnout (23) (38). Según la guía sobre el síndrome de quemado (Burnout), en donde se señala que *la sobrecarga laboral* está relacionada con el síndrome con la consecuencia de que éste factor produce una disminución de la calidad de la prestación de los trabajadores tanto cualitativa como cuantitativamente. (16)

El tipo de contratación que genera inestabilidad laboral y económica para el trabajador conlleva a más probabilidades de sufrir estrés y por lo tanto el Síndrome de Burnout. En un estudio realizado por García y Tapias 2010 (73) se demuestran que en Colombia existe inequidad en cuanto a las formas de contratación en los trabajadores de la salud ya que algunos de los trabajadores ocupados realizan su labor sin un contrato de trabajo y otros tienen contrato a término fijo, porque sus empleos tienen un reducido horizonte en el tiempo y viven constantemente la inseguridad de no gozar de empleo para el próximo mes. (73)

Ello se confirma al observar que la mayoría de contratos a término fijo son de 7 a 12 meses y otros de 4 a 6 meses. Además se observa la contratación por intermediarias como empresas temporales, cooperativas de trabajo asociado u otras por medio de las cuales las empresas pueden tener siempre mano de obra disponible, sin asumir los riesgos de su contratación directa. Esta es una situación que va en detrimento de las condiciones del trabajador. Adicionalmente los trabajadores que empezaron a trabajar antes de la incorporación de nuevos modelos de contratación como empresas temporales y las cooperativas de trabajo asociado, cuentan no solo con condiciones laborales estables, si no con mayores salarios que las personas que hasta ahora empiezan a trabajar; sin embargo no tiene que ver con la

experiencia porque a las personas no les aumenta el salario proporcionalmente con ella, por el contrario, sienten que corren más riesgo de ser despedidas y remplazadas por empleados que representan un menor gasto para la empresa. (73)

Esta realidad que muestra el estudio de García y Tapias (73), coincide con los estudios que se tuvieron en cuenta en el presente trabajo, ya que la inestabilidad laboral que genera *el tipo de contratación* estuvo enmarcada por contratos temporales, a término fijo, contrato de interinos en el caso de Europa, y contratos por cooperativas y se encontró relacionada con agotamiento emocional, despersonalización y con el Síndrome de Burnout general. (73)

Como se observa la forma de contratación guarda relación directa con la remuneración que recibe el trabajador. En Colombia en sectores como la salud y la manufactura, ha habido disminución en los ingresos, relacionados con las estrategias empresariales de reducir costos laborales, vía modificación de las condiciones de contratación. Es común observar (74) que muchos hospitales y fábricas estén remplazando sus nóminas de trabajadores con contrato a término indefinido, regidos por el contrato de trabajo y la legislación laboral, incluso muchos de ellos organizados sindicalmente y cubiertos por convenios colectivos de trabajo, por trabajadores subcontratados a través de Cooperativas de Trabajo Asociado. Así viene pasando en las Empresas Sociales del Estado de Colombia. (74)

En Colombia en el sector de la salud, el deterioro en que se encuentra la mayoría de las profesiones vinculadas a él es evidente: médicos y enfermeras profesionales trabajando por dos salarios mínimos o menos, teniendo ellos mismos que pagar su propia seguridad social y sin tener ninguna posibilidad de cuestionar estas situaciones y de reivindicar sus

derechos, pues casi siempre estas cooperativas están manejadas por los directorios políticos que controlan las clínicas y los hospitales públicos, y por tanto, los trabajadores y trabajadoras vinculados a ellas como “cooperados” sufren el riesgo del despido en cualquier momento. (74)

Con la reforma de la ley 100 de 1993 en materia de contratación y, en general, de definición de condiciones laborales son muchos los cambios que se perciben, aunque es preciso reiterar que si bien, algunos de los aspectos introducidos en la ley 100 de 1993 modificaron de manera indirecta las condiciones laborales de los profesionales de la salud, fue con la Ley 50 de 1990 que se consagraron los principales cambios en materia laboral. (75)

Los principales cambios en este sentido están relacionados con la introducción al sector salud de nuevos modelos de vinculación laboral; la indiscutible flexibilización, inestabilidad y precarización del empleo y de los salarios, dado el enfoque de negocio de las Entidades promotoras de salud (EPS) e Instituciones prestadoras de servicios (IPS) y la necesidad de hacerlo rentable; la “corporativización” del trabajo profesional; la terciarización o subcontratación de servicios y las nuevas modalidades de gestión corporativa (cooperativas de trabajo asociado, grupos de profesionales asociados, alianzas estratégicas y redes integradas de prestadores asistenciales), y la incorporación de modelos de atención gerenciada y de autogestión centrados en la gestión del riesgo, los sistemas de información, la gestión tecnológica y el manejo estratégico de costos, entre otras herramientas. Todas estas estrategias de flexibilización laboral son utilizadas por las aseguradoras en el sector salud como un mecanismo de contención y disminución de costos laborales. (75)

Es en este sentido en el que la ley 100 de 1993 afectó la contratación de los empleados del sector salud en Colombia, ya que la introducción de la

competencia en el mercado de aseguramiento y de prestación de los servicios de salud generó incentivos para que estas empresas buscaran rentabilidad o sostenibilidad financiera mediante varios mecanismos, entre ellos la minimización de costos totales vía disminución de costos laborales. (75)

Esta situación refleja el auge que ha tenido la contratación de personal mediante las cooperativas de trabajo asociado (CTA), lo que no solo posibilita la reducción de las obligaciones prestacionales para los empleadores, sino también los costos laborales, pues los empleadores reducen sus gastos administrativos y de funcionamiento, debido a que bajo los principios del cooperativismo esta se convierte en una de las responsabilidades por asumir por el colectivo de asociados. (75)

Con el objetivo de dar solución a esta situación surgió la ley 1438 del 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Se espera que esta situación cambie y que mejoren las condiciones laborales para los profesionales de la salud. Dicha ley indica en su artículo número 103 que la contratación del personal misional permanente, de las instituciones públicas prestadoras de salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes. Esta disposición entrará en vigencia a partir del primero (1) de julio de dos mil trece (2013). (76)

Se sabe que la nómina de una institución de salud, ocupa gran parte del presupuesto para el funcionamiento, con un factor prestacional no menos del 60% y que en épocas de hacer contención de gastos y crisis económica

gran parte de los administradores piensan como primera opción en hacer recortes y precarización del recurso humano, que si bien es un factor que genera gastos pero también del que depende el funcionamiento de la empresa. Por lo tanto en situaciones como estas, el administrador debe pensar en la reducción de otros gastos antes que el del recurso humano, ya que al precarizar su trabajo, disminuye calidad, productividad, insatisfacción en el usuario, mayor carga laboral y un ambiente organizacional desagradable. Llama la atención que dos de los artículos señalan la estabilidad laboral es decir ser *contratado de planta* en la institución representa riesgo para Síndrome de Burnout.

La estructura organizacional rígida con supervisión controlante como causa de agotamiento emocional, es mencionada en los artículos como la supervisión estricta e intromisión del jefe. Además el exceso de presión se asoció con el Síndrome de Burnout. Se ha visto que un modelo de administración basado en la supervisión de tiempos, de tareas, genera deshumanización y cansancio en los trabajadores. Algunos administradores 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. (19)

Según Elton Mayo quien desarrolla la teoría humanista de administración afirma que la tarea básica de la administración es formar una élite capaz de comprender y de comunicar, compuestas por jefes democráticos, persuasivos y apreciados por todo el personal. En lugar de intentar que los empleados comprendan la lógica de la administración de la empresa, los administradores deben comprender las limitaciones de esa lógica, y ser capaz de entender la de los trabajadores. (77)

Mientras se conjugue y se aplique esta teoría administrativa humanística, se logrará una organización más humana y cooperativa, en donde los objetivos empresariales no se basen estrictamente en la eficiencia sino que a su vez estos sean compatibles con los de los trabajadores. Según Mayo, el conflicto social entre la empresa y el empleado debe evitarse a toda costa mediante una administración humanizada que implante un tratamiento preventivo y profiláctico. Las relaciones humanas y la cooperación son la clave para evitar el conflicto social. (77)

Del mismo modo, la administración implica una planeación cuidadosa y el establecimiento de una estructura organizacional que ayudará a las personas en el logro de los planes. Sin embargo, poco se consigue con todas esas funciones administrativas si los administradores no saben cómo dirigir a las personas y como entender los factores humanos de sus operaciones de manera que se alcancen los resultados deseados. El uso de una administración rígida, va de acuerdo a como el administrador vea a sus empleados. Para entender esto se hablará de la teoría XY de de McGregor. Él expresa dos puntos de vista sobre la naturaleza de las personas. En la teoría X plantea los supuestos tradicionales acerca de la naturaleza de las personas así:

1. Los seres humanos promedio tienen un disgusto inherente por el trabajo y lo evitarán.
2. Debido a esta característica humana de disgusto por el trabajo, la mayoría de las personas deben ser obligadas, controladas y dirigidas y amenazadas con castigos para conseguir que se potencie un esfuerzo adecuado para alcanzar los objetivos organizacionales.

3. Los seres humanos promedio prefieren ser dirigidos, no quieren responsabilidades, tienen pocas ambiciones y quieren seguridad ante todo.

Esta teoría es pesimista, estática y rígida. El control es principalmente externo, impuesto por el superior al subordinado. Es probable que de acuerdo a este modelo se esté guiando el tipo de administrador rígido que se evidenció en los estudios analizados y por lo tanto configuran una fuente de estrés para el trabajador. (78)

En contraste la teoría Y, habla sobre la naturaleza de las personas de la siguiente manera:

1. El gasto de esfuerzo físico y mental en el trabajo es tan natural como descansar o jugar.
2. El control externo y las amenazas de castigos no son los únicos medios para impulsar un esfuerzo por alcanzar los objetivos organizacionales. Las personas ejercerán su propia dirección y control al servicio de los objetivos comprometidos.
3. El grado de compromiso con los objetivos es proporcional al tamaño de las recompensas que trae alcanzar los objetivos.
4. Los seres humanos aprenden, en las condiciones adecuadas, a aceptar sus responsabilidades y aun a buscarlas.
5. La capacidad de adquirir algún grado de imaginación, ingenio y creatividad para resolver los problemas está muy distribuida en la población.

6. En las condiciones de vida industrial moderna, las facultades intelectuales del ser humano promedio se aprovechan apenas parcialmente.

Esta teoría es optimista, dinámica, y flexible con el enfoque en la dirección personal y la integración de necesidades individuales a las exigencias organizacionales. Esta teoría está en la posición en la que el buen administrador reconoce la dignidad y las capacidades, así como las limitaciones de las personas y ajusta su comportamiento según lo requiera la situación. (78). Esto se evidenció en uno de los estudios revisados en donde la forma de dirección es un poco más participativa, se le brinda oportunidades al trabajador, se presta atención a sus sugerencias y no está presente la represión, todo esto representando protección para el Síndrome de Burnout. La teoría Y no está en desacuerdo con el uso de la autoridad. Según esta teoría la autoridad es una de las muchas formas como el administrador ejerce su liderazgo. (78)

Por lo tanto el tener una estructura organizacional rígida con supervisión controlante, está íntimamente relacionado con el tipo de liderazgo del administrador. La capacidad de dirigir eficazmente es una de las claves para ser un buen administrador. El punto central es la existencia de roles claros y un grado de discreción y autoridad en la que el administrador apoye sus acciones.

El liderazgo es para Harry Truman presidente de los Estados Unidos, es la capacidad para hacer que los hombres hagan lo que no quieren hacer y les guste hacerlo. El líder no se pone detrás del grupo para empujarlo; se coloca delante, a modo de facilitar el progreso e inspirar al grupo para lograr las metas organizacionales. (78).

Los líderes anticipan el futuro, inspiran a los miembros de una organización y trazan el curso de la empresa. (78). Todo líder debe tener por lo menos cuatro elementos importantes como:

- La capacidad para ejercer el poder de manera eficaz y responsable.(78)
- La capacidad de entender que los motivos de los seres humanos varían con el tiempo y las situaciones. (78). Esto es muy importante ya que un gerente autoritario, muchas veces no piensa en los factores que afectan la motivación de sus empleados sino que se preocupa es por las utilidades de la empresa y el rendimiento del personal. El administrador debe conocer las teorías de cómo motivar a sus trabajadores, y saber aplicarlas. Cuanto más las comprenda y las aplique en sus actividades administrativas, más probable que sea eficaz como líder.
- Las habilidades para inspirar.(78)
- La capacidad para cultivar un ambiente propicio para inducir esos motivos y sus respuestas.(78)

Este tipo de líder es el ideal que debería existir al interior de las organizaciones. Actualmente en el mundo existe el tipo de líder autocrático el cual exige y espera cumplimiento, es dogmático y positivo y dirige aprovechando su poder de dar y restringir las recompensas y castigos. Y es posiblemente este tipo de líder el que predispone a que sus trabajadores se estresen y padezcan el Síndrome de Burnout. Sin embargo el uso de cualquier estilo de liderazgo dependerá de la situación en la que se encuentre el administrador, en ocasiones como emergencias en donde la toma de decisiones debe ser rápida es necesaria ser autocrático. (78)

Tener pocos recursos materiales para realizar la tarea, se asoció con las tres escalas del Síndrome y además con el síndrome en general, además el

poseer pocos recursos humanos que se asoció al Síndrome de Burnout. El no tener recursos humanos y materiales para realizar la tarea además de generar discomfort, genera sobrecarga de trabajo y desmotivación en el trabajador. Quizás es una de las condiciones básicas que todo administrador debe garantizar en el interior de la institución que dirige, para que funcione de forma adecuada. No solamente esto sino hacer una buena utilización de los recursos disponibles, es decir utilizando el principio de eficiencia en su quehacer.

Para Grazziano y Bianchi sentir que el trabajo es importante, poseer las condiciones materiales y emocionales necesarias para ejercerlo con autonomía y seguridad, además del reconocimiento público por lo que se hace son cualidades indispensables para garantizar la motivación, compromiso y productividad. (15).

El trabajar por turnos se asoció con las tres subescalas y con el Síndrome de Burnout en general. La turnicidad, el horario irregular debido a la realización de turnos ha sido también una de las causas relacionadas con Síndrome de burnout. (18).

El trabajo hospitalario implica jornadas laborales ininterrumpidas, es decir, durante las 24 h del día y durante los 365 días del año. Esto implica que deba procederse a la organización de los turnos de trabajo (mañana, tarde y noche), lo cual puede tener serias repercusiones sobre la salud de los trabajadores, especialmente en los del turno de noche. Los trabajadores de los turnos de noche pueden presentar una serie de alteraciones y patologías, consecuencia de varios tipos de factores como: modificaciones del ritmo circadiano, alteraciones del sueño, repercusiones sobre la vida familiar y errores en la práctica. (79)

En Estados Unidos se realizó una estrategia en médicos respecto a la realización de turnos nocturnos y disminución de la carga de trabajo; se pretendió modificar en los médicos residentes y especialistas, la restricción a 80 horas semanales de trabajo, como parte de una política nacional educativa en los médicos con miras a disminuir el error y aumentar la salud mental de los profesionales. Sin embargo, los efectos de esta medida, en términos de complicaciones, seguridad para el paciente, calidad de la educación y satisfacción de los médicos, han sido controversiales, lo cual indica una multicausalidad en el desarrollo del estrés ocupacional y resalta la complejidad del tema.(80)

La ausencia de capacitación y formación en nuevas tecnologías también representó una causa de agotamiento emocional y Síndrome de Burnout general. Cualquier cambio en el interior de la empresa genera trauma e incertidumbre en los integrantes de la misma, por lo tanto se hace indispensable que al realizar la introducción de una nueva técnica, un nuevo instrumento o equipo se capacite al personal que se encuentra implicado en su manejo o cumplimiento, esto genera claridad, motivación y evita confusiones y frustración. Las nuevas tecnologías afectan a los profesionales, facilitando o entorpeciendo el desempeño de las tareas, y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo. (30).

Como estrategia en Colombia las empresas prestadoras de servicios de salud, deberían tener formado un comité de educación, el cual esté encargado de capacitar, informar y entrenar a los trabajadores, no solo por el beneficio que trae hacia el trabajador de forma directa en cuanto a motivación, sino porque permite la mejor utilización de equipos, la disminución de errores, disminución de costos y por lo tanto mayor seguridad en la atención del paciente.

El bajo reconocimiento por la tarea realizada ya sea por parte de la dirección, compañeros y pacientes, se encontró relacionado con agotamiento emocional, despersonalización y Síndrome de Burnout. Se sabe que la persona humana es motivada esencialmente por la necesidad de “estar en compañía”, de “ser reconocida”, de acceder a una comunicación adecuada. Elton Mayo está en desacuerdo con la afirmación de Taylor según la cual la motivación básica del trabajador es sólo salarial (homo economicus), puesto que éste se preocupa por producir el máximo posible, si sus condiciones físicas se lo permiten, para obtener una remuneración más elevada. Según Mayo, la organización eficiente no garantiza por sí sola mayor producción porque es incapaz de elevar la productividad, si no se identifican, localizan y satisfacen debidamente las necesidades psicológicas del trabajador. (77)

Lodi intenta explicar las diferencias en las posiciones de Taylor y de Mayo apoyándose en el hecho de que el primero escaló posiciones en la empresa mediante un trabajo arduo y dedicado, por tanto, creía que todos los empleados estaban motivados por los mismos intereses, mientras que el segundo era un sociólogo que vivía casi exclusivamente en el medio universitario, disgustado por las condiciones de los obreros de su tiempo y por la poca posibilidad de satisfacción de sus necesidades psicológicas y sociales. Pero lo que si se ha evidenciado es que no solo el reconocimiento económico, satisface al trabajador, por lo tanto el no reconocerlo y tenerlo encuentra lo desmotiva y lo hace sentir agotado. (77)

Otra teoría que destaca la importancia del reconocimiento de los trabajadores como técnica de motivación es la de reforzamiento de Skinner. Este enfoque denominado refuerzo positivo o modificación de la conducta, sostiene que los individuos se motivan en un entorno laboral bien diseñado y por el reconocimiento de su desempeño. Además que el castigo por un mal trabajo produce resultados negativos. Aunque el castigo elimina el

comportamiento indeseable más rápido, su efecto es solo temporal y puede producir efectos secundarios desagradables incluyendo comportamientos disfuncionales, conflictos en el lugar de trabajo, ausentismos y rotación. Por lo tanto el gerente no debe castigar, se debe ignorar el comportamiento desfavorable. (78)(81).

La teoría de reforzamiento afirma que lo que controla el comportamiento son los reforzadores, que cuando se presentan inmediatamente después del comportamiento deseado, aumenta la posibilidad de que este comportamiento se repita. Esta teoría de reforzamiento se centra en lo que le sucede a una persona cuando lleva a cabo alguna acción. De esta manera el gerente puede influir en el comportamiento de sus empleados al reforzar las acciones que considere deseables (81). De ahí la importancia de reforzar continuamente las tareas de los trabajadores y como se observó el no hacerlo genera desmotivación y un mayor riesgo de padecer de Síndrome de Burnout.

Fragmentación del cuidado del paciente: pasar menos tiempo al cuidado del paciente, está relacionado con las tres subescalas y a su vez con Síndrome de Burnout. En los estudios revisados se encontró como fragmentación del cuidado dedicar menos del 60% de la jornada a los pacientes, estuvo relacionado específicamente con agotamiento emocional y despersonalización. A su vez el pasar mayor tiempo con los pacientes fue protector para disminuir la baja realización personal, ya que existe más tiempo para comunicarse con el usuario según uno de los estudios (23). Otro de los estudios manifiesta que el permanecer entre el 50 y el 70 % de la jornada está relacionado con Síndrome de Burnout. Es posible que como indican los artículos el pasar más tiempo con los pacientes genere mayor realización personal pero a su vez, genera mayor agotamiento y despersonalización.

La ambigüedad de rol se encuentra relacionada con las tres subescalas. La ambigüedad de rol entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos para con los que debe ser ejecutada, en este sentido el trabajador no tiene clara la descripción de su trabajo, ni cuáles son sus objetivos, hay dudas e incertidumbre respecto de lo que realiza. (18).

Un rol se refiere a una serie de patrones de comportamiento que se espera de alguien que ocupa una posición determinada de una unidad social. La ambigüedad de roles surge de las tareas mal definidas en la organización. (82). Hay muchas causas posibles de tal ambigüedad. Kant y sus colaboradores citan el tamaño de la organización, su complejidad y crecimiento, todas las cuales crean demandas de información que sobrepasan la capacidad de comprensión de la persona. Los cambios frecuentes en el ambiente o tecnología de la empresa, lo mismo que las circunstancias gerenciales, como canales restringidos de circulación, también contribuyen a la ambigüedad de roles. Esta ambigüedad está asociada a la ansiedad y disminución de la productividad. (82).

Por lo tanto para evitar la existencia de la ambigüedad de rol dentro de la institución de salud es necesario que el administrador identifique si en la empresa en la que labora hay planes de cargos, manuales de funciones, canales de comunicación eficientes, que permitan al empleado conocer sus responsabilidades y labores para las cuales fue contratado, evitando confusiones, ansiedad, y errores en la labor asistencial. Si los roles están bien estructurados y hay una delimitación de funciones y responsabilidades, podrán cumplirse los objetivos. (83)

En uno de los artículos estudiados la baja realización disminuía cuando aumentaba la claridad de cómo realizar la tarea, por lo tanto actuaba como medida preventiva. (23)

La ambigüedad de rol también guarda cierta relación con la teoría de la administración científica de Taylor la cual se preocupó por las técnicas de racionalización del trabajo del obrero, a través del estudio de tiempos y movimientos. Uno de los aportes aun utilizado y que se ha convertido en imprescindible es la estandarización de procesos. Taylor se encargó de estandarizar los utensilios, materiales, maquinaria, equipo, métodos y procesos de trabajo a ser utilizados. (84)

Según esta teoría al trabajador no se le puede dejar nada al azar, que en la época fue estricta y calificada por muchos como inhumana, pero que dejó un gran aporte y que permite en las actuales empresas de salud se hable de la estandarización de múltiples procesos, con el fin de que se realicen de forma ordenada y adecuada por todos, lo que lleva consigo a su vez la reducción de costos. *La ambigüedad de rol* se relaciona con esta teoría en el sentido que la estandarización de procesos permite saber quién y cómo realizar el proceso.

La insatisfacción laboral estuvo relacionada con agotamiento emocional y con Síndrome de Burnout. Del mismo modo el tener satisfacción laboral, actúa como protector para el Síndrome de Burnout. En el estudio realizado por Gómez Esteban, se constató que la satisfacción laboral se correlaciona directamente con la organización, el buen funcionamiento de la institución, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales con los compañeros y jefes. Así, a mayor satisfacción, menor conflictividad y menor ansiedad y estrés.

Reig Ferrer y Caruana Bañó plantean que la insatisfacción laboral es la que actúa sobre el estado de salud de los médicos. Algunos de los factores que influyen en la satisfacción laboral, según estos autores son: número de horas de trabajo, guardias, falta de ocio, escasez de tiempo en la consulta, dificultad de los diagnósticos, relación con pacientes disfuncionales, ansiedad sobre el futuro, relaciones con los compañeros, urgencias inesperadas y excesivo trabajo administrativo. Estos autores concluyen con la interesante idea de que buena parte de la insatisfacción se produce cuando el médico tiene expectativas irreales en relación con su trabajo y cuando se compromete excesivamente a nivel emocional. (84)

El trabajo del administrador no es manipular a las personas, sino conocer que las motiva. A través de la función de la dirección, los administradores ayudan a las personas a que puedan satisfacer sus propias necesidades y desenvolver su potencial, al tiempo que contribuyen a las metas de la empresa. Por consiguiente, los administradores deben entender los papales que asumen las personas, su individualidad y su personalidad. (78)

La falta de tiempo para ocio, se relacionó con el agotamiento emocional y Síndrome de Burnout. La falta de tiempo de ocio fue mencionado como no disponer en absoluto de ocio, o tener menos de dos horas o muy poco en el día. *Da Silva et al* también encontraron que a más horas de ocio, menos cansancio emocional. (24). Si se compara el ocio con las vacaciones, el impacto de las vacaciones en el manejo del Síndrome de Burnout resulta en una mejoría en sus componentes, pero hay un retorno a los niveles previos al descanso, cuatro semanas después de la reincorporación al trabajo, lo que indica que la influencia del ambiente de trabajo y los aspectos organizativos son factores determinantes fundamentales en su manejo. (80)

Aristóteles decía que el trabajo y el descanso son necesarios, pero consideraba que el descanso era preferible. El reposo o el cese de las actividades, a lo que Aristóteles también llamaba “juego”, proporciona alivio para el intelecto fatigado. (85)

Pero tan solo dar un tiempo de descanso a los trabajadores no debe ser una medida aislada, debe conjugarse con todos los estresores organizacionales que determinan riesgo para sufrir el Síndrome de Burnout.

El mal clima laboral se asoció con despersonalización, baja realización personal y con el Síndrome de Burnout. Representado como relaciones conflictivas con el equipo de trabajo, falta de colaboración y cohesión entre compañeros.

El trabajo es una actividad típicamente grupal. Fue una de las conclusiones que sacó Elton Mayo en su investigación de Hawthorne. Plantea que el nivel de producción está más influenciado por las normas de grupo que por los incentivos salariales y materiales de producción. Según Mayo, la actitud del empleado frente a su trabajo y la naturaleza del grupo en el cual participa son factores decisivos en la productividad. El obrero no actúa como individuo aislado sino como miembro de un grupo social. Los cambios tecnológicos tienden a romper constantemente los lazos informales de amistad dentro del trabajo y a privar al obrero del espíritu social porque debe responder por su producción. Por lo tanto si la dinámica grupal se hace patológica, se generan afectos y sentimientos negativos. Esta dinámica institucional puede enfermar a los profesionales y afectar el proceso de atención de los usuarios. (77)

La falta de apoyo social por parte de la institución, compañeros de trabajo se asoció a baja realización personal, a su vez se vio que el tener apoyo social actúa como medida preventiva del Síndrome de Burnout. El apoyo que la dirección presta a los empleados juega un papel importante a la hora de

determinar si el personal llegará a padecer en el futuro de agotamiento emocional. El apoyo de los supervisores es importante y da lugar a la disminución de los niveles de "Burnout". (23).

La falta de compañerismo y un control deficitario por parte de la dirección son factores que generan despersonalización y agotamiento emocional. Los beneficios de una interacción social positiva en el ambiente laboral están íntimamente relacionados con la prevención de este síndrome (23). Algunas de las causas de la falta de compañerismo son: a) los límites hasta los que llega la responsabilidad de cada uno de los trabajadores no están claros en cuanto a las funciones y obligaciones, b) la falta de comunicación en el trabajo, c) la limitada participación del empleado en la toma de decisiones y el miedo que dificulta el cambio como consecuencia de la falta de motivación (23).

La percepción de bajos salarios se asoció con el Síndrome de Burnout. Cuando no hay una adecuada correspondencia entre el ingreso y las expectativas económicas es posible que el trabajador se estrese y además lo conduzca a conseguir otras fuentes de ingreso, como un segundo o tercer trabajo, que es muy frecuente dentro de los profesionales de la salud.

El tipo de empresa: se observó que trabajar en un hospital de enseñanza representa riesgo para tener Síndrome de Burnout. Y trabajar en una empresa pública representa riesgo para tener el tanto el Síndrome de Burnout como despersonalización. Quizás este fenómeno se dé por los escasos recursos para trabajar, el retraso en pagos de salarios, la actitud de empleados que pertenecen al área pública por la seguridad del empleo que en ocasiones sin un determinado control no realizan la tarea de la mejor manera, o en caso contrario, el exceso de controles que conlleva a mas

estrés. Como se reflejó en los resultados el tener un contrato con estabilidad laboral no exime de poder tener el síndrome.

El no tener habitaciones confortables para los médicos se encontró relacionado con el Síndrome de Burnout. En este caso, las habitaciones representan la calidad del descanso sobretodo en turnos nocturnos, que en la actualidad en muchas instituciones de salud Colombianas se encuentra prohibido, medida que debería ser recapacitada por los administradores ya que como se venido hablando se está trabajando con “humanos” y no con maquinas.

Se mencionaron dos causas relacionadas con la tarea en los resultados que corresponden a la profesión y el sitio de trabajo con el fin de dar información de aquellos profesionales que se encuentran más afectados y el sitio de trabajo más vulnerable para padecer el Síndrome de Burnout.

El sitio de trabajo como trabajar en áreas de urgencias, hospitalización y oncología, psiquiatría, se encontró relacionado con agotamiento emocional, despersonalización y Síndrome de Burnout. No se encontró relación con áreas críticas como las unidades de cuidado intensivo y cirugía. Probablemente en las áreas no críticas se tiene un mayor volumen de pacientes, mayor contacto con familiares quienes tienen múltiples dudas por tanto es posible que estos profesionales se encuentren en mayor riesgo. Además dentro de los estudios consultados el número de artículos que estudiaban áreas críticas fue reducido.

Las profesiones en riesgo para el agotamiento emocional, se encontró principalmente el desempeñarse como médico general y médico especialista en urgencias y medicina interna, estos últimos también se relacionaron con despersonalización al igual que el ser enfermera profesional. El

desempeñarse como médico especialista también se relacionó con baja realización personal. Y el desempeñarse como auxiliar de enfermería se relacionó principalmente con el Síndrome de Burnout general.

Quizás son profesiones en las que tienen el mayor contacto directo con los pacientes, sumado a las jornadas de trabajo con múltiples tareas y responsabilidades, las hacen muy vulnerables.

Análisis de consecuencias

Al analizar los datos de las consecuencias, se encuentra que la principal es *el absentismo laboral y las incapacidades*, secundarias a agotamiento emocional, y Síndrome de Burnout. Lo que se ve representado en aumento de costos para la organización, mayor carga laboral para otros empleados, y menor productividad para la empresa. El administrador no debe esperar que las consecuencias inicien por afectar la empresa, es necesario pensar en el bienestar del recurso humano, ya que es un beneficio organizacional.

La intención de abandonar la profesión también se reflejó como consecuencia de agotamiento emocional, baja realización personal y Síndrome de Burnout. Quizás por el no cumplimiento de las expectativas que se tenían al iniciar la carrera, esto puede cambiar si parte de los estresores organizacionales disminuyen.

Las consecuencias más importantes del Burnout en las organizaciones repercuten sobre los objetivos y los resultados de estas, y entre ellas cabe citar el *la satisfacción laboral disminuida*, y *la intención de abandonar el trabajo*, *turnover* entendida como la rotación del personal por salidas de trabajadores de la empresa, y *el aumento de accidentes laborales y errores médicos*.

La salida voluntaria del empleado (turnover) trae consecuencias negativas para la organización, pues aumenta los costos de reclutamiento selección, capacitación de nuevos profesionales, además de la pérdida de profesionales con experiencia y que ya conocían las rutinas administrativas, así como la caída en la calidad de la atención a los clientes, generando insatisfacción e intensificación de conflictos.

El costo calculado, generado por el *turnover* de enfermeros en los Estados Unidos de América, gira en torno de US\$ 10,000 a US\$60,000 por enfermero, según la especialidad. Los costos indirectos del *turnover* entre enfermeros generan un gran impacto en la economía de la institución hospitalaria debido a la combinación de efectos tales como: caída en la productividad que continúa por un periodo de tiempo después del contrato de un sustituto, no solamente en relación al individuo sino al equipo de trabajo. (15).

Los accidentes ocupacionales como hallazgo interesante en un estudio analizado en el presente trabajo, se observó que existe una asociación significativa entre los accidentes biológicos y los cirujanos con estrés laboral, y su probabilidad de presentación fue dos veces mayor, que entre los no afectados. (38).

Los errores médicos también son una realidad que ponen en peligro la vida de los pacientes, como las prescripciones de exámenes o tratamientos no necesarios, la mala administración de medicamentos etc., afectando directamente la seguridad tanto del profesional como del usuario que requiere la atención.

Mejorar la seguridad de los pacientes, se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas de salud y en la

actualidad en el mundo se han adoptado estrategias en las instituciones de salud para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la atención en salud. Debido a que los errores clínicos en la prestación de los servicios de salud pueden tener consecuencias graves que incluyen la muerte de los pacientes.

La producción de errores médicos y eventos adversos involucra factores institucionales y de las personas, gubernamentales y académicos. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo continuo para el mejoramiento de los factores humanos, llevarán a actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud. Por lo tanto una de las tantas estrategias para la seguridad del paciente debe estar enmarcada en conocer si el personal que atiende se encuentra en condiciones óptimas de salud. No solo a nivel fisiológico sino también mental. (86)

Por otra parte *The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHCO), ha establecido programas de evaluación de calidad, que la define como el grado en que los servicios de atención al cliente aumenta la probabilidad de obtener los resultados deseados por él y reduce la probabilidad de los efectos indeseados y de conformidad con el estado real del conocimiento. (87)

Los administradores deben velar por una atención segura, ofrecer niveles óptimos de calidad en la atención de los pacientes de igual manera mantener estrategias para la disminución de estresores y el afrontamiento de los mismos en todo el personal que la integra, ya que puede llevar a consecuencias graves para el paciente y para el propio trabajador y que en

ocasiones la gran mayoría de los errores y eventos derivados de la atención son prevenibles. (86)

CONCLUSIONES

Debido a la cantidad de causas y consecuencias derivadas de este síndrome para los pacientes, para los trabajadores y para la sociedad en general es importante que se constituyan fuentes de análisis e intervención por parte de las entidades de salud en general, las asociaciones gremiales, los entes reguladores y el Estado, como parte de una política de mejoramiento del ambiente de la organización, de salud ocupacional, de la búsqueda de la calidad y de la consecución de resultados seguros para la atención de los pacientes. (38). Debe convertirse la identificación y control de este Síndrome, tarea de las entidades de salud como una política de seguridad del paciente.

Según Albrecht toda organización, por ser un sistema social, posee una ecología humana distinta que influencia en los procesos cognitivo-emocionales de los individuos que en ella trabajan. El autor alerta de que la visión de una organización es diferente para cada grupo de trabajadores; mientras que para los ejecutivos y directivos de la empresa posee una connotación económica, para los trabajadores posee una característica social. O sea, una organización con óptimo desempeño económico, en la visión de sus dirigentes es una empresa “muy bien administrada”. Mientras que la misma empresa, en la opinión de quien en ella trabaja, puede ser vista como un lugar desagradable y deshumano. (15). Por lo tanto el gerente debe contemplar al recurso humano, como tal “humano” y no como maquina de producción de un bien económico.

Si bien, un recurso humano satisfecho, en un clima laboral agradable, reconocido por el buen ejercicio de su trabajo, con oportunidades de desarrollo y ascenso, con estabilidad económica, es clave para el compromiso y cumplimiento de las metas que la institución se proponga. Esto va en la dirección de la teoría administrativa *orientada a las personas* o teoría

humanística de Elton Mayo en la cual se promueve una verdadera revolución conceptual en la teoría administrativa: si antes el énfasis se hacía en la tarea (por parte de la administración científica) y en la estructura organizacional (por parte de la teoría clásica de la administración), ésta hace en las personas que trabajan o participan en las organizaciones. (77)

En el enfoque humanístico, la preocupación por la máquina y el método de trabajo, por la organización formal y los principios de administración aplicables a los aspectos organizacionales ceden la prioridad a la preocupación por el hombre y su grupo social: de los aspectos técnicos y formales se pasa a los aspectos psicológicos y sociológicos. (77)

RECOMENDACIONES

❖ RECOMENDACIONES PARA GERENTES Y FUTURAS INVESTIGACIONES

Después de haber realizado el presente trabajo se recomienda para los administradores:

1. Las empresas se debe diseñar métodos y estrategias, con el fin de prevenir y controlar la presencia del Síndrome de Burnout dentro del personal de salud. Ya que las acciones que se realicen con este fin contribuyen de forma directa a mejorar la calidad de asistencia a los pacientes, la cual no solo se debe basar desde la gerencia en medidas económicas, compra de equipos o instalaciones, control de gasto en la prestación y la atención, sino que debe tener en cuenta el factor humano, el cual es el mayor y el más importante recurso de trabajo de las instituciones de salud.
2. En el sector de la salud, los comportamientos de alto riesgo son perjudiciales en que influyen en el rendimiento laboral, bienestar en el trabajo y la calidad de la atención prestada al paciente. Por lo tanto en los servicios de salud debe realizar diagnósticos de Síndrome de Burnout, para conocer realmente el personal que se encuentra en riesgo, incluyendo la evaluación de la condiciones de trabajo y la gestión del estrés relacionado con el trabajo y del mismo modo preguntar a los trabajadores, las sugerencias que darían para orientar las acciones de mejora en la institución.(63)

Un ejemplo es un estudio realizado en Kenia en trabajadores de salud mental de un hospital psiquiátrico, en donde preguntaban las sugerencias

para mejorar el rendimiento en el trabajo, los cuales respondieron así: (69)

- Mejores condiciones de trabajo en términos de salario a tiempo, aumentos, ascensos del personal y mejora de la planta física y los servicios médicos (28%).
- Mejora de las relaciones de trabajo entre la dirección y otros miembros del personal y la participación del personal en la toma de decisiones (10%).
- La motivación del personal a través de incentivos como tener un médico de atención de tiempo completo, prestaciones y más días de vacaciones (22%).
- Mejora de los servicios de bienestar del personal, incluyendo el asesoramiento, aumento del personal de contratación, el personal más profesional y oportunidades de capacitación para el personal (15%).

En Kenia, hay una escasez de recursos humanos y recursos físicos para los servicios de salud mental en comparación con los de los países del oeste. Por lo tanto el personal que proporciona servicios de salud mental es probable que se someta a un exceso de trabajo en ambientes que son totalmente inadecuados (69). Pero no es una realidad que se encuentra muy lejos de la realidad Colombiana, en donde aun hoy en día existe vulneración de los derechos básicos de los trabajadores.

Se sabe que un indicador de la calidad del empleo en una sociedad como la Colombiana, implica si el trabajador está protegido o no por los derechos del trabajo y los derechos derivados del trabajo como: el pago de un salario mínimo, la afiliación a la seguridad social en salud,

pensiones y riesgos profesionales; las vacaciones pagas, el pago de la prima de servicios, de las cesantías y de los intereses a las cesantías; la protección de los derechos de derivados de la maternidad; la protección de la salud en los lugares de trabajo; la protección especial de la estabilidad laboral de ciertas categorías de trabajadores en condición de minusvalía; la prohibición del trabajo infantil, de la discriminación en el trabajo y del trabajo forzoso; la dotación y el subsidio de transporte; el pago de indemnizaciones por despido injusto; el derecho a constituir sindicatos y a negociar efectivamente las condiciones de trabajo y de empleo. (74)

No puede haber mejor indicador del grado de civilización de una sociedad, del nivel y amplitud de su democracia y de la calidad de vida que ofrece a sus miembros, que la forma como se promueven y están protegidos estos derechos, en tanto es la actividad del trabajo la que más liga estrechamente las nociones de libertad e igualdad a las condiciones reales de su ejercicio y que le permite al empleado desarrollarse dentro de unas condiciones mínimas y aceptables. (74)

- 3.** Realizar estudios que permitan conocer de forma certera las causas del Síndrome de Burnout para el trabajador de la salud, con el fin de prevenir, neutralizar o amortiguar los efectos negativos de estas desde la dirección. Es posible que muchos gerentes de las instituciones de salud no estudien este síndrome ya sea por desconocimiento o temor de encontrarlo en el interior de su empresa, ya que este representa un problema serio de salud ocupacional y errores en la administración del recurso humano, pero es necesario identificarlo e intervenirlo de manera eficaz, que permita liberar obstáculos para llevar a cabo la misión que es de brindar calidad y cantidad apropiada de cuidado a los usuarios que requieren una

atención en salud, por lo tanto representa una buena inversión para el futuro.

4. Estudiar a fondo las consecuencias que genera el Síndrome de Burnout en el interior de las instituciones ya que no se encuentran documentos que estudien de forma específica con cifras que nos permitan sacar conclusiones, sino que son estudios muy generales los cuales se limitan a estudiar la prevalencia del síndrome y en algunos la relación con otras variables de tipo socio-demográficas y en escasos casos las relacionadas con la tarea y la organización, pero no analizan las consecuencias del síndrome que son los que permiten tomar decisiones en el interior de una organización.
5. Desde el área de investigación existe la necesidad de realizar de realizar estudios más cualitativos, mediante la formación de grupos de discusión, que pretendan conocer las necesidades de los profesionales de la salud de manera que puedan manifestar abiertamente la problemática que conlleva su tarea asistencial, objetivar sus preocupaciones, frustraciones, molestias y posibles vías de prevención y solución. Tal como aconsejan *Reig Ferrer et al*, se necesita ampliar los estudios de los estresores profesionales específicos para así diseñar programas terapéuticos que ofrezcan soluciones eficaces contra el estrés laboral. (24).
6. Realizar estudios posteriores en las instituciones de salud acerca de los costos derivados del trabajador con Síndrome de Burnout, para conocer a fondo los costos de incapacidades laborales y absentismo derivados, ya que la parte económica en la actualidad es uno de los aspectos más importantes a los que se le presta atención dentro de cualquier institución de salud.

❖ RECOMENDACIONES DE INTERVENCION PARA GERENTES

1. Delimitar claramente las metas a los trabajadores y de retroalimentación oportuna de sus logros.
2. Generar instrucciones claras, crear manuales de funciones y cargos.
3. Evaluar los plazos para los trabajos asignados en forma razonable, para evitar exceso de presión.
4. Manejar el conflicto de la personalidad directamente, antes de que se desmoralice el resto del grupo.
5. Evitar sobrecargas laborales, disponer del recurso humano necesario.
6. Crear programas que garanticen la calidad y seguridad del paciente de forma integral, de tal manera que el bienestar del trabajador como cuidador y responsable de la atención sea prioridad para mantener dicha calidad y seguridad.
7. Efectúe revisiones periódicas del trabajo, para proporcionar retroalimentación exacta y oportuna.
8. Hacer notorio que el buen trabajo se nota y se aprecia, es decir realizar reconocimientos, incentivos no solo de tipo económico.
9. Fomentar la participación de los trabajadores en las actividades y decisiones que los implican.
10. Crear sistemas de información que permitan que toda la organización se encuentre actualizada respecto a cambios, actividades y temas de interés.
11. Mantener un sistema de educación y capacitación en el interior de la institución para los profesionales que lo requieran.
12. Desde el área de salud ocupacional contar con un programa que ayude al trabajador a identificar los estresores y que sepa cómo afrontarlos.
13. Permitir y fomentar en los empleados desarrollar sus intereses en otras actividades diferentes al trabajo, que involucren familia y compañeros.

- 14.** Brindar condiciones laborales estables y suficientes para que una persona no deba tener tres o más trabajos y permanezca por tiempos largos en las instituciones. Esto conlleva a mayor compromiso, satisfacción y más concentración de esfuerzos en una sola empresa.
- 15.** Favorecer en los lugares de trabajo tiempos de supervisión y apoyo por parte de los colegas.(88)

BIBLIOGRAFIA

1. Vinacci Alpi S, Alvaran L. El síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio. Rev Univ. psychol [revista en la internet] 2004 [citado 2010 Diciembre 3]; 3(1):35-45. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=425686&indexSearch=ID>.
2. Ferrel R, Sierra E, Rodríguez M. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. Revista Duazary [revista en la internet] 2010 [citado 2010 Diciembre 4]; 7(1): 29-40 Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=61524&id_seccion=2051&id_ejemplar=6194&id_revista=127
3. Palmer Y, Gómez A, Cabrera C, Prince R, Searcy R. Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. Rev Salud Mental [revista en la Internet] 2005 [citado 2010 Noviembre 10]; 28(1): 82-91 Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=32083&id_seccion=1169&id_ejemplar=3301&id_revista=1
4. Paredes O, Sanabria-Ferrand P. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar Psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Rev Med [revista en la internet] 2008 [citado 2011 Diciembre 4] 16 (1): 25-32. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/910/91016105.pdf>
5. Sandoval C, González P, Sanhueza L, Borjas R, Odgers C. Síndrome de burnout en el personal Profesional del hospital de Yumbel. Rev Cuad. méd.-soc. (Santiago de Chile)[revista en la internet] 2006 [citado 2011 Enero 10]; 46(4):268-273. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA
CS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=464583&indexSearch=ID

6. Aranda C, Pando M, Salazar JG, Torres TM, Aldrete M, Pérez M. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet] 2005 [citado 2011 Mayo 10]; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200005&lng=es
7. Moreno B, Garrosa E, Morante ME, Rodríguez Carvajal R. El desgaste profesional o *Burnout* en los profesionales de oncología. Boletín de Psicología, No. 79, Noviembre 2003, 7-20. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N79-1.pdf>.
8. Quiceno JM, Vinaccia A. *Burnout: "Síndrome de Quemarse en el trabajo (Sqt)"*. Acta Colombiana de Psicología [revista en la internet] 2007 [citado 2011 Enero 5]; 10 (2): 117-125. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000200012&script=sci_arttext
9. Camacho A, Juárez A, Arias F. Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos estudiantes. Disponible en: <http://factorespsicosociales.com/segundoforo/simposio/camacho-juarez-arias.pdf>. Consultado Marzo 23,2011.
10. Bertolote J, Fleischmann A. Desgaste del personal. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Red mundial de salud ocupacional. Cohnet. Invierno 2001-2002 N° 2. Disponible en: http://www.bvsde.ops-oms.org/foro_hispano/Empleo_precario.pdf
11. Tapia-Hernández TA, Ávalos-García MR, César-Vargas R, Franco-Alcántar RA, Gómez-Alonso AC, Rodríguez-Orozco A. Síndrome de Burnout en enfermeras de un hospital regional Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [revista en la internet] 2009 [citado 2011

- Febrero 12]; 17(1): 31-38. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091f.pdf>
12. Reyes J, Soloaga G, Pérez P. Dos Santos Antola L. 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 Vía Cátedra de Medicina [revista en la internet] 2007 [citado 2011 Marzo 9]; N°167 [7 páginas] Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista167/1_167.pdf
13. Maslach Cristina, citado En: MADRIGAL, Myleen. "Burnout" en médicos: Aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Revista de medicina legal de Costa Rica. [revista en la internet].2006. [citado 2011 Noviembre 23]; 23(2); 139. Disponible en:
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v23n2/3477.pdf>
14. ¿Qué es el Burn Out o Síndrome del "Quemado"? [en línea]. Disponible en:
<http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/concepto/index.htm>
15. Grazziano E.S, Ferraz Bianchi E.R. Impacto del estrés ocupacional y Burnout en enfermeros. Rev Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2011 Marzo 2]; (18). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100020&lng=es. doi: 10.4321/S1695-61412010000100020.
16. Observatorio permanente. Riesgos psicosociales. Guía sobre el síndrome de quemado (Burnout). Madrid: Comisión ejecutiva confederal UGT; 2006.
17. Salcedo K. Nivel del síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabaja en el Albergue Central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro". [Tesis para obtener el título de licenciada en enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2008.
18. Ortega C. López F. El *Burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Rev Int J Clin Health Psychol. [revista en la internet] 2004 [citado 2010 Diciembre 10]; 4(1):

- 137-160. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/ijchp-100.pdf>
19. Díaz R, Artigue T, Acosta M. Síndrome de Burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. Rev ADM. [revista en la internet] 2001 [citado 2011 Enero 03];58(2): 63-67. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2001/od012d.pdf>
 20. Savio S. El Síndrome del *Burn out* : un proceso de estrés Laboral crónico. Rev Hologramática [revista en la internet] 2008 [citado 2011 julio 1]:1(18): 121- 138. Disponible en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08_v1pp121_138.pdf
 21. Rubio C. Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de enseñanza secundaria.[tesis doctoral].Bajadoz: Universidad de Extremadura.2003
 22. Sánchez A, De Lucas García N, García-Ochoa M.^a J., Sánchez C, Jiménez J, Bustinza A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias pre hospitalario. Rev Emergencias [revista en la internet] 2001 [citado 2011 Mayo 15];13:170-175. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol13_3/170-175.pdf
 23. Adali E, Priami M, Evagelou H, Mougia V, Ifanti M, Alevizopoulos G. Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. Rev Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) [revista en la Internet] 2003 [citado 2011 Abril 12]; 17(3): 161-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2003000300004&lng=es. doi: 10.4321/S1579-699X2003000300004
 24. Ibáñez N, Vilaregut P, Abio Roig Anna. Prevalencia del Síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Rev Enfermería Clínica. [revista en la internet] 2004 [citado 2011 Mayo 10]; 14(3):142-51. Disponible en:

- <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/prevalencia-sindrome-burnout-estado-general-salud-un-13064156-originales-2004>.
25. Comisión Europea. Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. Unidad D.6. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»? 1999. Disponible en: http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/informes/Informe%20europeo%20Estres%20Laboral.pdf
 26. Villalobos G. Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. Revista Ciencia & Trabajo [revista en la internet] 2004 [citado 2011 Mayo 9]; 14: 197-201. Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/14/Pagina%20197.PDF>
 27. Jaimes Peña K. El estrés laboral va en aumento. 2010. [en línea]. Disponible en: <http://www.su-vida.com/node/549>. Consultado Julio 2, 2011.
 28. Trucco M, Valenzuela P, Trucco D. Estrés ocupacional en personal de salud. Rev. méd. Chile [revista en Internet] 1999 [citado 2011 Mar 02]; 127(12): 1453-1461. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001200006&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98871999001200006
 29. Melita A, Cruz M, Merino J. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de La Octava Región, Chile. Rev Cienc. enferm. [revista en Internet] 2008 [citado 2011 Feb 27]; 14(2): 75-85. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532008000200010.
 30. Rodríguez MG, Rodríguez R, Riveros AE, Rodríguez ML, Pinzón J. Síndrome de Burnout y Factores Asociados en Personal de Salud en tres instituciones de Bogotá en Diciembre de 2010. [tesis para obtener título de especialista en epidemiología] Bogota: Universidad del Rosario, Universidad CES; 2010. Disponible En: <Http://Hdl.Handle.Net/10336/2389>

31. Parra M. Conceptos básicos en salud laboral. 2003. Disponible en: <http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf>. Consultado Mayo 12, 2011.
32. Márquez M. Satisfacción laboral. Oficina Internacional del Trabajo, 2003. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/satlab.htm>. Consultado Mayo 4, 2011.
33. Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. Rev Cienc. enferm. [revista en Internet] 2009 [citado 2011 Febrero 27]; 15(2): 55-68. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532009000200007.
34. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 1997 [citado 2011 Abril 02]; 71(3): 293-303. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008&lng=es.
35. Grau, Armand et al. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev. Esp. Salud Pública [revista en la internet] 2009 [citado 2011 enero 04] 83(2); 215-230. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>
36. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet] 2004 [citado 2011 Abril 09] ; 78(4): 505-516. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008&lng=es.

37. Haifa A Al-Turki, Rasha A Al-Turki, Hiba A Al-Dardas, Manal R Al-Gazal, Ghada H Al-Maghrabi, Nawal H Al-Enizi, Basema A Ghareeb. Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Rev Annals of african medicine*. [revista en la internet] 2010 [citado 2011 Febrero 4];9(4): 226-229. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Burnout%20syndrome%20among%20multinational%20nurses%20working%20in%20Saudi%20Arabia>
38. Vega V, Sanabria Á, Domínguez LC, Osorio C, Ojeda C, Bejarano M. Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. *Rev. Colomb. Cir.* [revista en la internet] 2009 [Citado 2011 Abril 12]; 24(3): 153-164. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822009000300004&lng=en.
39. NASCIMENTO SO, Carlito Lopes; BARROS, Dalton de Souza; TIRONI, Márcia Oliveira Staffa and MARQUES FILHO, Edson Silva. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev. bras. educ. med.* [Revista en la internet]. 2010 [citado 2011 abril 13]; 34(1).106-115. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100013&lng=en&nrm=iso. ISSN 0100-5502. doi: 10.1590/S0100-55022010000100013.
40. Aranda C. Diferencias por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Rev. costarric. salud pública* [revista en la Internet] 2006 [citado 2011 Mayo 02] ; 15(29): 1-7. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000200002&lng=es.

41. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Rev Gac Sanit [revista en la Internet] 2005 [citado 2011 Mayo 07] ; 19(6): 463-470. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600007&lng=es.
42. Hernández-Vargas C; Juárez A, Arias F, Dickinson Bannack E. Factores Psicosociales Predictores de Burnout en Trabajadores del Sector Salud en Atención Primaria. Rev Ciencia & Trabajo.[revista en la internet] 12(34); 2009.[citado 2011 Mayo 12] :227-231, Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=554716&indexSearch=ID>
43. Aranda C, Pando M, Torres T, Salazar JG, Aldrete MG. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. Rev Psicología y Salud [Revista en la internet] 2006 [Citado 2011 Mayo 13]; 16(1): 15-21. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29116102>
44. Matos C, Mendoza L, Pire N, Mora V. Factores Asociados con la Incidencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora unidad de emergencia y medicina crítica del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" Enero-Mayo. 2.004 Barquisimeto.2004. Disponible En: http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/textocompleto/TIWY141F32f2004.pdf
45. Esteva M, et al. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. Rev Clin Esp [Revista en la internet]. 2006 [citado 2011 Mayo 10]; 206(2):77-83. Disponible

en:<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/65/65v206n02a13085357pdf001.pdf>

46. Jaramillo Rendón T, López Quintero S, Valencia Banguera L I. Síndrome de desgaste profesional en los enfermeros de los hospitales Santa Sofía Infantil de Manizales. 2004 - 2005 .Revista Hacia la Promoción de la Salud. [Revista en la internet] 2005 [Citado 2011 Mayo 12] ;(10) 100-109. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_11.pdf
47. Ballinas Aguilar A, Alarcón-Morales C, Balseiro Almario C. Síndrome de Burnout en enfermeras de un centro médico. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Revista en la internet] 2009 [citado 2011 Mayo 13] 17 (1): 23-29. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=24949&IDPUBLICACION=2537>
48. Grau Alberola E. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería: Un estudio longitudinal. [Tesis Doctoral].Valencia, España. Universitat De València.2008.
49. Rangel Portilla V, Barragán Velásquez C, Flores Silva M, Ramírez Hernández LMa, Rivas Hernández M, Martínez Gómez C, Pérez Román M. Relación entre el ausentismo del personal de enfermería y el Burnout. Rev. Psiquis (México). [revista en la Internet] 2008 [citado 2011 Mayo 13]; 17(2): 48-56. Disponible en:http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54948&id_seccion=3011&id_ejemplar=5567&id_revista=180
50. Campos Bermúdez L, Córdoba Molina A, Silva López J, Rivera D. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en Fisioterapeutas Del Municipio De Popayán, 2007.Popayán, Cauca, Colombia. Disponible en:<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2008/marzo2008/OK-BURNOUT.pdf>.

51. Pardo Álvarez J R, López Herrero F , Moraña Macías M , Pérez Collado M 2, Freire Pérez P, Fernández Leal R. ¿ Estamos quemados en atención primaria?. Rev Medicina de Familia (And).[revista en la internet] 2002 [citado 2011 mayo 13]; 3(4): 245-250. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/04.pdf>
52. Jodas Denise Albieri, Haddad Maria do Carmo Lourenço. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. Acta paul. enferm. [revista en la internet]. 2009 [citado 2011 May 20]; 22(2): 192-197. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200012&lng=en. doi: 10.1590/S0103-
53. Embriaco N , E Azoulay , K Barrau , N Kent , F Porrón , Loundou A , L Papazian .High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors.Am J Respir Crit Care Med.[revista en la internet] 2007 [citado 2011 Mayo 2] 1;175(11):1209-10.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17234905?dopt=Abstract>
54. Pera G., Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2011 Mayo 16] ; 16(6): 480-486. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000600005&lng=es.
55. Gómez Sánchez M, Álamo Santos M, Amador Bohórquez M, Ceacero Molina F, Mayor Pascual A, Muñoz González A et al . Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2011 Mayo 17]; 55(215): 52-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000200005&lng=es. doi: 10.4321/S0465-546X200900020000

56. Martínez M, Centeno C, Sanz-Rubiales A, Del Valle ML. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. Rev Med Univ Navarra [Revista en la internet] 2009 [Citado 2011 Mayo 13]; 53(1) 3-8. Disponible en: www.unav.es
57. Diana Domínguez D. Ismael S. Burnout y prescripción de incapacidad laboral temporal. Rev Med. segur. trab. [revista en la Internet] 2009 [citado 2011 Mayo 13]; 55(215):72-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000200007&lng=es. doi: 10.4321/S0465-546X2009000200007
58. Molina Siguero A; García Pérez, M; Alonso González, M; Cecilia Cermeño, P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Rev Aten Primaria [Revista en la intert] 2003 [Citado 2011 Mayo 12]; 31(9):564-74. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=637373>
59. Olmedo Montes M, Santed Germán M. A, Jiménez Tornero R, Gómez Castillo MI D. El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. Psiquis. [revista en la internet] 2001 [citado 2011 Mayo 13]; 22 (3): 117-129. Disponible en: http://www.psiquis.com/art/01_22_n03_A02.pdf
60. Grau A, Flichtentrei A, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. El Burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. Rev Informacion Psicologica [Revista en la internet] 2007 [Citado 2011 Mayo14](91-92)64-79. Disponible en: <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/Trabajo%20Burnout.pdf>
61. Cogollo-Milanés Z, Batista E, Cantillo Chanelly, Jaramillo Alicia, Rodelo Dalys, Merina Gary. Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. Aquichán [revista en la Internet]. 2010 Abril [citado 2011 May 20] ; 10(1): 43-51. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000100005&lng=en.

62. Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C., Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. Rev Gac Sanit [revista en la Internet] 2003 [citado 2011 Mayo 21]; 17(6): 483-489. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000600009&lng=es.
63. Moustou I, Panagopoulou E, Montgomery Anthony J, Benos Alexios. Burnout Predicts Health Behaviors in Ambulance Workers. Rev The Open Occupational Health & Safety Journal [Revista en la internet] 2010 [citado 2011 Mayo 20]; 2: 16-18. Disponible en: <http://www.benthamscience.com/open/toohsj/articles/V002/16TOOHSJ.pdf>
64. Blandin J, Martínez Araujo D. Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Rev archivos venezolanos de psiquiatría y neurología. [revista en la internet] 2005 [citado 2011 Junio 6]; 51(104); 12-15. Disponible en: <http://www.planetadoctor.com/documentos/BURNOUT/burn-venez.pdf>
65. Urrizola Hermoso de Mendoza J. Absentismo asociado al Síndrome de Burnout. Coste económico del estrés laboral asistencial en un hospital. Rev Mapfre medicina. [Revista en la internet] 2004 [citado 2011 junio 30]; 15 (3):págs. 193-198. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1065074>
66. Castillo J, Rabazo MJ, Bartolomé S. Estudio exploratorio sobre Burnout en un servicio de urgencias de Badajoz. Rev salud y cuidados: publicación electrónica, periódica, científica y divulgativa de salud y enfermería [revista en la internet] 2004 [citado 2011 julio1]. Numero 8. Disponible en: <http://www.saludycuidados.com/numero8/sumario8.htm>

67. Ávila Toscano J, Gómez Hernández L, Montiel Salgado M. Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. Rev Pensamiento Psicológico [revista en la internet] 2010 [citado 2011 Juni 30] 8(15): 39-51. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80115648004>
68. Poncet, M, Toullic P, Papazian L. Burnout syndrome in critical care nursing staff. Rev Am J Respir Crit Med.[revista en la internet] 2006 [citado 2011 julio2] Vol 175. pp 698-704. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17110646?dopt=Abstract>
69. Ndetei DM, Pizzo M, Maru H, Ongecha FA, Khasakhala LI, Mutiso V, Kokonya DA. Burnout in staff working at the Mathari psychiatric hospital. Rev Afr J Psychiatry (Johannesbg).[revista en la internet] 2008 [citado 2011 Mayo 15]; 11(3):199-203.Disponible en: http://www.ajop.co.za/Journals/August2008/August08_7.pdf
70. Al-Dubai SA, Rampal KG.Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. Rev J Occup Health.[revista en la internet] 2010 [citado 2011 Mayo 14]; 52(1):58-65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19907108>
71. Shimizu T, Feng Q, Nagata S. Relationship between turnover and burnout among Japanese hospital nurses. Rev J Occup Health.[revista en la internet] 2005 [citado 2011 mayo 30]; 47(4):334-6.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096359>
72. Goulart, Carolina Brito; Haddad, Maria do Carmo Lourenço; Vannuchi, Marli Terezinha Oliveira; Dalmas, José Carlos. Fatores predisponentes da síndrome de burnout emtrabalhadores de um hospital público de média complexidade. Rev Espaço para a Saúde, Londrina.[revista en la internet] 2010 [Citado 2011 Mayo 12; 11(2). 48-55.Disponible en: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v11n2/fator.pdf>

73. Garcia M, Tapias L. Equidad de género en el empleo del sector salud Colombia 2008-2010 [Tesis de Maestría]. Bogotá. Pontifica Universidad Javeria. 2010.
74. Vásquez Fernández H. Empleo y calidad del empleo en Colombia. Escuela Nacional Sindical. Área de Negociación y Gestión Sindical. Octubre De 2005. Disponible en: http://www.gpn.org/data/colombia/colombia_calidad.pdf
75. Flórez Acosta J, Atehortúa Becerra S, Arenas Mejía A. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia).[revista en la internet] 2009 [citado 2011 Mayo 14] 8 (16): 107-13. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista16/estudios-4.pdf>
76. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones de 2011. Ley N° 1438. Bogotá, Colombia. Gobierno Nacional de Colombia; 2011. (Ene 19, 2011).
77. Gallaga N. Teoría de las relaciones humanas [En línea].2003. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh1/teorelhum.htm>. Consultado 10 de julio 2011.
78. Koontz H, Weihrich H. Elementos de administración: un enfoque internacional. 7 ed. Editorial McGraw- Hill interamericana Editores S.A de C. V; 2007.
79. De Pablo Hernández C. El Síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. Revista Nursing. [revista en la internet] 2007 [citado 2011 julio 3] 25(8); 60-65. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/nursing-20/el-sindrome-burnout-los-profesionales-sanitarios-13111490-articulos-especiales-edicion-espa%C3%B1ola-2007>

80. Vega Neil V, Sanabria A. Domínguez L, Osorio C, Bejarano M. Síndrome de desgaste profesional. Rev Colomb Cir [Revista en la internet] 2009 [citado 2011 julio 1]; 24:138-46. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=527978&indexSearch=ID>
81. Robbins S, Coulter M. Administración. 8 ed. México. Pearson Educación. 2005.
82. Dessler G. Organización y administración: enfoque situacional. México. Editorial Prentice Hall. Hispanoamericana, S.A; 1979.
83. Gómez Esteban Rosa. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2011 Jul 10]; (90): 41-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lng=es. doi: 10.4321/S0211-57352004000200004.
84. Las principales teorías administrativas y sus enfoques. 1999. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos2/printeoadmin/printeoadmin.shtml>. Consultado Julio 10, 2011.
85. La importancia del ocio.2009. Disponible en:
<http://www.articuloz.com/arte-y-entretenimiento-articulos/la-importancia-del-ocio-1104416.html>. Consultado Julio11,2011.
86. Franco Astolfo. La seguridad clínica del paciente: entendiendo el problema. Rev Colombia Médica [revista en la internet] 2005 [Citado 2011 julio 2] 36(2); 130-136.Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/343>
87. León Román C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet] 2006 [citado 2011 Julio 2]; 22(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es.

88. Tejada Andrea, Gomez Viviola. Factores psicosociales y laborales asociados al *burnout* de psiquiatras en Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat.[Revista en la internet]2009. [Citado 2011 julio 2] 38 (3), 488-512. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/44869/>

ANEXOS

ANEXO 1. CUADRO DE CLASIFICACION DE ARTICULOS

N°	TITULO	PAIS CIUDAD	OBJETIVO DEL ESTUDIO	METODOLOGIA	AÑO	METODO DE EVALUACION DE BURNOUT	MUESTRA	CAUSAS	VARIABLES CAUSAS	CONSECUENCIAS DE BURNOUT	VARIABLES CONSECUENCIAS	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	NUMERO DE BIBLIOGRAFIA
1	BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN CENTROS ASISTENCIALES DE LA OCTAVA REGIÓN, CHILE.	CHILE	El objetivo general de este estudio fue determinar la presencia de estrés laboral crónico o burnout y su probable relación con factores sociales y laborales, en los profesionales de Enfermería que trabajan en UE y SAMU, de la Octava Región.	Las encuestas fueron auto administradas de forma voluntaria El procesamiento de datos se efectuó en la Unidad de Estadística del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Concepción, mediante los programas EPI INFO (5,0). SPSS 12,0 para Windows y planilla Excel. El análisis que se realizó fue principalmente descriptivo y se expresó mediante estadígrafos de tendencia central más la utilización de T de Student y ANOVA.	2008	Se utilizaron 2 instrumentos recolectores de datos; el primero elaborado por la autora, que recogió información El segundo correspondió a la <i>Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> ; que midió el desgaste profesional producto del estrés laboral crónico y los tres aspectos del síndrome de Burnout, que corresponden a cansancio emocional, despersonalización y realización profesional.	Se trabajó con el universo conformado por 91 enfermeras(os), siendo 57 de Unidades de Emergencias (UE) y 34 de Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) de la Octava Región, UE y 34 de SAMU.	<p>CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL</p> <p>En cuanto al tipo de turno que realizaban y la presencia de burnout y sus subescalas, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los enfermeros que efectuaban un tipo de turno denominado 4° turno modificado, el que corresponde a la realización de turnos adicionales al cuarto turno tradicional, en relación a los que trabajaban sólo en cuarto turno o de forma diurna exclusiva, es así como este grupo de profesionales presentó niveles más elevados para baja realización profesional, promediando 30,75 puntos en esta subescala. A su vez para cansancio emocional, sin presentar una significancia estadística, el grupo de profesionales que realizaba el cuarto turno modificado también presentó niveles más elevados en esta dimensión, que el resto de enfermeros(as) que trabajaba en otros tipos de turnos o en forma diurna, promediando para esta subescala 24 puntos.</p> <p>Los profesionales que refirieron tener insuficientes recursos en su unidad de trabajo evidenciaron niveles elevados de cansancio emocional (correspondiendo a niveles intermedios) presentando un promedio de 22.86 puntos, y para realización profesional, promediaron el puntaje más bajo (33.28), lo que refleja una baja realización profesional; sin embargo, para la escala global de burnout y despersonalización este grupo de profesionales presentó niveles más elevados que los que refirieron una percepción de recursos suficientes en su unidad de trabajo, promediando 64.72 y 22.86 puntos, respectivamente. La realización de otros trabajos extra remunerados, el ejercicio de algún cargo de coordinación y la práctica de actividades diferentes a lo profesional o participación en grupos de la comunidad no presentaron relación estadísticamente significativa en la presencia de Burnout y sus subescalas.</p> <p>CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA:</p> <p>Los años de experiencia laboral no presentaron una significancia estadística en la presencia de burnout o sus subescalas, se observó que el grupo de profesionales con menor experiencia laboral presentaba puntajes más elevados para burnout (64.63), cansancio emocional (21.42) y despersonalización (9.71), que el resto de profesionales. A su vez los con mayor experiencia laboral presentaron niveles más elevados de realización profesional (36.61).</p>	<p>TAREA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MENOR ANTIGÜEDAD REALIZANDO LA TAREA- NIVELES MÁS ELEVADOS DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL. • MENOR ANTIGUEDAD REALIZANDO LA TAREA- NIVELES MÁS ELEVADOS DE DESPERSONALIZACIÓN. • MAYOR ANTIGUEDAD REALIZANDO LA TAREA- NIVELES MÁS ELEVADOS DE REALIZACIÓN PERSONAL. ORGANIZACIONALE S: • SOBRECARGA LABORAL-BAJA REALIZACION PERSONAL (realizar un cuarto turno modificado adicional). • POCOS RECURSOS MATERIALES- CANSANCIO EMOCIONAL. • POCOS RECURSOS MATERIALES- BAJA REALIZACION PERSONAL. • POCOS RECURSOS MATERIALES- AUMENTO DE DESPERSONALIZACIÓN. 			Melita A, Cruz M, Merino J. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de La Octava Región, Chile. Rev. Cienc. enferm. [revista en Internet] 2008 [citado 2011 Feb. 27]; 14(2): 75-85. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?scipript=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010&lng=es.dio: 10.4067/S0717-95532008000200010 .	29

2	BURNOUT Y APOYO SOCIAL EN PERSONAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO BURNOUT AND SOCIAL SUPPORT STAFF OF A PUBLIC HOSPITAL PSYCHIATRY	CHILE	1. Establecer la presencia de burnout según edad, género, sistema de turnos, tipo de turnos, antigüedad en el sector salud y nivel ocupacional en el personal del Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant; 2. Establecer las relaciones entre niveles de burnout según edad, género, sistema de turnos, tipo de turnos, antigüedad en el sector salud y nivel ocupacional; y 3. Establecer las relaciones entre niveles de burnout por dimensión y percepción de apoyo social recibido.	<p>Recolección de datos: Los participantes fueron invitados a participar mediante una carta de consentimiento que explicaba los objetivos del estudio y garantizaba anonimato, confidencialidad y voluntariedad de la participación. Los investigadores estuvieron disponibles para responder dudas. El cuestionario fue aplicado en dos formas: en reuniones clínicas del equipo de salud y en una reunión de técnicos paramédicos, y en forma individual a aquellos que no participaron de esas reuniones. Los participantes podían devolver personalmente el cuestionario a los investigadores, o dejarlo en secretaría.</p> <p>Análisis de datos: Para el análisis de los datos descriptivos se utilizó medidas de tendencia central y dispersión, t de Student y Anova; en el análisis de las relaciones fue utilizada la correlación de Pearson, y en las asociaciones de los datos por niveles tau b de Kendall; por último, para una relación causal fue empleado un análisis de regresión lineal simple. El procesamiento de los datos fue realizado</p>	2009	<p>MBI (MASLASH BURNOUT INVENTORY) :La escala utilizada posee originalmente 22 ítems, pero, después de ser validada para esta investigación mediante un Análisis de Componentes principales con método Varimax, que confirmó la estructura de tres factores de la versión original, quedó compuesta por 19 ítems.</p>	<p>Los participantes constituyen el 71% del personal profesional y de apoyo del servicio. Los participantes fueron 98 personas (71%) de un total de 137 que trabajan a tiempo completo o parcial en el Servicio de Psiquiatría señalado, esto es, todo el personal de planta y contrata de este servicio. Por sexo, son 55 mujeres (56%) y 43 hombres (44%), con una edad media de 35 años (DS=9,4) en un rango comprendido entre los 22 años y 62 años. Entre los participantes hubo 16 médicos, 7 becados de medicina, 10 enfermeras, 5 psicólogos, 33 técnicos paramédicos 11 administrativos, 10</p>	<p>CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL</p> <p>Por sector de trabajo En cambio, se observa una diferencia significativa en despersonalización según el sector en que el personal realiza sus actividades ($t=2,147, p=.043$), siendo mayor la media de quienes trabajan en el sector público del servicio (2,9) versus la media de aquellos que trabajan en el sector privado (2,1), lo que confirma la hipótesis 5.</p> <p>En la variable turnos se observa una diferencia significativa ($t=, 718, p=.008$) en la puntuación media de despersonalización entre quienes realizan turno (2,9) versus quienes no los realizan (2,3). También se produce esta diferencia en despersonalización entre los subgrupos ocupacionales que trabajan en turnos ($F=4,309, p=.041$), esto es, enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio, respecto de los subgrupos que no trabajan en sistema de turnos, es decir, médicos, asistentes sociales, psicólogos, becados de medicina y administrativos, lo que confirma hipótesis. Sin embargo, en ninguna dimensión se producen diferencias entre quienes realizan turnos rotatorios o de fin de semana (agotamiento, emocional, $t=-,041, p=12,3$; despersonalización, $t=, 368, p=15,3$; baja realización, $t=, 347, p= 13,8$), lo que refuta la hipótesis 7.</p> <p>En la escala de apoyo social la media del grupo estudiado en la puntuación total fue 2,8 (DE=1). El Gráfico 1 permite apreciar que un 71,5% de los participantes están ubicados en los niveles de mediano y alto apoyo social total percibido. Además, la puntuación media en percepción de apoyo recibido de compañeros (2,9) es más alta que la media de percepción de apoyo recibido de superiores (2,5). Para las variables sexo, edad, antigüedad en el servicio, nivel ocupacional, trabajar en sistema de turnos y tipo de turno no hay diferencias significativas en las percepciones de apoyo social recibido total y de apoyo recibido de superiores. En cambio, la media en apoyo recibido de los compañeros es más alta entre quienes realizan turnos rotatorios que entre quienes realizan turnos de fin de semana (3,1 y 2,3, respectivamente) siendo significativa esa diferencia ($t=2,2, p=.049$).</p> <p>Resultados en la relación apoyo social percibido en el trabajo y burnout: Del análisis correlacional realizado se concluyó que hay relaciones inversas y moderadas estadísticamente significativas entre todos los tipos de percepción de apoyo social recibido (total, de los superiores y de los compañeros de trabajo) y las tres escalas del burnout (ver Tabla 2), siendo levemente más fuerte la relación entre el apoyo recibido de los superiores con despersonalización. Estos datos permiten concluir que una mayor percepción de apoyo social recibido en el trabajo, ya sea de apoyo total como de los Gráfico 1. Resumen niveles en las dimensiones de burnout y en</p>	<p>ORGANIZACIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TRABAJAR EN SECTO PUBLICO-DESPERSONALIZACION • REALIZAR TURNOS-DESPERSONALIZACION • MAYOR APOYO SOCIAL DE COMPAÑEROS Y SUPERIORES-MENOS AGOTAMIENTO • MAYOR APOYO SOCIAL- MENOS DESPERSONALIZACION • MAYOR APOYO SOCIAL-MEJOR REALIZACION PERSONAL 	<p>CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS</p> <p>Estos resultados señalan la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la satisfacción laboral y la tendencia al ausentismo. Los datos muestran que existe mayor despersonalización entre quienes realizan turnos y atienden pacientes judicializados, y en los subgrupos de enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio.</p>	<p>ORGANIZACIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAJA CALIDAD DEL CUIDADO • INTENCION DE ABANDONAR LA PROFESION • INTENCION DE ABANDONAR LA INSTITUCION • BAJA SATISFACCION LABORAL • AUSENTISMOS LABORALES FISIOLÓGICAS • DETERIORO DE SALUD MENTAL Y FISICA 	<p>Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. Rev. Cienc. enferm. [revista en Internet] 2009 [citado 2011 Febrero 27]; 15(2): 55-68. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007&lng=es.</p>	33
---	--	-------	--	---	------	---	--	--	--	--	---	---	----

				con los programas SPSS 15.0 y Excel.		<p>auxiliares de servicio y otros 6 profesionales .</p> <p>Su antigüedad laboral promedio es de 7 años (DS=7,6), en un rango que va entre menos de un año y 35 años. Un 56% trabaja en turnos, y de ellos un 80% lo hace en turnos rotatorios y un 20% en sistema de turnos de fin de semana. En sistema de turnos un 34% son técnicos paramédicos , 11% auxiliares de servicio, 7% enfermeras, 2% médicos, y 2% otros.</p>	<p>apoyo social compañeros o de los superiores, influye en una menor presencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, en particular, que a más percepción de apoyo recibido de los superiores habría menos despersonalización.</p>					
--	--	--	--	--------------------------------------	--	---	---	--	--	--	--	--

3	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO	MEIXICO-GUADALAJARA	El objetivo del estudio fue comprobar la adecuación de los datos proporcionados por la literatura a los profesionales sanitarios del sistema público en el área de salud de Guadalajara para las variables epidemiológicas clásicas - personas, lugar y tiempo-, así como teorizar sobre las explicaciones correspondientes que pudiesen justificar nuevos estudios, y obtener el perfil epidemiológico de riesgo para el síndrome según esas variables.	El estudio se realizó entre marzo y agosto de 1.995 para profesionales sanitarios de atención primaria y especializada del sistema público del Área de Guadalajara, realizándose selección al azar en ambos niveles asistenciales. El cuestionario utilizado fue la versión española de Maslach Burnout Inventory, se realizó de forma autoadministrada; Además se estudian las variables sociodemográficas, edad, sexo, estado civil, número de hijos, categoría profesional, antigüedad profesional y en el centro de trabajo, situación laboral, lugar de trabajo, número de trabajadores en el centro, turno de trabajo, número de enfermos a cargo del profesional, tiempo dedicado a los pacientes, horas de trabajo semanales en el centro y en el domicilio relacionadas con la tarea profesional. Se hizo estadística descriptiva con comparación de medias para variables sociodemográficas ($P < 0.05$) con Epiinfo V.6.0 y SPSS PC.W. El tamaño muestral fue determinado de acuerdo a la literatura para un IC. del 95% y un error del 5%, y estimando en ese	1997	MBI (MASLACH BURNOUT INVENTORY)	Una muestra de 294 profesionales sanitarios de atención primaria y atención especializada a obtenida aleatoriamente. (médicos, enfermeras, atención especializada y atención primaria)	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: • e obtuvieron diferencias significativas en la dimensión falta de realización personal ($f = 3.80$; $p = 0.023$), siendo el grupo de más de 19 años de antigüedad el que obtenía medias superiores respecto al grupo de 11 a 19 años de antigüedad, pero no con respecto a los de más breve experiencia (0- 10 años). • PROFESION: hubo diferencias significativas para cansancio emocional ($t = -3.38$; $p = 0.001$), siendo el grupo de médicos de atención especializada el que obtuvo medias más altas, y del mismo modo fue significativa la diferencia en Burnout entre médicos de atención primaria y especializada ($t = -2.60$; $p = 0.011$), siendo los segundos los que obtuvieron medias superiores respecto a los de primaria. Respecto a la dimensión despersonalización, si bien no hubo significación, sí aparecía una tendencia hacia ésta ($t = -1.95$; $p = 0.054$), siendo también el grupo de médicos de atención especializada el que obtenía las puntuaciones medias más altas. No fueron obtenidas diferencias significativas ni en Burnout ni en ninguna de sus dimensiones entre médicos y enfermeras en atención primaria. Sin embargo sí hubo significación en cansancio emocional ($t = -2.41$; $p = 0.017$), entre las enfermeras de atención primaria y especializada siendo éstas últimas las que obtuvieron las puntuaciones medias más altas; y del mismo modo ocurrió para despersonalización ($t = 1.79$; $p = 0.076$) siendo también el grupo de la enfermería de atención especializada quien obtuvo las puntuaciones más altas, aunque no fueron estadísticamente estas diferencias significativas. Entre médicos y enfermeras de atención especializada hubo significación en las diferencias respecto a la dimensión falta de realización personal ($t = -2.04$; $p = 0.042$), siendo el grupo de médicos el que obtuvo puntuaciones más elevadas. • ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO: proporcionó diferencias significativas en la variable cansancio emocional ($f = 5.37$; $p = 0.003$), para el grupo de 11 a 19 años en el centro, el cual proporcionó las medias superiores respecto a aquellos que llevaban más de 20 años o menos de 10. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL: • NUMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO DE TRABAJO (TAMAÑO DE LA ORGANIZACION): Se hallaron diferencias significativas en cansancio emocional ($f = 8.57$; $p = 0.002$) y en despersonalización ($f = 3.89$; $p = 0.021$), siendo en ambos casos el grupo de más de mil empleados el que tenía media superior, aunque sólo fueron significativas respecto al grupo de menor número de trabajadores (de 1 a 100 empleados). • NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA INSTITUCION se encontraron diferencias significativas con cansancio emocional ($f = 6.43$; $p = 0.000$), siendo la media superior en el personal de hospital respecto a los de centros de salud urbanos y rurales, así como la de	TAREA: • REALIZACION PERSONAL BAJA- MAS EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (+ de 19 años) • CANSANCIO EMOCIONAL- PROFESION : MEDICO DE ATENCION ESPECIALIZADA. • DESPERSONALIZACION- PROFESION: MEDICOS DE ATENCION ESPECIALIZADA, ENFERMERAS DE ATENCION ESPECIALIZADA. ORGANIZACIONALES: • TAMAÑO DE LA ORGANIZACION (MÁS DE MIL EMPLEADOS)- DESPERSONALIZACION. • TAMAÑO DE LA ORGANIZACION (MÁS DE MIL EMPLEADOS)- CANSANCIO EMOCIONAL. • CANSANCIO EMOCIONAL- NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA INSTITUCION (en hospitales de alta complejidad son mayores los niveles comparados con los centros de salud urbanos o rurales o sedes ambulatorias). • DESPERSONALIZACION- NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA INSTITUCION (en hospitales de alta		Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 1997 [citado 2011 Abril 02]; 71(3): 293-303. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008&lng=es	34
---	---	---------------------	--	---	------	---------------------------------	--	---	--	--	--	----

				volumen las pérdidas según la bibliografía.			personal de ambulatorio respecto a los profesionales de centros de salud rurales. También hubo significación en despersonalización (f = 2.82; p = 0.03), siendo el personal de centros de salud rurales el que obtenía medias a inferiores aunque sólo fueron significativas respecto al hospital cuyas medias fueron las más altas y del mismo modo hubo significación para la dimensión falta de realización personal (f = 3.01; p = 0,034), para el personal de centros de salud urbanos y rurales que obtuvieron las medias más altas en relación al personal hospitalario. También hubo diferencias significativas en Burnout (f = 3.01; p = 0.030), siendo los profesionales de hospital y ambulatorio los que obtenían medias superiores respecto a los de centros de salud rurales aunque no marcaban dicha diferencia en relación a los centros urbanos de salud. • CARGA LABORAL- NÜEMERO DE ENFERMOS A CARGO de cada profesional se obtuvieron diferencias significativas en cansancio emocional (f = 2.57; p = 0.000) siendo el grupo de más de 20 enfermos el que obtenía medias más altas respecto a los que tenían más de 100 o menos de 21 pero no en relación a los que no tenían enfermos a su cargo. También hubo significación en la dimensión falta de realización personal (f = 3.30; p = 0,01), siendo el grupo de los que tengan más enfermos a su cargo (más de 1.000) los que obtuvieron medias superiores respecto a los que. o bien no tenían enfermos o éstos eran menos de 20. Así mismo hubo diferencias significativas en Burnout (f = 3.89; p = 0.0042), siendo el grupo de 2 1 a 100 enfermos el que presentaba medias superiores a los que tenían menos de 20 y entre 101 y 999. • HORAS DE TRABAJO SEMANALES : en el centro hubo significación en la dimensión cansancio emocional (f = 4.05; p = 0.017), siendo el grupo de profesionales que dedican entre 36 y 40 horas el que tenía entre las medias más altas respecto a los que trabajaban menos de 36 horas o más de 40 horas semanales. • TIEMPO DE INTERACCION CON LOS PACIENTE: se hallaron significaciones en las dimensiones cansancio emocional (f = 5.25; p = 0.001), e n el grupo cuya dedicación suponía el 60% de la jornada de trabajo respecto a todos los demás; también la significación se dio en la dimensión despersonalización (f = 2.88; p = 0.036), siendo los grupos de menos del 20% y más del 70% de interacción con el enfermo los que obtuvieron los valores medios más altos respecto a los otros grupos. También hubo significación en la dimensión falta de realización personal (f = 2.7 1; p = 0.044) siendo el grupo cuya interacción es más del 70% el que tenía medias superiores con relación a los que dedicaban menos del 20% a esa tarea. Con relación a Burnout también hubo diferencias significativas (f = 4.87; p = 0.0025), siendo el grupo de más del 70% el que obtenía los valores más	complejidad son mayores los niveles comparados con los centros de salud urbanos o rurales)• REALIZACION PERSONAL BAJA- NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA INSTITUCION (los centros de salud urbanos o rurales con baja realización personal comparado con los hospitales de mayor complejidad)• CANSANCIO EMOCIONAL- SOBRECARGA DE TRABAJO(tener entre 21 y 100 enfermos a cargo O dedicar entre 36 y 40 horas semanales)• REALIZACION PERSONAL BAJA- SOBRECARGA DE TRABAJO(tener más de 1000 pacientes a cargo).• CANSANCIO EMOCIONAL- SOBRECARGA DE TRABAJO • CANSANCIO EMOCIONAL- FRAGMENTACION DEL CUIDADO: (Dedicar del 60% de jornada)• REALIZACION PERSONAL BAJA- FRAGMENTACION DEL CUIDADO(dedicar más del 70%al cuidado del paciente)• DESPERSONALIZACION – FRAGMENTACION DEL CUIDADO(dedicar entre el 20 y 60% de la jornada al cuidado).• BURNOUT			
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

							altos aunque solo significativos con relación al grupo que dedicaba entre el 50% y el 70% del tiempo en contacto directo con los pacientes. • DE ACUERDO AL CENTRO DE ATENCION: Se obtuvieron diferencias significativas en cansancio emocional (t=4.43; p=0.000) y despersonalización (t = 2.62; p = 0.009), siendo en ambos casos el grupo de Atención Especializada el que obtenía medias superiores.	GENERAL: BURNOUT- NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ORGANIZACIÓN (se presenta mas en los hospitales complejos y ambulatorios que en centros de salud urbanas y rurales.) BURNOUT- FRAGMENTACION DEL CUIDADO(dedicar al contacto directo entre el 50 y el 70% de la jornada).					
4	INFLUENCIA DE FACTORES PERSONALES, PROFESIONALES Y TRANSNACIONALES EN EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO HISPANOAMERICANO Y ESPAÑOL (2007)	ESPAÑA . PERO ESTUDIAN VARIOS PAISES DE HABLA HISPANA ENTRE ESTOS: Argentin aMéxico Ecuador PerúCol ombiaUr uguayGu atemala EspañaE l Salvador	Los objetivos de este estudio son comparar la prevalencia de burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y con sus percepciones.	Se ha estudiado el síndrome de burnout en 11.530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años). Se utilizó el Maslach Burnout Inventory y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portalsanitario Intramed.	2009	Se utilizó el Maslach Burnout Inventory y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portalsanitario Intramed.	La muestra del estudio fue de 11.530 profesionales de la salud de habla hispana residentes en España y Latinoamérica. El muestreo fue oportunístico , permitiendo la participación de todos los profesionales sanitarios de países de habla hispana registrados en el portal de Internet "Intramed", que obtuvieron las claves de acceso en la dirección www.intramed.net.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: • EN AGOTAMIENTO EMOCIONAL- AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL: más años de ejercicio profesional o más años en el puesto de trabajo actual, menor probabilidad de encontrarse en el nivel superior de AE. • PROFESIÓN: el valor medio más alto de AE se encontró en el grupo Otras Profesiones con 25 puntos, seguido por medicina (24,7) y enfermería (23,1). Dentro de las diversas especialidades médicas analizadas, medicina interna (26,5 puntos), psiquiatría (26,1) y emergencias (26) obtuvieron los valores medios más elevados, mientras que anestesiología tuvo el valor más bajo (21,7). En comparación con Medicina, las profesiones de Enfermería, Psicología y Nutrición se manifestaron protectoras para un nivel alto de AE (OR de 0,43 a 0,65). • EN DESPERSONALIZACIÓN PROFESIÓN el valor medio más alto de DP se encontraba en el grupo de medicina con 7,8. Dentro de las especialidades médicas el valor más alto lo manifestó ortopedia (10,2), seguido por emergencias (9) y de nuevo fue anestesiología la que obtuvo el valor más bajo con 6 puntos. En comparación con medicina, los profesionales de enfermería y psicología tuvieron menos probabilidades de encontrarse en un nivel alto de DP con un OR de 0,71 y 0,47 respectivamente. • EN REALIZACIÓN PERSONAL-PROFESIÓN: el valor medio más bajo de RP se encontró en Otras Profesiones (36,8), seguido por medicina con un valor de 37,7. Dentro de las especialidades médicas, emergencias con 36,1 e infectología con 36,4 obtuvieron los valores medios más bajos, mientras que dermatología (39,3) obtuvo el valor más alto. En comparación con medicina, las profesiones de enfermería con OR de 0,78, Psicología (OR=0,60) y nutrición (OR=0,62), fueron protectoras para un nivel bajo de RP. • EXPERIENCIA PROFESIONAL :A mayor edad, más años de ejercicio	TAREA: AGOTAMIENTO EMOCIONAL-MENOR EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA AGOTAMIENTO EMOCIONAL-PROFESION (medicina, medicina interna, psiquiatría, y emergencias, enfermería). DESPERSONALIZACIÓN-PROFESION: (medicina: ortopedia, emergencias, anestesiología.) REALIZACIÓN PERSONAL BAJA-PROFESION (medicina, emergencias, infectología) ORGANIZACIONALES: TRABAJAR POR TURNOS- AGOTAMIENTO EMOCIONAL, • TRABAJAR POR TURNOS- DESPERSONALIZACIÓN. • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- HABER TENIDO BAJA LABORAL DURANTE			Grau, Armand et al. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev. Esp. Salud Pública [revista en la internet] 2009 [citado 2011 enero 04] 83(2): 215-230. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/resp/v83n2/original1.pdf	35

				de habla hispana registrados en el portal de Internet "Intramed", que obtuvieron las claves de acceso en la dirección www.intramed.net. Los cuestionarios se cumplimentaron vía online, accediendo mediante identificación de usuario y contraseña. Todos los participantes recibieron información previa sobre los objetivos y las características metodológicas del estudio y mostraron su acuerdo con el contenido del consentimiento informado. se utilizó un cuestionario de elaboración propia para variables sociodemográficas y el cuestionario MBI. El análisis estadístico se realizó mediante frecuencias y porcentajes cuando la variable es cualitativa, y con la media y desviación típica si es cuantitativa. La estimación del efecto de las variables relacionadas con el síndrome de burnout se realizó mediante regresión logística múltiple. Se estudió la asociación con cada dimensión del MBI y con el caso de burnout. En el caso de AE y DP la variable dependiente fue pertenecer al tercil superior de la			profesional o más años en el puesto de trabajo actual, menor probabilidad de burnout EN GENERAL: POR PROFESIÓN EN GENERAL: Por profesiones, la mayor prevalencia de burnout se encontró en los médicos (12,1%), los cuales mostraban heterogeneidad en la prevalencia según las especialidades, siendo más alta en los emergencistas (17%) e internistas (15,5%), mientras que los anestesiólogos y dermatólogos tenían las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). En comparación con Medicina, el resto de las profesiones expresaron una menor asociación con burnout con OR de 0,41 a 0,70, aunque en el caso de Psicología se perdió el efecto protector en el estudio multivariado. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • EN AGOTAMIENTO EMOCIONAL-Trabajar realizando turnos de guardia (OR=1,22), y haber estado de baja laboral por cualquier causa durante el año precedente (OR=1,56) se asociaron de manera independiente con la ubicación superior de AE. 4.La valoración laboral junto con la percepción de sentirse valorado por quienes le rodean, se ha mostrado como variable protectora de AE (OR=0,62). 5.También han actuado como factores protectores el grado de optimismo (OR=0,82), la satisfacción profesional (OR=0,84) y la valoración de la situación económica personal(OR=0,88). • EN DESPERSONALIZACIÓN: Hacer guardias y haber estado de baja laboral durante el año precedente al estudio se asociaban a un nivel alto de DP con una OR respectiva de 1,35 y 1,25. La valoración laboral tuvo un fuerte efecto protector ante la DP con una OR de 0,67. el optimismo (OR=0,87) y la satisfacción profesional (OR=0,84) también fueron protectores, mientras que la valoración de la situación económica personal perdió la asociación en el análisis multivariado. • EN REALIZACIÓN PERSONAL 3.Hacer guardias y la baja laboral durante el año anterior se asociaron a un nivel bajo de RP con OR respectiva de 1,28 y 1,17. La valoración laboral fue altamente protectora de baja RP, ya que reducía casi a la mitad la probabilidad de encontrarse en el tercil inferior de RP por cada nivel de valoración (OR=0,61). El optimismo (OR=0,76), la satisfacción profesional (OR=0,76), en menor medida la valoración económica personal (OR=0,92). • BURNOUT GENERAL: Trabajar realizando turnos de guardia (OR=1,58), haber estado de baja laboral (OR=1,58) y se asociaron de manera independiente con el caso de burnout. La valoración laboral se mostró altamente protectora de burnout (OR de 0,53), de modo que cada nivel de valoración disminuía a la mitad la probabilidad de tenerlo. También actuaron como protectores el grado de optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración de la situación económica personal (OR=0,91). CAUSAS INTERPERSONALES. Padecer una enfermedad crónica	EL AÑO(incapacidad)• BUEN RECONOCIMIENTO (EMPRESA O COMPAÑEROS)-PROTECTOR PARA AGOTAMIENTO EMOCIONAL. • BUEN RECONOCIMIENTO (EMPRESA O COMPAÑEROS)-PROTECTOR DESPERSONALIZACIÓN• SATISFACCION PROFESIONAL-PROTECTORA PARA AGOTAMIENTO EMOCIONAL• SATISFACCION PROFESIONAL-PROTECTORA PARA DESPERSONALIZACIÓN• OPTIMISMO-PROTECTORA PARA AGOTAMIENTO EMOCIONAL• REALIZACION PERSONAL BAJA-TRABAJAR POR TURNOS. • REALIZACION PERSONAL BAJA-HABER ESTADO DE BAJA LABORAL(incapacidad)INTERPERSONALES:AGOTAMIENTO EMOCIONAL-BURNOUT GENERAL• BURNOUT-MENOR EXPERIENCIA RELIZANDO LA TAREA(más experiencia, menor probabilidad de tener burnout).• BURNOUT-PROFESION: (mayor prevalencia en Médicos emergencistas, internistas y protectores los dermatólogos y anestesiólogos.)•			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

				dimensión del MBI estudiada en contraposición a la pertenencia al tercil inferior o medio, mientras que en RP se consideraba la pertenencia al tercil inferior. Los resultados se expresan mediante la odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95%. La OR cruda representa la asociación individual de la variable independiente con la variable dependiente. La OR ajustada incluye en el modelo a todas las demás variables estudiadas. El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 12.0.				(OR=1,49) es un factor que predispone a tener más altos índices de AE. padecer una enfermedad crónica (OR=1,30) se asociaron de manera independiente con el caso de burnout.	BURNOUT- TRABAJAR POR TURNOS • BURNOUT - PROTECTOR RECONOCIMIENTO (por compañeros y empresa) • BURNOUT – PROTECTOR EL OPTIMISMO • BURNOUT – SATISFACCION PROFESIONAL • BURNOUT- TENER UNA ENFERMEDAD CRONICA • TENER UNA ENFERMEDAD CRONICA				
5	SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE MADRID	MADRID ESPAÑA	Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y de sus tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales.	Se realizó un estudio transversal entre los profesionales adscritos al área de enfermería del mencionado hospital. Las variables implicadas se recogieron mediante un cuestionario de elaboración propia. En cuanto al síndrome de Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory, en su versión validada en español. Se realizó un estudio transversal, eligiendo a los participantes mediante muestreo aleatorio estratificado por los distintos servicios hospitalarios, entre todo el personal adscrito al Área de	2004	El cuestionario Maslach Burnout Inventory validado en España	La muestra de estudio la constituyeron 622 profesionales clasificados en dos categorías: enfermeros/as y auxiliares/técnicos. Finalmente se clasificaron en cuatro grupos en función del riesgo específico conocido previamente para la aparición del síndrome (oncología-	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA • PROFESIÓN: Al estudiar el Burnout y sus componentes según la categoría profesional (enfermería versus auxiliares/técnicos) se vio que el primero estaba más despersonalizado (p=0,004) y menos realizado (p=0,036) que el grupo de los auxiliares/técnicos, no encontrándose otras diferencias estadísticamente significativas. • UNIDAD DE TRABAJO: Cuando se analizaron los resultados de las 4 escalas por servicios, comprobamos que el agotamiento era estadísticamente mayor en los trabajadores de oncología y urgencias (p=0,001), la despersonalización en el personal de urgencias (p=0,007), no había diferencias en cuanto a la realización personal, y el Burnout era, de nuevo, estadísticamente más alto en las áreas de oncología y urgencias (p=0,000). CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL También se hallaron puntuaciones más altas respecto al cansancio emocional, la despersonalización y el Burnout en los profesionales que trabajaban en turno de tarde o rotatorios (p=0,013, p=0,001, p=0,004, respectivamente). Por el contrario, los profesionales que realizaban suplencias estaban menos despersonalizados, más realizados y menos «quemados» (p=0,011, p=0,010, p=0,009). • RECONOCIMIENTO POR LA TAREA REALIZADA: Al analizar el Burnout y sus subescalas según opiniones	TAREA: • DESPERSONALIZACIÓN- PROFESION (enfermeros profesionales) • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- SITIO DE TRABAJO (oncología, urgencias) • DESPERSONALIZACIÓN- SITIO DE TRABAJO (urgencias) • BURNOUT- TRABAJAR POR TURNOS: (trabajar en turnos de tarde o rotatorios) • ORGANIZACIONAL: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- TRABAJAR POR TURNOS: (trabajar en turnos de tarde o rotatorios) •			Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet] 2004 [citado 2011 Abril 09]; 78(4): 505-516. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008&lng=es .	36

				<p>Enfermería del Hospital Clínico Universitario de San Carlos. La muestra de estudio la constituyeron 622 profesionales clasificados en dos categorías: enfermeros/as y auxiliares/técnicos. Finalmente se clasificaron en cuatro grupos en función del riesgo específico conocido previamente para la aparición del síndrome (oncología-hematología oncológica, urgencias, UCI, grupo general). Para la recogida de la información se han aplicado dos tipos de instrumentos. En primer lugar un cuestionario de elaboración propia, por medio del cual se recogieron las variables sociodemográficas (edad, sexo, categoría profesional, servicio, estado civil, número de hijos, antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo, situación y turno laboral, número de enfermos a su cargo). Dicho cuestionario incluía además cinco preguntas con el fin de valorar sus opiniones personales sobre las causas y las consecuencias de su posible malestar en el trabajo. La segunda herramienta empleada en la recogida de la información fue el</p>	<p>hematología oncológica, urgencias, UCI, grupo general).</p>	<p>expresadas en las preguntas 1 a 5 (tabla 2), se comprobó que aquellos profesionales que respondían que su labor asistencial era poco reconocida por la dirección del centro y los enfermos, obtenían las peores puntuaciones en las tres subescalas y en el Burnout.</p>	<p>DESPERSONALIZACIÓN- TRABAJAR POR TURNOS:(trabajar en turnos de tarde o rotatorios)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL – BAJO RECONOCIMIENTO POR LA TAREA(por la dirección)• DESPERSONALIZACIÓN- BAJO RECONOCIMIENTO POR LA TAREA(por la dirección)• BURNOUT- BAJO RECONOCIMIENTO POR LA TAREA(por la dirección)• BURNOUT- TRABAJAR POR TURNOS:(trabajar en turnos de tarde o rotatorios)•BURNOUT GENERAL:• BURNOUT- TRABAJAR POR TURNOS:(trabajar en turnos de tarde o rotatorios)• BURNOUT-SITIO DE TRABAJO(urgencias, oncología).• BURNOUT- BAJO RECONOCIMIENTO POR LA TAREA(por la dirección)</p>				
--	--	--	--	---	--	---	--	--	--	--	--

				<p>Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión validada en español⁶. Este cuestionario mide las tres dimensiones del Síndrome de Burnout: el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP). Se considera Burnout cuando se puntúa alto en cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal. Teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos previamente en la literatura, categorizamos las cuatro escalas en niveles bajos, medios o altos, de cansancio emocional (<17; 18-26; >27), despersonalización (<8; 9-12; >13), realización personal (<16; 17-22; >23) y Burnout (<38; 39-51; >52). El análisis de los datos se efectuó utilizando el paquete estadístico SPSSPC V10.0. Se realizó un estudio estadístico descriptivo y analítico, siendo el nivel de significación elegido de $p < 0,05$.</p>									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6	BURNOUT SYNDROME AMONG MULTINATIONAL NURSES WORKING IN SAUDI ARABIA	ARAUBI A SAUDI	Hemos llevado a cabo este estudio para investigar la prevalencia de burnout en el personal de enfermería y en segundo lugar, identificar los factores que pueden contribuir al desarrollo de Síndrome de Burnout.	Antes del estudio se estableció, la aprobación del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Dammam y el rey Fahd Hospital de la Universidad, se obtuvo. Maslach Burnout Inventory (MBI) de base individual cuestionario se modificó para incluir la edad, sexo, estado civil, nacionalidad, unidad de trabajo y el número de años en la fuerza de trabajo y se distribuyó entre todas las enfermeras del Hospital de la Universidad Rey Fahd, que es un centro de atención terciaria de la Provincia Oriental de Arabia Saudí. Hay una fuerza de trabajo multinacional de personal de enfermería de este hospital. Todas las enfermeras se explicaron la importancia del estudio, y la importancia de dar respuestas veraces se hizo hincapié. Tres factores que la MBI se evaluaron AE, despersonalización (DP) y realización personal (PA). Los datos se introdujeron en la base de datos y se analizaron mediante el uso del paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS,	2010	El Maslach Burnout Inventory	198 enfermeras extranjeras y no extranjeras que trabajan en Arabia Saudita	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: SITIO DE TRABAJO: El personal de la alta tensión y las zonas de alta actividad como sala de emergencias (ER), la sala de operaciones (OR) y la UCI se compararon con las enfermeras en las salas de hospitalización y clínicas de los pacientes. El personal de enfermería en las salas de los pacientes y las clínicas se han agotado emocionalmente y mostraron un aumento de la DP en comparación con las enfermeras de la alta tensión y las zonas de alta actividad (P <0.001, -11,1, y P <0,001, IC del 95% y O - 9,65, respectivamente).	TAREA: AGOTAMIENTO EMOCIONAL-SITIO DE TRABAJO (hospitalización, en comparación con enfermeras de emergencias, UCI y salas de cirugía) DESPERSONALIZACIÓN - SITIO DE TRABAJO (hospitalización, en comparación con enfermeras de emergencias, UCI y salas de cirugía)		Haifa A Al-Turki, Rasha A Al-Turki, Hiba A Al-Dardas, Manal R Al-Gazal, Ghada H Al-Maghrabi, Nawal H Al-Enizi, Basema A Ghareeb. Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. Rev Annals of african medicine. [revista en la internet] 2010 [citado 2011 Febrero 4];9(4): 226-229. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Burnout%20syndrome%20among%20multinational%20nurses%20working%20in%20Saudi%20Arabia	37
---	--	----------------	---	--	------	------------------------------	--	--	--	--	---	----

				<p>versión 14.0, Chicago, IL, EE.UU.). Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo, con un intervalo de confianza del 95%.</p> <p>Las estadísticas descriptivas se expresaron como media \pm SD, a menos que se indique lo contrario. Todas las variables fueron probados y los medios en comparación con la t de Student prueba. Los datos categóricos se analizaron mediante χ^2 o prueba exacta de Fisher, según corresponda.</p>									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7	SINDROME DEL QUEMADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA DE HOSPITALES GRIEGOS	ATENAS - GRECIA	El objetivo del estudio fue (Maslach 1982) examinar el nivel de afectación por dicho "burnout" al que había llegado el personal de enfermería (Categorías: con educación universitaria, con educación recibida en Escuelas de Enfermería, con Educación Secundaria realizandoprácticas en enfermería) que trabajaba con pacientes psiquiátricos y (Agathonos-Georgopoulou 1999) los factores laborales que contribuyen al desarrollo del síndrome.	Antes de elaborar el estudio principal, se llevó a cabo un estudio piloto sobre 10 miembros del personal de enfermería (que representaban el 0,5% de la muestra total), con el fin de evaluar la claridad de las cuestiones y la habilidad de los encuestados a la hora de contestarlas en un marco independiente al del estudio principal. Para completar el cuestionario fue necesario emplear entre 30 y 40 minutos. Los resultados del estudio piloto provocaron algunos pequeños cambios y pusieron de manifiesto que el material era muy útil comprensible y de fácil manejo. Los miembros del personal de enfermería rellenaron los cuestionarios de forma privada y anónima. La aceptación del compromiso de completar el cuestionario se consideró como la conformidad dada para participar en el estudio. Para realizar el estudio piloto, el comité directivo y el Jefe del Departamento de Enfermería de cada hospital solicitaron un permiso especial. Se siguió el mismo procedimiento con el estudio principal. La correlación entre el Síndrome del	2003	1. El Inventario Maslach y Jackson, que está compuesto por 22 ítems y ha sido diseñado para evaluar tres aspectos del Síndrome del Quemado: el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de los logros personales (Maslach y Jackson 1986). 2. La Escala de Valoración del Ambiente de Trabajo de Moos e Insel que consiste en 90 preguntas de verdadero o falso con 10 subescalas: implicación de los empleados, colaboración entre compañeros, apoyo por parte del supervisor, autonomía, orientación de la tarea a realizar, presión en el trabajo, claridad, control por parte de la dirección, innovación y confort físico (Moos y Insel	La muestra estaba formada por 199 miembros del personal de enfermería de cinco hospitales psiquiátricos –dos hospitales generales psiquiátricos y tres departamentos de Psiquiatría pertenecientes a hospitales generales de Atenas.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA • PREPARACION PROFESIONAL: El 59,8% (n = 119) del personal habían asistido a escuelas técnicas, el 37,7% (n = 75) habían recibido una educación tecnológica y el 1% (n = 2) tenían educación universitaria. El 24% (n = 48) estaban especializados en Psiquiatría General. • LUGAR DE TRABAJO: El mayor porcentaje, el 78% (n = 155), trabajaban en un Departamento de Psiquiatría abierto. • ANTIGUEDAD EN LA LABOR: Por lo que respecta a la experiencia previa, el 35,5% (n = 70) del personal habían estado trabajando entre 1 y 5 años mientras que el 26% (n = 51) lo habían hecho entre 11 y 15 años. El agotamiento emocional estaba relacionado de forma positiva con la experiencia laboral previa. • BURNOUT: Por lo general, el "burnout" apareció en niveles moderados. El personal de enfermería que trabajaba en Departamentos de Psiquiatría de hospitales generales presentaba niveles más altos de agotamiento emocional (p < 0,04), si lo comparamos con los trabajadores de los hospitales psiquiátricos. La edad estaba relacionada de forma muy positiva con los logros personales p < 0,03. • PREPARACION PROFESIONAL: El personal de enfermería que había recibido Educación Universitaria, al igual que aquellos que habían obtenido un título de Postgrado en Enfermería Psiquiátrica desarrollaron niveles superiores de agotamiento emocional con una diferencia estadísticamente significativa si lo comparamos con aquellos trabajadores que poseían únicamente un título en Educación Secundaria. (p < 0,001) y (p < 0,001), respectivamente. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • TIEMPO DEDICADO AL PACIENTE: El 54% del personal de enfermería pasó menos del 50% de su tiempo comunicándose y preocupándose por sus pacientes. La expresión de un comportamiento impersonal (DESPERSONALIZACION) hacia los pacientes parecía estar relacionada de forma positiva con el poco tiempo dedicado a cuidar y a comunicarse con los pacientes. • COMUNICACION Y TIEMPO DEDICADO AL PACIENTE: También se descubrió que cuanto más tiempo se pasaba cuidando y comunicándose con los pacientes, menor era el agotamiento emocional y la despersonalización (p < 0,020 y p < 0,001 respectivamente) al mismo tiempo que aumentaban los logros personales (p < 0,001). Se utilizó el método de la regresión múltiple lineal paso a paso, para comparar el Síndrome del Quemado con las características propias del ambiente de trabajo y se descubrió que: El agotamiento emocional estaba relacionado de forma positiva con la sobrecarga de trabajo, sin embargo la correlación era negativa con factores como el apoyo del supervisor, (AMBIGUEDAD DE ROL) con la claridad de la tarea y el control por parte de los superiores. 2. La expresión de un comportamiento impersonal	TAREA • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- SITIO DE TRABAJO (departamentos de psiquiatría en comparación con psiquiatría hospitalaria)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL – MAYOR PREPARACION PROFESIONAL(tener educación universitaria, título de posgrado.. comparado con los trabajadores de educación secundaria)• ORGANIZACIONALES:• DESPERSONALIZACION- FRAGMENTACION DEL CUIDADO:(pasar menos tiempo de la jornada, con atención directa al paciente).• DESPERSONALIZACION – FRAGMENTACION DEL CUIDADO (PROTECTOR) (pasar más tiempo con el paciente disminuye el riesgo de estar despersonalizado)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- FRAGMENTACION DEL CUIDADO (PROTECTOR)(pasar más tiempo con el paciente disminuye el riesgo de estar agotado emocionalmente)• BAJA REALIZACION PERSONAL- FRAGMENTACION DEL CUIDADO (PROTECTOR)(pasar más tiempo con el		Adali E, Priami M, Evagelou H, Mougia V, Ifanti M, Alevizopoulos G. Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. Rev Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) [revista en la Internet] 2003 [citado 2011 Abril 12]; 17(3): 161-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2003000300004&lng=es . doi: 10.4321/S1579-699X2003000300004	23
---	---	-----------------	--	---	------	--	--	--	---	--	--	----

				<p>Quemado y las variables cualitativas independientes (edad, número de hijos, experiencia anterior en el servicio, y las subescalas del ambiente de trabajo) fue calculada por medio del coeficiente de correlación de Spearman. Para determinar la subescala de variables del Síndrome del Quemado más adecuada, se utilizó la regresión múltiple lineal paso a paso. La elección de variables se llevó a cabo a través del proceso de eliminación hacia atrás hasta un nivel significativo de $p = 0,05$. Las variables, que mantenían una correlación estadística importante con el Síndrome del Quemado en el análisis anterior de una sola variable, fueron las elegidas para tomar parte en el procedimiento de elección. El coeficiente alfa de Cronbach para el agotamiento emocional y para los logros personales fue de 0,83 y para la despersonalización de 0,51, mientras que para las subescalas de ambiente de trabajo variaba entre 0,60-0,79.</p>	1974).		<p>(DESPERSONALIZACIÓN) hacia los pacientes parecía estar relacionada de forma positiva con la poca implicación de los empleados, con el insuficiente control por parte de la dirección. La interconexión que existe entre el tipo de entorno laboral y el desarrollo del Síndrome del Quemado parece ser muy significativa. De forma especial, el apoyo que la dirección presta a los empleados juega un papel importante a la hora de determinar si el personal llegará a padecer en el futuro de agotamiento emocional³. Los logros personales (REALIZACIÓN PERSONAL) se relacionaron positivamente con el ambiente, la claridad y el tiempo empleado en comunicarse y preocuparse por el cuidado de los pacientes</p> <p>La expresión de un comportamiento impersonal (DESPERSONALIZACIÓN) hacia los pacientes parecía estar relacionada de forma positiva con la ausencia de cohesión entre los compañeros.</p>	<p>paciente disminuye el riesgo de tener baja realización personal)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- SOBRECARGA DE TRABAJO:• DESPERSONALIZACION- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (poca implicación de los empleados, y falta de control por parte de la dirección.)• BAJA REALIZACION PERSONAL (alta realización personal)- AMBIGÜEDAD DE ROL(hay mas logros personales cuando el empleado tiene claridad de cómo realizar la tarea)• BAJA REALIZACION PERSONAL (alta realización personal)- FRAGMENTACION DEL CUIDADO(cuando hay más tiempo para comunicarse y preocuparse por el paciente, el empleado se siente más realizado.)• DESPERSONALIZACION – CLIMA LABORAL (cuando hay ausencia de cohesión entre compañeros).</p>			
--	--	--	--	---	--------	--	---	--	--	--	--

8	SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN CIRUJANOS COLOMBIANOS	BOGOTÁ A COLOMBIA	El objetivo primario del estudio fue medir su prevalencia entre los cirujanos generales colombianos y evaluar los factores asociados. El objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional y los factores asociados, e identificar los aspectos susceptibles de intervención desde una perspectiva de salud pública cuyo protagonista principal es el médico.	Se llevó a cabo un estudio de corte transversal, observacional y analítico, entre los cirujanos generales y subespecialistas que asistieron al XXXIV Congreso Nacional de Cirugía, efectuado en Bogotá en agosto de 2008, pertenecientes o no a la Asociación Colombiana de Cirugía, y que aceptaron participar de forma voluntaria. Se excluyeron los médicos que vivían o trabajaban en el exterior y aquéllos que no habían tenido ejercicio profesional activo en los últimos seis meses. La información se recolectó en una encuesta anónima, personal y autodiligiada, mediante un cuestionario diseñado por los investigadores en el que se incluyeron las variables en estudio, y que se entregó a los participantes en el momento de su inscripción al congreso. El síndrome de burnout se midió por medio del MBI. Su aplicabilidad se ajustó en una prueba piloto con cirujanos generales en dos hospitales de la ciudad y se efectuaron las modificaciones pertinentes. Se empleó la metodología	2009	El síndrome de desgaste profesional se midió mediante el uso del Malasch Burnout Inventory (MBI) , instrumento validado y aceptado universalmente para este propósito, así como las variables demográficas y de impacto profesional, todas incluidas en el cuestionario final. El MBI evalúa tres dominios (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) relacionados con la presencia de la entidad en el ambiente laboral. Es una escala tipo Lickert, de 27 preguntas con puntajes entre 0 y 6 para cada una de ellas. La condición del síndrome de desgaste profesional requiere un elevado cansancio	El tamaño de la muestra fue de 260 personas y para su cálculo se consideró una prevalencia de 40% del síndrome de desgaste profesional y una precisión del 5% a dos colas.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: • ANTIGÜEDAD REALIZANDO LA TAREA: los médicos con menos de 20 años de ejercicio clínico presentaban 2,16 veces más probabilidades de desarrollar el síndrome y, aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa (IC95% 0,93-4,98), es posible que con un mayor tamaño de muestra se pudiera considerar como válida, dada la cercanía del valor inferior a la unidad. Este hallazgo concuerda con los hallazgos de otros autores sobre la elevada prevalencia de la entidad en los médicos jóvenes y en los años iniciales de su actividad. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL: • NO SE ENCONTRARON RELACIONADAS CON EL SINDROME: el área de práctica clínica (urbana o rural), el carácter público o privado de la actividad médica, el devengar menos de 10 salarios mínimos legales vigentes mensuales, el recibir un salario fijo, la periodicidad del pago al profesional, los ingresos exclusivos del ejercicio médico o el número de demandas médico-legales en los últimos dos años, todos ellos con el riesgo de padecer síndrome de desgaste profesional. FACTORES PROTECTORES PARA NO PADECER EL SINDROME: la satisfacción personal con el sitio de trabajo y con el tipo de enfermedades quirúrgicas manejadas diariamente (concepciones y actitudes quirúrgicas personales), el poseer un contrato laboral a término indefinido —mal llamado "de planta" (estabilidad laboral y prerrogativas)—, la adecuada correspondencia entre el ingreso y las expectativas económicas (ambiciones personales y profesionales), la captación de ingresos provenientes de actividades no relacionadas con la medicina (menor estrés económico mensual) y la presencia de vacaciones una vez al año (mecanismo compensador). En relación con el análisis de las características numéricas de las personas afectadas por el síndrome de desgaste profesional respecto a los no afectados, enumeradas en la tabla 4 del artículo original, se encuentran diferencias significativas que tienen que ver con la actividad administrativa dentro de su ejercicio clínico (sobrecarga laboral y, por ende, estrés), y con el número de turnos nocturnos por semana y de fines de semana trabajados al mes (disminución de mecanismos compensadores, sobrecarga laboral). Todos estos factores han sido encontrados por otros autores en poblaciones médicas similares. No hubo diferencias significativas entre los grupos analizados en cuanto a la actividad docente asociada al ejercicio clínico (protección ante el estrés laboral médico), al tipo de régimen de salud (contributivo, subsidiado o vinculado), a la actividad asistencial exclusiva (factor de riesgo), al número de pacientes atendidos en consulta externa, en urgencias y en hospitalización, así como al número de	TAREA: • BURNOUT - EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (menos de 20 años de ejercicio) • TRABAJAR EN UNA SOLA EMPRESA (PROTECTOR) (trabajar en un solo sitio, disminuye el riesgo de padecer el síndrome)- BURNOUT ORGANIZACIONALES: • SATISFACCION LABORAL (PROTECTOR)- BURNOUT • TIPO CONTRATACION (contrato laboral a término indefinido- de planta- estabilidad laboral) (PROTECTOR)- BURNOUT • SALARIO (Cuando hay adecuada correspondencia entre el ingreso y las expectativas económicas) (PROTECTOR)- BURNOUT • SOBRECARGA LABORAL (mayor número de turnos, tener adicional del ejercicio clínico, tareas administrativas)- BURNOUT.	Asimismo, hay una reducción de 50% del riesgo de accidentes biológicos si no se padece la entidad. CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES ALTOS RIESGOS OCUPACIONALES: existe una asociación significativa entre los accidentes biológicos y los cirujanos con estrés laboral, y su probabilidad de presentación fue dos veces mayor, que entre los no afectados.- El impacto del síndrome en la actividad profesional se documenta al existir una reducción de 66% del riesgo de presentar síndrome de desgaste profesional si se trabaja en un solo sitio. Asimismo, hay una reducción de 50% del riesgo de accidentes biológicos si no se padece la entidad.	ORGANIZACIONALES • AUMENTO DE ACCIDENTES OCUPACIONALES (hay una reducción de 50% del riesgo de accidentes biológicos si no se padece la entidad)(su probabilidad de presentación fue dos veces mayor, que entre los no afectados.)	Vega Neil V, Sanabria A, Domínguez LC, Osorio C, Ojeda C, Bejarano M. Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. Rev. Colomb. Cir. [revista en la internet] 2009 [Citado 2011 Abril 12]; 24(3): 153-164. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822009000300004&lng=en .	38
---	--	-------------------------	--	--	------	---	--	--	--	---	--	---	----

			<p>de variable dicotómica (sí/no) de acuerdo con los avances recientes en el tema (7) y los resultados no se expresaron como parte de un continuo (alto-medio-bajo), en razón a que el objetivo primario del estudio consistía en evaluar la entidad integralmente y no cada uno de sus dominios.</p> <p>En la encuesta no se mencionó el MBI y se denominó "Encuesta de satisfacción en Cirugía", para evitar el sesgo de respuesta por parte de los entrevistados al sentirse evaluados (efecto Hawthorne). El análisis de la información se hizo mediante la evaluación de la estadística descriptiva; posteriormente, y de acuerdo con el MBI, se identificó la prevalencia del síndrome de desgaste profesional. Luego, mediante análisis bivariado se investigó la asociación de las variables de exposición con el síndrome y se establecieron las medidas de impacto potencial (9). Por medio del análisis de regresión logística con las variables mayormente asociadas a la presencia del síndrome de desgaste profesional, se buscó establecer un modelo</p>	<p>emocional, asociado a una alta despersonalización, o bien, a una baja realización personal, de acuerdo con los puntos de corte obtenidos en el desarrollo y la aplicación del instrumento de medición del síndrome.</p>	<p>procedimientos quirúrgicos realizados en una jornada laboral de seis horas (sobrecarga laboral). El impacto del síndrome en la actividad profesional se documenta al existir una reducción de 66% del riesgo de presentar síndrome de desgaste profesional si se trabaja en un solo sitio. Asimismo, hay una reducción de 50% del riesgo de accidentes biológicos si no se padece la entidad. El análisis multivariado de los datos evidenció únicamente como variable protectora del síndrome de desgaste profesional, la satisfacción con el sitio de trabajo (OR=0,27) (IC95% 0,12-0,60); sin embargo, consideramos que ésta es una variable que mide simultáneamente los mismos elementos que mide el MBI.</p>					
--	--	--	---	--	---	--	--	--	--	--

				<p>que integrara los principales factores involucrados adaptados a nuestro país. Los cálculos estadísticos se efectuaron con el programa estadístico Stata 10.0.</p> <p>El trabajo se presentó y fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad de La Sabana y por la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Cirugía.</p>								
9	MÉDICOS DE UTI: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE TRABALHO	BRASIL-ESTADO DE BAHIA BRASIL Y CIUDAD DE SALVADOR	El objetivo de este estudio es describir la prevalencia del síndrome de burnout, las características sociodemográficas y las condiciones de trabajo de cuidados intensivos en Salvador (BA).	Se realizó un estudio descriptivo transversal en una población de 333 médicos de cuidados intensivos de octubre de 2006 a enero 2007. Se incluyeron los médicos que trabajan en la UCI de adultos de Salvador (Bahía - Brasil), registrados en la Sociedad de Cuidados Intensivos de Ontario (Sotiba). En la recolección de datos un cuestionario estandarizado contestado por los propios médicos, no siendo necesaria para la identificación. En el cuestionario se presentaron seis grupos de preguntas: 1. identificación general del demandado, para caracterizar a los miembros individuales	2010	El Maslach (Maslach Burnout Inventory) se compuso por 22 estados de los sentimientos y actitudes que abarcan tres dimensiones fundamentales del Síndrome de Burnout , dividido en tres punto siete escalas, que van desde 0 a 6. Así, se describieron de forma independiente, cada una de las dimensiones que caracterizan Burnout. agotamiento profesional se	333 médicos de cuidados intensivos de octubre de 2006 a enero 2007. Se incluyeron los médicos que trabajan en la UCI de adultos de Salvador (Bahía - Brasil), registrados en la Sociedad de Cuidados Intensivos de Ontario (Sotiba).	CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL El Síndrome de burnout en las tres dimensiones del MBI fue más prevalente en: CARGA LABORAL: médicos con carga de trabajo en el fin de semana más de 12 horas (RP: 2,15), en UTI semanales de guardia de 24 horas (RP: 2,15). SALARIOS BAJOS: tenían una renta mensual igual o inferior a \$ 5.000.00 (RP: 1,84) (Tabla 5). FALTA DE ACTIVIDAD DE ESPARCIMIENTO: El síndrome de burnout en las tres dimensiones del MBI foimais prevalente entre los médicos que no hacían ejercicio regularmente (RP: 5,04), no presentaba algún hobby (RP: 3,36), que tuvo tiempo de la graduación o años menos de nueve (PR: 2.13) y que eran menores de 33 años (RP: 1,82) (Tabla 5). FACTORES MEDIOAMBIENTALES: Los médicos evaluados presentaron un ruido excesivo y la posibilidad de complicaciones en el cuidado de los pacientes hospitalizados como los principales estresores del medio ambiente en la UCI (Tabla 3).	ORGANIZACIONALES: • SOBRECARGA DE TRABAJO (trabajar más de 12 horas el fin de semana) • FALTA DE ACTIVIDAD DE ESPARCIMIENTO (no realizar deporte, no tener un hobby ,no hacer ejercicio regularmente, presentaron mayor frecuencia) • SALARIO BAJO (ganar menos de 5000 dólares mensual, presentaron mayor frecuencia de Burnot)		NASCIMENTO SO, Carlito Lopes; BARROS, Dalton de Souza; TIRONI, Márcia Oliveira Staffa and MARQUES FILHO, Edson Silva. Médicos de UTI: prevalencia da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. Rev. bras. educ. med. [Revista en la internet]. 2010 [citado 2011 abril 13]; 34(1):106-115. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100013&lng=en&nrm=iso . ISSN 0100-5502. doi: 10.1590/S0100-55022010000100013.	39

				<p>de la muestra por sexo, edad, experiencia, antigüedad en el empleo, el total de horas trabajadas por semana, el trabajo por turnos, etc.;2. características del ambiente de trabajo percibidas por los médicos como perjudiciales para su salud (Job contenido del cuestionario - JCQ);3. calidad de vida (WHOQOL-Bref);4. quejas de la enfermedad, para evaluar el estado general de salud de las personas, tratando de identificar los riesgos sanitarios;5. evaluar el nivel de Burnout (Maslach Burnout Inventory - MBI);6. cuestiones de carácter general, los factores de estrés en los hábitos de trabajo y estilo de vida. El trabajo fue publicado en los periódicos por las instituciones médicas del Estado de Bahía y por medio de folletos y carteles en todas las unidades de cuidados intensivos en Salvador. Los cuestionarios se aplicaron a la crítica médicos de atención junto con la Declaración de Consentimiento Informado (CI) por un grupo de estudiantes de medicina y psicología, previamente capacitados. Fueron</p>	<p>mide por 9 artículos, la despersonalización de 5, y 8 la realización personal.El agotamiento emocional, una puntuación igual o superior a 27 indica un alto nivel, del 17 al 26 de nivel moderado, y menos de 16 , de bajo nivel. Para despersonalización, con calificaciones iguales o superiores a 13 indican un alto nivel, 7-12, moderado y menos de 6, el bajo nivel . Los puntos referidos a la realización personal son contrarios a las otras dos dimensiones : de 0 a 31, lo que indica un alto nivel, de 32 a 38, nivel moderado, igual o superior de 39, más abajo</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				entregados los sobres en los que los médicos regresaron los cuestionarios a los estudiantes, lo que garantiza el secreto y la confidencialidad de los datos. El estudio fue aprobado por la Ética en Investigación del Hospital de Santa Isabel (CEP-HSI) . La recogida de datos se llevó a cabo entre octubre de 2006 enero de 2007.El análisis estadístico se realizó con el paquete de software SPSS para Windows. Los parámetros se utilizaron estadísticas descriptivas, la adopción de las medidas usuales de tendencia central y dispersión, y los cálculos de frecuencias absolutas y relativas. La razón de prevalencias se utilizó para medir la asociación entre las variables.									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10	DIFERENCIAS POR SEXO, SÍNDROME DE BURNOUT Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EN LOS MÉDICOS FAMILIARES DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD, GUADALAJARA, MÉXICO	GUADALAJARA-MEXICO	Identificar las diferencias entre el ser hombre o ser mujer con Síndrome de burnout y sus repercusiones en la salud en los médicos familiares de dos instituciones de salud en Guadalajara, México.	Se acudió a cada uno de las instituciones con la finalidad de presentar la propuesta y pedir la autorización de llevar a cabo el estudio. El estudio consta de dos cuestionarios: uno con datos sociodemográficos y laborales con variables como: edad, grupo de edad, estado civil, antigüedad en la institución y en el puesto actual y turno laboral, así como la Escala de Valoración de "Maslach Burnout Inventory (MBI)" para evaluar la presencia del síndrome de burnout. Este último cuestionario es el instrumento utilizado con mayor frecuencia: "Escala de valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI)". En él se conceptualiza al síndrome de burnout en tres dimensiones: la que evalúa sentimientos de "agotamiento emocional (EE)" por sus siglas en inglés, la de "despersonalización (D)" y la de "baja realización personal en el trabajo (PA)". Como resultado de sus continuas evaluaciones, actualmente el cuestionario consta de 22 ítems de 25 que tenía, distribuidos en las tres dimensiones o factores antes mencionados (la dimensión	2006	Un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, así como la escala de valoración de "Maslach Burnout Inventory (MBI)" para evaluar la presencia del síndrome de burnout.	La población seleccionada la conformaron los profesionales "médicos familiares" que laboraban para dos instituciones de salud, zona metropolitana de Guadalajara, México, con un total de 154 sujetos , que ocupara su puesto de trabajo en consulta o en el servicio de urgencias, que cumpliera mínimo 6 meses de labor continua sin interrupciones y que mostrara disposición para contestar el cuestionario. Tomando como base la población total de médicos familiares en cada una de las instituciones, se obtuvo la muestra, la cual fue determinada por medio del Statcalt	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA. Del total de los 82 médicos que padecían burnout con respecto a la antigüedad en la institución, la mínima reportada en las mujeres fue de 6 meses (una mujer) y para los hombres de un año (un sujeto); la antigüedad máxima para las mujeres fue de 26 años y de 31 para los hombres, con un sujeto en cada uno. El promedio de antigüedad en años de labor fue de 15 para las mujeres y de 17 para los hombres. Y según la antigüedad en el puesto actual, las mujeres refieren 6 meses como mínimo y 25 como máximo, con un promedio de 12 años. Para los varones la mínima fue de 2 meses con un máximo de 28 y un promedio de 14 años de labor en el mismo puesto. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL. TIPO DE INSTITUCION (PUBLICA O PRIVADA): De los 82 sujetos con Síndrome de Burnout 28 son mujeres (25 que laboran en la institución de seguridad social y 3 para los trabajadores del estado) y 54 son hombres, divididos en 42 y 12 sujetos respectivamente. • HORAS DE TRABAJO SEMANAL: Ambos sexos refieren trabajar en promedio 30 horas a la semana. TIPO DE TURNO: La mayoría lo hace en el turno matutino 18 (64.3%) mujeres y 26 (48.1) en la mañana y en la tarde para los hombres (tabla 1). Según la distribución de la población por cada una de las dimensiones del síndrome de burnout se puede considerar que para la dimensión "agotamiento emocional" las prevalencias son mayores en ambos sexos que en la dimensión "falta de realización personal y en el trabajo "y para la de "despersonalización " (tabla 2)NOTA: Se analizó solo población con el Síndrome de Burnout.	TAREA: • EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA(entre 15 y 17 años)- BURNOUT ORGANIZACIONAL S:• SOBRECARGA LABORAL (trabajar en promedio 30 horas semanales)- BURNOUT• TRABAJAR POR TURNOS(mayoría trabajaban en turno matutino)- BURNOUT	INTRODUCCION DE CONSECUENCIAS En cuanto a las repercusiones en salud de los trabajadores, se reportan algunas como: cansancio físico, fatiga emocional, agotamiento, aislamiento, cinismo, bajo rendimiento laboral y baja autoestima; problemas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y musculoesqueléticos, dolor de cabeza, infecciones, alergias, alteraciones menstruales, trastornos del sueño, sudoración de manos, falta de apetito, temblor de manos, incremento de conductas adictivas, de trastornos psicológicos, ansiedad, tensión, irritabilidad, depresión, fatiga , así como de altos niveles de ansiedad en	FISIOLÓGICAS • ENFERMEDADES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES• DOLORS MUSCULARES : Hombros dolorosos, fibromialgias, lumbalgias, esguinces. • TRASTORNOS DEL SUEÑO• ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES: diarreas, gastritis, enfermedades ácido pépticas, hernias hiatales, úlceras duodenales, estreñimiento, amibiasis. • ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: hipotensión, hipertensión, varices, cefaleas. • ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: neurosis • ENFERMEDADES RESPIRATORIAS SUPERIORES• TENDINITIS• ARTRITIS• ESGUINCES• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- CARDIOVASCULARES• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- NEUROLÓGICAS• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- PSICOLÓGICAS• FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL- RESPIRATORIAS SUPERIORES•	Aranda Beltrán C. Diferencias por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Rev. costarric. salud pública [revista en la Internet] 2006 [citado 2011 Mayo 02] ; 15(29): 1-7. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000200002&lng=es .	40
----	---	--------------------	---	---	------	--	---	---	--	---	--	---	----

				<p>"agotamiento emocional", que está formada por 9 ítems; la de "despersonalización" tiene 5 ítems y, la de "baja realización personal en el trabajo" compuesta por 8 ítems, de tal manera que se suman los ítems de cada dimensión, calificándolo el cuestionario con base en la norma americana y adaptación catalana en las categorías de bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones. En las dimensiones "EE" y "D" altas puntuaciones califican a un sujeto como quemado, es decir, con síndrome de burnout; pero, en la de "FRP" obtener un bajo puntaje significa estar quemado. Dicho cuestionario ha sido ampliamente utilizado en diversas profesiones, por lo que puede ser utilizado con toda seguridad en cualquier actividad laboral.</p>			<p>EpilInfo6, seleccionando a los médicos por medio de un muestreo aleatorio estratificado. Se tuvo el cuidado de tomar como referencia el 10% permitido como tasa de no respuesta para poder así llegar al número de encuestas requeridas.</p>		<p>los profesionales de intervención en los servicios sociales. CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS: De los 82 médicos familiares con síndrome de burnout, 17 mujeres de 28 (77.3%) y 23 hombres de 54 (57.5%) presentaron alguna molestia y/o enfermedad en los últimos seis meses. Según el grupo de enfermedades que padecieron los médicos, las mujeres se enferman más que los hombres, sobre todo, a nivel músculo-esquelético y psicológico, seguido por las enfermedades y/o molestias gastrointestinales, luego de las cardiovasculares y por último las neurológicas; mientras que las patologías frecuentes en los hombres</p>	<p>DESPERSONALIZACIÓN-PSICOLÓGICAS-<u>COMPORTAMENTALES</u>• ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS: depresiones, estrés, agotamiento, ansiedad, apatía, desmotivación.</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	---	--

										<p>son en primer lugar las gastrointestinales, seguidas por las respiratorias superiores, cardiovasculares, neurológicas y en último lugar las psicológicas y psicosomáticas (tabla 3)</p> <p>Más específicamente, entre las enfermedades y/o molestias que refieren los médicos y las médicas encontramos: tendinitis, artritis, esguinces, hombros dolorosos, lumbalgias, lesiones musculares, fibromialgias, colitis, enteritis, diarreas, gastritis, enfermedades ácido pépticas, hernias hiatales, úlceras duodenales, estreñimientos, amibiasis, neurosis, depresión, estrés, agotamiento, insomnio, ansiedad, irritabilidad, desmotivación, apatía.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										<p>hipertensión, hipotensión y várices y cefaleas. En nuestro análisis inferencial pudimos observar que en los médicos/as que habían desarrollado el síndrome de burnout, algunas variables sociodemográficas y laborales se relacionaban con la enfermedad, con valores de $p < 0.05$ (tabla 4). Asimismo, no todas las dimensiones del síndrome se asociaron de igual manera o con la misma frecuencia hacia la enfermedad (tabla 5).</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

11	DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES PERSONALES Y AMBIENTALES	GIRONA - ESPAÑA	Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesional. Nuestro objetivo fue estudiar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en los trabajadores sanitarios hospitalarios, y valorar su relación con los factores personales y ambientales.	La encuesta era anónima y constaba de un cuestionario general de elaboración propia, el Maslach Burnout Inventory (MBI), y un cuestionario sobre clima organizacional. El cuestionario general recogió información de variables sociodemográficas, situación profesional, aspectos personales (enfermedad crónica, uso frecuente de tranquilizantes o antidepresivos) y capacidad asertiva, entre otros datos. Además, se estudió la valoración laboral de los trabajadores mediante la suma de 4 preguntas: sentirse valorado en el trabajo por los pacientes, los familiares, los compañeros y los superiores. Se utilizó una escala analógica visual de 0 a 10 para estudiar la situación económica y la satisfacción profesional en la empresa (desde 0, para nada satisfactorio, hasta 10, para muy satisfactorio) y otra escala para valorar el optimismo (desde 0, nada optimista, a 10, muy optimista). El SDP se estudió mediante la versión española del MBI. Consta de 22 ítems, con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones, respecto a la	2005	Un cuestionario de elaboración propia, una encuesta del clima organizacional, y el Maslach Burnout Inventory, que incluye tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.	El estudio se realizó en 5 de los 7 hospitales de la provincia de Girona: 4 hospitales de ámbito comarcal y pertenecientes a la Red de Hospitales de Utilización Pública, ubicados en Figueres, Olot, Palamós y Blanes, y el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta del Instituto Catalán de la Salud. Se escogieron estos hospitales por criterios de oportunidad. Incluimos a todos los trabajadores sanitarios en activo en el momento del estudio (mayo y junio de 2002). Se excluyó a los trabajadores con funciones no sanitarias. Un total de 2.290 trabajadores sanitarios	Las limitaciones de este estudio son fundamentalmente las derivadas de un diseño transversal, que sólo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad. • BURNOUT POR PROFESION: Respecto a las categorías profesionales (tabla 2), los médicos y los profesionales de enfermería presentaron los porcentajes más altos de CE. Los médicos expresaron más despersonalización. El grupo mixto, por la contribución de los técnicos (el 45,2% de nivel alto) y los médicos, mostró mayor BRP. Factores relacionados con la dimensiones del MBI. En las tablas 3, 4 y 5 se muestran los resultados de las variables relacionadas con el desgaste profesional, en forma de OR sin ajustar y ajustadas por el resto de las variables. • CONSUMO DE MEDICAMENTOS – TRASTORNO MENTALES :Destaca también una clara asociación entre el nivel alto de CE y el consumo de medicamentos tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad, de los cuales se declararon consumidores un 12% de los profesionales encuestado. Como en todo estudio transversal, no podemos precisar si los trastornos mentales han facilitado el CE o son consecuencia de éste. CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA Entre los trabajadores situados en el nivel alto de DP (tabla 4), predominaron los trabajadores con menos años de ejercicio de la profesión, que valoraron menos su nivel de optimismo. CAUSAS ORGANIZACIONALES En el análisis bivariado diversas variables mostraron una asociación con el nivel alto de CE (tabla 3), incluidos todos los componentes del clima organizacional. Al ajustar por las otras covariables, se observó una relación con la satisfacción profesional y la valoración del optimismo, de modo que los más satisfechos y los más optimistas se situaron con menor frecuencia en el nivel alto de CE. Entre los trabajadores situados en el nivel alto de DP (tabla 4), predominaron los trabajadores que tenían la percepción de no ser adecuadamente valorados laboralmente (por sus compañeros, jefes, pacientes o familiares de los pacientes). Una menor valoración de la utilidad del trabajo fue el único componente del clima organizacional que mantuvo la asociación con un nivel alto de DP. En relación con los factores externos, los estudios indican que los factores organizacionales y el escaso apoyo social producen un estrés laboral que puede conducir al desgaste profesional. Se considera responsables de este síndrome los desajustes entre diferentes áreas, como la carga laboral, las recompensas, el grado de control del trabajador en su actividad, la presencia o ausencia de equidad y el conflicto entre los valores individuales y los de la empresa. Aunque todos los componentes del clima organizacional han mostrado asociación con el nivel alto de las tres dimensiones del MBI, los análisis ajustados han limitado su significación a	TAREA: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- PROFESION (enfermería profesional, medicina)• DESPERSONALIZACIÓN- PROFESION (médicos)• BAJA REALIZACIÓN PERSONAL- PROFESION (técnicos, médicos)• DESPERSONALIZACIÓN- MENOR EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA ORGANIZACIONALES: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- SATISFACCION LABORAL(los más satisfechos, menos agotamiento emocional) (PROTECTOR)• DESPERSONALIZACIÓN- NO RECONOCIMIENTO POR LA TAREA REALIZADA(por compañeros, jefes, pacientes, familiares, de pacientes). En sentido contrario actúa como protector.	Destaca también una clara asociación entre el nivel alto de CE y el consumo de medicamentos tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad, de los cuales se declararon consumidores un 12% de los profesionales encuestado. Como en todo estudio transversal, no podemos precisar si los trastornos mentales han facilitado el CE o son consecuencia de éste.	COMPORTAMIENTO: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- CONSUMO DE MEDICAMENTOS (tranquilizantes, antidepresivos)	Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Rev Gac Sanit [revista en la Internet] 2005 [citado 2011 Mayo 07]; 19(6): 463-470. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600007&lng=es .	41
----	--	-----------------	---	---	------	--	--	---	--	--	---	--	----

				<p>frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Este cuestionario tiene tres dimensiones: cansancio emocional (CE) con 9 ítems, que refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás; despersonalización (DP) con 5 ítems, que describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes, y realización personal (RP) con 8 ítems, que expresa sentimientos de competencia y éxito. En contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del SDP. La clasificación en nivel bajo, medio y alto para cada dimensión del MBI se realizó utilizando los puntos de corte que dividen en tertiles una muestra española de 1.138 personas, incluida en el manual de uso del cuestionario . Los puntos de corte para CE se sitúan en los valores 15 y 24 (es bajo si la puntuación es inferior a 15 y alto si es superior a 24), para DP en 4 y 9, y para RP en 33 y 39.El</p>		<p>de 5 hospitales de Girona fueron invitados a participar. Contestaron la encuesta 1.095 trabajadores (con un 47,8% de participación).Previamente al inicio del estudio, los investigadores de cada hospital (médicos y personal de enfermería) informaron a sus compañeros de los objetivos y la metodología del estudio, solicitando su colaboración. La encuesta fue entregada personalmente o a través de compañeros de trabajo. La recogida se realizó de manera anónima mediante buzones instalados en diversas zonas de los hospitales.</p>	<p>la valoración del equipo de trabajo en RP y a la creencia en la utilidad del trabajo en RP y DP. Los sanitarios con mayores índices de DP perciben que su trabajo no es valorado adecuadamente por los pacientes, familiares, compañeros y superiores. La creencia de que el trabajo es útil y está bien valorado por los demás tiene un efecto protector para la DP. El trabajador sanitario, frecuentemente vocacional, necesita sentirse integrado y participe en la empresa, y que su trabajo sea reconocido y valorado por la sociedad</p> <p>El personal sanitario con un nivel alto de BRP también mostró valoraciones más bajas en optimismo, consideró su trabajo menos útil y evaluó peor el equipo de trabajo que sus compañeros con un sentimiento de mayor realización personal (tabla 5).</p>					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>clima organizacional se estudió mediante un cuestionario de respuestas tipo Likert, con 5 opciones relacionadas con el grado de acuerdo en las afirmaciones del cuestionario (desde «nada» hasta «totalmente»). Este cuestionario explora 5 apartados: <i>autonomía en el trabajo</i> (decisiones e iniciativas), de 3 a 15 puntos; <i>equipo de trabajo</i> (relaciones con compañeros y jefe inmediato), de 4 a 20 puntos; <i>incentivos</i> (de formación, promoción y económicos), de 3 a 15 puntos; <i>organización en conjunto</i> (dirección de la empresa, comunicación entre estamentos, relaciones en la empresa), de 3 a 15 puntos, y utilidad del trabajo (para los pacientes, empresa, sociedad), de 4 a 20 puntos. Análisis estadístico: Cuando un sujeto no respondió a una pregunta del cuestionario, la dimensión de la encuesta que contenía esta pregunta no se tuvo en consideración en el análisis. Para estimar las variables relacionadas con el desgaste profesional se realizaron 3 modelos de regresión logística, uno para cada componente de este síndrome. Para ello, se recodificó la</p>								
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>variable dependiente en dos categorías según los resultados fueran bajo-medio y alto. Las variables independientes fueron: sexo, edad, realizar gestión, trabajar en festivos, tener alguna enfermedad crónica, tomar medicación psicoactiva, valoración laboral, asertividad, años de profesión, años en el centro hospitalario, horas de ocio, optimismo, economía, satisfacción profesional, todas las dimensiones del clima organizacional y categoría profesional. Todas las variables independientes fueron introducidas simultáneamente en cada uno de los modelos. Asimismo, se incluyó la variable hospital como efecto aleatorio para controlar la variabilidad entre hospitales y calcular los intervalos de confianza de las odds ratio (OR). Los programas estadísticos utilizados para el análisis fueron STATA v.8 y SPSS v.12.</p>									
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12	FACTORES DE RIESGO ORGANIZACIONALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS ANESTESIOLOGOS	MEXICO	Con el fin de determinar y evaluar los factores organizacionales asociados al "Síndrome de Burnout" se realizó este estudio en los médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali, B.C., México.	Estudio de casos y controles. El grupo de casos estuvo constituido por los sujetos que presentaron el síndrome y el grupo control por los que no lo presentaron. El tamaño de la muestra fue de n=28. La variable independiente la constituyeron los factores organizacionales viciados (sobrecarga de trabajo, pérdida de control de lo que se realiza, falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado, pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral, e injusticia) y la variable dependiente, el síndrome de burnout. Los instrumentos validados que se utilizaron fueron el cuestionario de Maslach para identificar el síndrome y el cuestionario general para identificar los factores de riesgo. Este estudio se realizó en dos etapas: en la primera se aplicó el cuestionario de Maslach (Anexo A) a 100% de los médicos anestesiólogos, para identificar los casos, obteniéndose la prevalencia, así como a nuestra población de referencia, de donde se obtuvo la muestra estimada, con 28 casos (los que presentaron el	2005	Cuestionario general para valorar factores de riesgos y Escala de valoración de "Maslach Burnout Inventory (MBI)" para evaluar la presencia del síndrome de burnout.	El universo de trabajo fue 100%(92) de los médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali, B.C., México, de donde se obtuvo la muestra, por medio de la fórmula para proporciones ajustada de Cochran n = 28. Los criterios de inclusión fueron: médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali, que aceptaran participar y que contestaran el total de los reactivos de los cuestionarios. Se hizo la encuesta de un total de 92 médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali, B.C., a los que se les aplicó el cuestionario de Maslach, y se determinó la prevalencia del síndrome de burnout, excluyéndos	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA Para la variable de pérdida de control sobre lo que se realiza: en el grupo de casos n=12(42.7%) y en el grupo control n=13(46.4%). CAUSAS ORGANIZACIONALES En relación con las diferencias organizacionales entre ambos grupos, casos y controles de las otras variables estudiadas, que en nuestro estudio no resultaron ser significativas, obtuvimos los siguientes resultados: Para la variable de falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado: en el grupo control, n=22(79.3%) y en el grupo de casos n=19(71.4%), se indicó que no existe reconocimiento. Análisis: en el análisis univariado, la variable organizacional que tuvo relación con el síndrome de burnout fue la sobrecarga de trabajo, con una RM cruda de 10.8; IC 95% (1.19-98.2). En el análisis multivariado, la variable de riesgo sobrecarga de trabajo también fue significativa con una RM ajustada de 59.8; IC 95% (2.17-1650); además se apreció la relación entre la variable organizacional de pérdida de valores que resultó de protección respecto al síndrome con RM ajustada de .210; IC 95%(0.043-.99) (cuadro 1). CAUSAS INTERPERSONALES Para la variable de pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral: en el grupo de casos n=11(37.9%) y en el grupo control n=13(46.4%) se indicó que existe un mal ambiente laboral. Para la variable de Injusticia: grupo de casos n=17(59.6%), grupo control n=13 (48.3%) se señaló que había injusticia en cuanto a estímulos.	ORGANIZACIONAL: SOBRECARGA DE TRABAJO- BURNOUT		Palmer Y, Gómez A, Cabrera C, Prince R, Searcy R. Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. Rev Salud Mental [revista en la Internet] 2005 [citado 2010 Noviembre 10]; 28(1): 82-91 Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=32083&id_seccion=1169&id_ejemplar=3301&id_revista=1	3
----	---	--------	---	--	------	--	---	--	---	--	--	---

				<p>síndrome) y 28 controles (sin el síndrome). En la segunda etapa, se aplicó un segundo cuestionario validado (Anexo B) en constructo y contenido por expertos; para recabar la información de los factores de riesgo, se les confirmó la confidencialidad, ya que los cuestionarios se recabaron en forma anónima. Análisis estadístico utilizado: El análisis estadístico se realizó con los programas EPI-INFO 2000, BMDP y GBStat. Lo que permitió obtener estadísticas descriptivas, prueba de proporciones para dos poblaciones, razón de momios cruda y ajustada, chi cuadrada y regresión logística, para establecer la relación de causalidad de los factores identificados con el síndrome de burnout. Se hizo el análisis estadístico descriptivo de otras variables como son género, edad, estado civil, número de hijos, enfermedades subyacentes y antigüedad laboral.</p>			<p>e a tres médicos (por no contestar los cuestionarios), y de los 89 sujetos encuestados se obtuvieron 37 casos con el síndrome, dando como resultado una prevalencia de 44%. Se excluyó a 14 sujetos por no encontrarse en activo. De los 37 sujetos detectados con el síndrome y de los 38 sujetos que no presentaron el síndrome, que constituyen la población de referencia, se seleccionaron 28 casos y 28 controles.</p>						
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

13	SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, GUADALAJARA, MÉXICO	MEXICO	El objetivo del estudio fue el de determinar la prevalencia de Burnout, las manifestaciones clínicas y la relación entre ellas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México.	Los médicos participantes en el estudio tenían que haber laborado al menos durante seis meses continuos de trabajo, su contrato de trabajo sería de base, no debería estar de permiso al momento del levantamiento de la encuesta y participaría por su propio interés, firmando y autorizando mediante consentimiento informado su participación en el estudio. Para recabar los datos se emplearon dos cuestionarios. El primero fue diseñado para la obtención de datos sociodemográficos con variables como edad, sexo, estado civil, escolaridad, puesto actual, turno, antigüedad en el puesto y en la institución, incluyendo una última pregunta que contestaban de manera abierta referente a qué enfermedades y/o molestias de salud ha tenido en los últimos seis meses, con la que posteriormente se trabajó y agrupó en enfermedades según los signos y síntomas o la enfermedad que dijo el médico que presentó durante el período indicado. Otro instrumento de evaluación fue la Escala de Valoración de Maslach Burnout	2005	Para recabar los datos se emplearon dos cuestionarios . El primero fue diseñado para la obtención de datos sociodemográficos con variables como edad, sexo, estado civil, escolaridad, puesto actual, turno, antigüedad en el puesto y en la institución, incluyendo una última pregunta que contestaban de manera abierta referente a qué enfermedades y/o molestias de salud ha tenido en los últimos seis meses, con la que posteriormente se trabajó y agrupó en enfermedades según los signos y síntomas o la enfermedad que dijo el médico que presentó durante el período indicado. Otro instrumento de evaluación fue la Escala de Valoración de Maslach Burnout Inventory	Se tomó en cuenta la población total de médicos familiares que laboran para el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Zona Metropolitana de Guadalajara, compuesta por 835 sujetos, cuya prevalencia fue de 0,15, con un margen de error de 0,05 y un nivel de confianza del 95 %, además de una tasa de no respuesta del 10 %. Se empleó un muestreo aleatorio simple estratificado, partiendo de una lista que incluía a todos los médicos y a la Unidad de Medicina Familiar en la cual laboraban, dicha lista fue proporcionada por la misma institución.			El 64,8 % (81 sujetos) se manifestó enfermo. Los diferentes signos y/o síntomas que reportaron fueron agrupados resultando de todos ellos seis grupos: respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares, musculoesqueléticas, neurológicas y psicológicas. Las más frecuentes fueron las musculoesqueléticas (20 %), seguidas por las respiratorias (19,2 %), las gastrointestinales (18,3 %) y las psicológicas (15,2 %) (Tabla 2). Se encontró asociación entre el síndrome de Burnout con estar o no enfermo en los últimos seis meses. Solamente cuatro de los reactivos del Burnout pertenecientes a la dimensión agotamiento emocional se	FISIOLÓGICAS: AGOTAMIENTO EMOCIONAL-ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES ALES: AGOTAMIENTO EMOCIONAL-ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES COMPORTEMENTALES: AGOTAMIENTO EMOCIONAL-ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS	Aranda C, Pando M, Salazar JG, Torres TM, Aldrete M, Pérez M. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet] 2005 [citado 2011 Mayo 10]; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200005&lng=es	6
----	--	--------	---	--	------	---	---	--	--	--	---	--	---

			Inventory (MBI-HS) para valorar y analizar el síndrome de Burnout. Esta escala Maslach Burnout Inventory (MBI-HS), es un instrumento que ha sido validado y es el más utilizado para evaluar y medir la presencia del síndrome de Burnout. Originalmente el instrumento fue elaborado para ser utilizado en profesionales de la salud, actualmente el cuestionario consta de 22 ítems distribuidos en tres factores: 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización, y 3) falta de realización personal y en el trabajo, se construyen de esta forma las tres subescalas del MBI19 y en donde se suman los ítems de acuerdo con la dimensión, las dos primeras son positivas y la última se considera negativa. De esta forma un sujeto que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y "bajo" para realización personal en el trabajo puede ser categorizado como un sujeto con altos sentimientos de estar "quemado". Las puntuaciones de los sujetos para el MBI se calificaron sobre la base a la norma	(MBI-HS) para valorar y analizar el síndrome de Burnout. 18, 19				asociaron con estar enfermo y, solo uno por parte de la dimensión baja realización personal y en el trabajo (tabla 3). Se encontraron valores significativos entre casi todos los reactivos que componen el MBI con algunos de los grupos, presentándose esta asociación con las de tipo gastrointestinal, seguidas por las cardiovasculares, las neurológicas y con las psicológicas. (Tabla 4). La dimensión agotamiento emocional fue la única que se comportó como factor de riesgo con estar enfermo $p = 0,0234$ y un OR de 1,40 (1,10 -1,77). La única dimensión del MBI que se comportó como factor de riesgo hacia el desarrollo de alguna enfermedad fue el			
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

				<p>americana y adaptación catalana, determinando las categorías de bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones (tabla 1).</p> <p>Nivel Agotamiento emocional ≥ 27 17-26 0-16</p> <p>Despersonalización ≥ 14 9-13 0-8</p> <p>Baja de realización < 30 36-31 48-37</p> <p>personal y en el trabajo Alto Medio Bajo</p>						<p>agotamiento emocional con el grupo correspondiente a las gastrointestinales, cardiovasculares y psicológicas. Datos similares se observan cuando se analiza este mismo comportamiento con el total de dimensiones "quemadas", aunque además de lo mencionado las pertenecientes al grupo de las neurológicas también están presentes (tabla 5).</p>		
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

14	PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL ESTADO GENERAL DE SALUD EN UN GRUPO DE ENFERMERAS DE UN HOSPITAL DE BARCELONA	BARCELONA ESPAÑA	Este artículo pretende estudiar la prevalencia del síndrome de burnout, así como su relación con los factores sociodemográficos y el estado de salud general de las diplomadas universitarias de enfermería (DUE) adscritas al área de urgencias de un hospital de tercer nivel de Barcelona. 1. Estudiar la prevalencia del síndrome de burnout en los diplomados universitarios de enfermería (DUE) pertenecientes a unidades de especialización dentro del ámbito hospitalario y más concretamente en el área de urgencias. 2. Evaluar el estado de salud general de la población objeto de estudio. 3. Analizar la relación que existe entre las variables personales (edad, sexo, estado civil, hijos, horas de ocio...) y laborales (turno de trabajo, años de antigüedad, tipo de contrato...) estudiadas con la posible aparición del síndrome de desgaste profesional y el estado de salud. 4. Establecer un perfil epidemiológico de riesgo de padecer burnout dentro del propio grupo de estudio.	Se repartió un total de 100 encuestas en 3 servicios: urgencias, semicríticos y la sala de la Purísima (servicio de medicina interna) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona; fueron contestadas correctamente 70 encuestas, 26 no fueron cumplimentadas y 4 estaban mal cumplimentadas, por lo que quedaron fuera de la muestra. De esta muestra, 31 enfermeras trabajaban en urgencias, 28 en semicríticos y 11 en la sala de la Purísima. Todos los encuestados fueron informados previamente de las características del estudio, así como de la confidencialidad de la información que proporcionarían. Los instrumentos de evaluación utilizados para los fines del presente estudio fueron en total 3, y se presentaron por el siguiente orden: 1. Encuesta sociodemográfica, que fue elaborada para este estudio y que constaba de 18 preguntas cerradas con múltiples respuestas. En ella se recogen los datos sociodemográficos, laborales y de consumo más relevantes que se han visto relacionados con	2004	Los instrumentos utilizados fueron una encuesta sociodemográfica, el Maslach Burnout Inventory Instrument (MBI) y el General Health Questionnaire (GHQ).	La muestra del presente estudio se compuso de 70 DUE de ambos sexos (8 de sexo masculino y 62 de sexo femenino) con una media de edad de 31,5 años (mínima, 21; máxima, 53) seleccionada al azar. Como criterios de inclusión se utilizó únicamente que fueran diplomados de enfermería, puesto que en el presente estudio nos interesaba conocer si existían diferencias entre el personal fijo y el personal de suplencias, así como el tiempo de ejercicio de la profesión o el tiempo de trabajo en la misma unidad.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA En cuanto a la antigüedad profesional, hemos podido observar que los diferentes grupos no están distribuidos homogéneamente y no se pudo encontrar significación estadística entre los años trabajados y el síndrome de burnout. Al estar todas las variables laborales interrelacionadas entre sí y con el síndrome de burnout, quisimos realizar un análisis multivariante con todas ellas con tal de encontrar las variables que tengan más relación con el síndrome y, por tanto, más significación. Para ello se realizó una regresión lineal múltiple introduciendo las variables de tipo laboral con las 3 subescalas de burnout. Mediante este análisis se encontró que la variable antigüedad profesional era predictora de realización personal ($p = 0,0006$; $r = 0,326$), de forma que, a mayor número de años trabajados, menor realización personal. Las variables predictoras de cansancio emocional fueron el ocio, con una significación de 0,009. El ítem "Si tuviera la oportunidad, ¿cambiaría de trabajo?" obtuvo una significación estadística de 0,001, y el ítem "¿Le gustaría cambiar su horario de trabajo?", una significación estadística de 0,003. La variable predictora para la realización personal fue el sexo ($p = 0,01$), y para la subescala de despersonalización no lo fue ninguna. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL En relación a las características laborales no se encontró diferencia entre los diferentes turnos y el grado de burnout, característica que podía deberse a la disparidad numérica en los diferentes grupos de la muestra global. Finalmente, con respecto a las horas de ocio, apreciamos que la mayoría (70,0%) dispone de 2 a 3 h diarias de ocio, y que sólo el 5,7% de la muestra refiere no disponer de horas de ocio. Para evaluar esta variable agrupamos la muestra en 2 grupos: los que disponen de 2 a 3 h de ocio diarias ($n = 49$) y los que disponen de poco o nada de ocio ($n = 21$). De esta forma pudimos realizar la prueba de la t para muestras independientes y encontramos una relación estadísticamente significativa ($p = 0,003$) en relación al cansancio emocional. Comparando las puntuaciones medias en ambos grupos, se puso de manifiesto que el grupo que dispone de más horas de ocio (entre 2 a 3 h de ocio diario) tiene menos cansancio emocional que el grupo que dispone de pocas horas de ocio o que no dispone en absoluto. Para el resto de subescalas no se encontraron diferencias estadísticas significativas. En cuanto al tipo de contratación, no se encontró significación estadística entre el tipo de contrato y la predisposición a padecer el síndrome.	TAREA: EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (mayor número de años trabajado, menor realización personal)- BAJA REALIZACIÓN PERSONAL: ORGANIZACIONAL: AGOTAMIENTO EMOCIONAL- FALTA DE TIEMPO DE OCIO (disponer menos de 2 horas de ocio o nada).	CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES Por otro lado se evaluó la relación entre las subescalas del burnout y las diferentes áreas descritas por el GHQ-28. Se encontró que en nuestra muestra la sintomatología somática de origen psicológico se correlacionaba significativamente ($p = 0,01$) con el cansancio emocional y con la despersonalización ($p = 0,01$). Otra relación significativa a nivel de análisis estadístico fue entre la sintomatología de ansiedad y el cansancio emocional ($p = 0,003$). Sin embargo, el área de disfunción social no se correlacionó con ninguna subescala del burnout. Sólo el 17,14% de las enfermeras estudiadas	COMPORTAMENTALES: AGOTAMIENTO EMOCIONAL- ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS (ansiedad, síntomas somáticos de origen psicológico) * DESPERSONALIZACIÓN- ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS (ansiedad, síntomas somáticos de origen psicológico) * AGOTAMIENTO EMOCIONAL- CONSUMO DE MEDICAMENTOS (inductores del sueño, analgésicos) ORGANIZACIONALES: AGOTAMIENTO EMOCIONAL - INTENCION DE ABANDONAR EL TRABAJO 8 un tercio de las enfermeras encuestadas (32,9%) les gustaría cambiar de trabajo si tuvieran la oportunidad de hacerlo. En este caso pudimos observar que también existía una fuerte relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre el deseo de cambiar de trabajo y el cansancio emocional) FISIOLÓGICAS: CANCANCIO EMOCIONAL- INSOMNIO	Ibáñez Martínez N, Vilaregut P, Abio Roig Anna. Prevalencia del Síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Rev Enfermería Clínica. [revista en la internet] 2004 [citado 2011 Mayo 10]; 14(3):142-51. Disponible en: http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/prevalencia-sindrome-burnout-estado-general-salud-un-13064156-originales-2004 .	24
----	---	------------------	--	--	------	--	--	---	--	---	---	---	----

				<p>la susceptibilidad al desarrollo de burnout.</p> <p>2. Inventario Burnout de Maslach (MBI; Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson). El MBI está constituido por 3 subescalas que pretenden medir conjuntamente el grado de estrés laboral asistencial: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Estos ítems son valorados entre 0 y 6, de tal manera que 0 supone que el suceso en cuestión nunca ocurre y 6 que ocurre todos los días, y las demás puntuaciones intermedias se reservan para las frecuencias que aparecen entre los 2 extremos citados. Así, los individuos que presentan burnout puntuarán alto en cansancio emocional y en despersonalización, y bajo en realización personal. La interpretación de los resultados obtenidos en el MBI debe ser hecha teniendo en cuenta los valores numéricos obtenidos; sin embargo, la categorización en forma de puntuaciones, bajas, medias y altas obtenidas a partir de un punto de corte ayuda a la interpretación de los datos obtenidos.</p> <p>3. Cuestionario de</p>					<p>presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. De entre éstos destacan los síntomas de origen ansioso (14,73%) y los síntomas somáticos de origen psicológico (11,34%). A la vez se encontró que ambos se correlacionaban con el cansancio emocional y la despersonalización. Asimismo se analizaron las características de consumo y salud según los diferentes apartados: 1. Tabaco. Nos encontramos con que aproximadamente la mitad de la muestra fuma (49,6%), pero sólo el 7,1% fuma más de 20 cigarrillos diarios. A los fumadores se les preguntó dónde se daba el mayor consumo de tabaco, a lo</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

				<p>Salud General (GHQ-28; General Health Questionnaire, de Golberg y Williams²⁰). Es un test de cribado destinado a detectar a los individuos que padecen psicopatología no psicótica en medicina general y en la comunidad. Consta de 28 preguntas que se agrupan en 4 subescalas de 7 ítems cada una, y cada subescala explora un área diferente: síntomas somáticos de origen psicológico, sintomatología de ansiedad e insomnio, disfunción social, y sintomatología depresiva. Antes de pasar definitivamente el cuestionario, se realizó una prueba piloto con 20 encuestas y se observó que fueran bien cumplimentadas, de forma que la encuesta quedó validada. A partir de ese momento se pasaron 80 encuestas más, que fueron distribuidas una por una a cada participante. Todos los encuestados fueron informados previamente de las características del estudio, así como de la confidencialidad de la información que proporcionarían. No obstante, a modo de excepción, los encuestados desconocían que el primer cuestionario al</p>					<p>que el 14,3% respondió que en el lugar de trabajo y el 30% que indistintamente, es decir, fuera y dentro del lugar de trabajo. En cuanto a la relación que pudiera existir entre el hábito tabáquico y el síndrome de burnout, no se pudo encontrar diferencias estadísticas significativas.</p> <p>2. Inductores del sueño. En relación al consumo de inductores del sueño, observamos que el 72,9% de la muestra no consumía, sólo el 2,9% consumía diariamente y el 20% lo hacía de forma ocasional. Esta variable se correlaciona significativamente ($p = 0,001$) con la subescala de cansancio emocional.</p> <p>3. Analgésicos. El 50% consume analgésicos, aunque sólo el 4,3% lo hace</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>que contestaban era el MBI, hecho que se ocultó porque este colectivo tiene un alto conocimiento del síndrome y ello podría condicionar las respuestas. Las personas que quisieran contestarlas tenían un plazo de 2 semanas para depositarlas en una urna donde se iban recogiendo todas las encuestas. El cuestionario se repartió entre los meses de septiembre y octubre del 2001, puesto que en esta fecha es cuando puede encontrarse un número similar entre personal fijo y eventual, debido a la cobertura del período vacacional del personal fijo. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS-WIN versión 10.0 y los resultados se evaluaron utilizando distintos diseños estadísticos.</p>					<p>de forma habitual y el 45,7% de forma ocasional. Esta variable correlacionó significativamente ($p = 0,002$) con la subescala de cansancio emocional. CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES Baja laboral o incapacidades. Sólo el 21,4% de la muestra requirió una baja laboral en los 2 últimos años –se excluyó la baja por maternidad–, y el motivo más frecuente (11,4%) fueron lesiones musculares articulares producidas en el trabajo, lo que nos lleva a reflexionar sobre la seguridad y la higiene postural que tienen estos profesionales, por lo que es necesario replantear la necesidad de realizar formación adecuada para su prevención. A un elevado número de</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

										<p>enfermeras encuestadas les gustaría cambiar su horario de trabajo (42,9%), y para poder encontrar la existencia de una relación entre esta variable y el burnout se realizó el análisis de la varianza (ANOVA) de un factor; se encontró significación estadística ($p < 0,002$) entre el cansancio emocional y el deseo de cambiar el horario de trabajo (fig. 1). Por otro lado, quisimos averiguar cuál es la variable o variables que intensifican la relación entre las variables dependientes con las independientes. Para ello analizamos la odds ratio, de forma que el modelo estadístico sólo aceptó 2 variables: deseo de cambiar de horario de trabajo y la variable sexo</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										<p>(tabla7).La interpretación de este modelo nos acerca a poder decir que las personas que desean cambiar de horario de trabajo tienen una predisposición 7,17 veces superior de padecer burnout que las personas que no desean cambiar de trabajo. Todo ello nos hace pensar que la organización delHospital de la Santa Creu i Sant Pau debería favorecer os cambios de horario de trabajo en las personas que así lo precisen, fomentar la movilidad y ofrecer la oportunidad de cubrir bajas largas o bajas por maternidad o excedencias en el turno deseado o preferente, mejorando así la relación con el personal de enfermería fijo y, por tanto, previniendo la aparición del</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										<p>burnout. Por otro lado pudimos observar que a más de un tercio de las enfermeras encuestadas (32,9%) les gustaría cambiar de trabajo si tuvieran la oportunidad de hacerlo. En este caso pudimos observar que también existía una fuerte relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre el deseo de cambiar de trabajo y el cansancio emocional, así como una tendencia a la despersonalización en este grupo ($p < 0,1$) (fig. 2).</p> <p>CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS</p> <p>SOtra relación significativa a nivel de análisis estadístico fue entre la sintomatología de insomnio y el cansancio emocional ($p = 0,003$).</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

15	FACTORES PSICOSOCIALES PREDICTORES DE BURNOUT EN TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA	CIUDAD DE MEXICO - MEXICO	El objetivo de este estudio fue identificar los niveles de burnout (despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal) y su relación con variables de personalidad (locus de control interno, autoeficacia laboral, falta de control emocional) y organizacionales (supervisión controlante, reconocimiento, apoyo organizacional e inseguridad laboral) en trabajadores de Salud del Distrito Federal (SSPDF).	Estudio de corte transversal, descriptivo, correlacional y observacional. El estudio se llevó a cabo en 276 trabajadores de atención primaria en la Ciudad de México. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) en versión castellana y Escala Control Laboral-Personal de Juárez, (Juárez 2005). Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: -Maslach Burnout Inventory (MBI) de Cristina Maslach -Escala control laboral-personal de Juárez (Juárez 2005) ; se utilizaron los ítems que conformaban aquellas variables que estadísticamente se relacionan con la aparición de burnout. Los componentes retomados en este estudio son: supervisión controlante (este factor está conformado por 5 preguntas), falta de reconocimiento (compuesto por 4 preguntas), factor inseguridad laboral (conformado por 3 ítems), factor locus de control (conformado por 7 ítems), autoeficacia (conformado con 5 ítems), y el factor falta de control emocional (con 6 ítems). Los puntos de corte se	2009 Maslach Burnout Inventory (MBI) de Cristina Maslach , Palo Alto California, en su versión castellana. Está compuesto por 22 reactivos. Cada ítem es valorado según una escala tipo likert de 7 puntos (de 0 a 6), para indicar la frecuencia de la sintomatología que se presenta, que va desde nunca hasta todos los días. El resultado de este cuestionario se obtiene en tres variables numéricas (una por cada dimensión, agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal). A partir del percentil 33.3 se obtienen los puntos de corte que determinan los niveles altos, medios y bajos de cada componente, esto de	El estudio se llevó a cabo en 276 trabajadores (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, administrativos y otros) de atención primaria en la Ciudad de México.	CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL En el análisis de correlaciones de Pearson se encontró que existe una correlación entre agotamiento emocional y falta de realización personal ($r=.129$ $p=.05$), despersonalización, ($r=.215$ $p=.01$), AUTOEFICACIA: autoeficacia ($r=-.254$ $p=.01$), FALTA DE CONTROL EMOCIONAL: falta de control emocional ($r=.310$ $p=.01$), INSEGURIDAD LABORAL (TIPO DE CONTRATO): inseguridad laboral ($r=.157$ $p=.01$) y SUPERVISIO-PRESION POR SUPERIORES: supervisión controlante ($r=.295$ $p=.01$). Se identificó que el componente de agotamiento emocional se relaciona con la falta de realización personal; es decir, si el trabajador no manifiesta sentimientos de realización (personal y/o profesional) es muy probable que se agote emocionalmente y físicamente. De la misma forma, si el personal de salud presenta agotamiento es muy probable que se muestre frío y apático con sus pacientes; además, puede presentar una conducta muy poco tolerante con los mismos y con sus compañeros. REGRESION LINEAL: Una vez que se identificó cuáles fueron las variables relacionadas con burnout, se buscaron aquellas que explicaran de mejor forma la aparición de burnout, para lo cual se realizó un análisis de regresión lineal con las variables organizacionales y de personalidad. Respecto al componente agotamiento emocional, se identificó que la supervisión controlante, inseguridad laboral estuvieron relacionadas con el agotamiento, y para evitar su aparición se asocia con alta autoeficacia del trabajador. Si tiene un jefe que mantenga una supervisión sumamente estricta se podría desarrollar este agotamiento o si no tiene un trabajo permanente. En el componente despersonalización se identificó que la inseguridad laboral está asociada a la aparición de este componente. CAUSAS INTERPERSONALES• PERSONALIDAD: El componente falta de realización personal se asoció significativamente con locus de control interno ($r=-.217$ $p=.01$), autoeficacia ($r=-.366$ $p=.01$), falta de control emocional ($r=.245$ $p=.01$). Despersonalización se asoció con falta de control emocional ($r=.217$ $p=.01$) e inseguridad laboral ($r=.198$ $p=.01$) (ver Tabla 2). REGRESION LINEAL: Respecto al componente agotamiento emocional, se identificó que la falta de control emocional estuvieron relacionadas con el agotamiento, y para evitar su aparición se asocia con alta autoeficacia del trabajador. Es decir, si el personal de salud se percibe capaz de realizar su trabajo, es decir, con sentimientos de autoeficacia, podría evitarse el desarrollo de este componente del burnout. En el componente despersonalización se identificó que la falta de control emocional . En cuanto al componente de falta de realización personal, el principal	ORGANIZACIONALES: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (supervisión controlante sumamente estricta) • AGOTAMIENTO EMOCIONAL-TIPO DE CONTRATACION (inseguridad laboral- el no tener un trabajo permanente). • DESPERSONALIZACION – TIPO DE CONTRATACION (inseguridad laboral) INTERPERSONALES: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- FALTA DE CONTROL EMOCIONAL. • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- AUTOEFICACIA (Es decir, si el personal de salud se percibe capaz de realizar su trabajo, es decir, con sentimientos de autoeficacia, podría evitarse el desarrollo de este componente del burnout.) (PROTECTOR) • BAJA REALIZACION PERSONAL- LOCUS CONTROL INTERNO. Si al personal de salud le falta realización personal y/o profesional, es muy probable que considere que lo malo que ocurre con sus pacientes y con su trabajo es debido a situaciones externas más que a su ejecución profesional). • BAJA REALIZACION		42. Hernández-Vargas C; Juárez A, Arias F, Dickinson Bannack E. Factores Psicosociales Predictores de Burnout en Trabajadores del Sector Salud en Atención Primaria. Rev Ciencia & Trabajo.[revista en la internet] 12(34); 2009.[citado 2011 Mayo 12] :227-231, Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=ink&exprSearch=554716&indexSearch=ID	42
----	--	---------------------------	---	--	--	--	--	--	--	---	----

			<p>determinan a partir del percentil 33.3 y 66.6. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12 para Windows.</p> <p>Se realizaron dos tipos de análisis: 1) estadística descriptiva; se utilizaron medidas de frecuencia para las variables cualitativas y de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. 2) Estadística Paramétrica y No paramétrica</p> <p>con correlaciones de Pearson (r). Se utilizó esta prueba estadística que sirve para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel de intervalos o de razón; además se realizó un análisis de regresión ordinal que permite dar forma a la dependencia de una respuesta ordinal polinómica sobre un conjunto de predictores, que pueden ser factores o covariables (Hernández et al. 2006)</p>	<p>acuerdo al manual original del inventario (Schaufeli y Dierendonck 1999).</p>	<p>predictor es la falta de control, lo que sugiere que para evitar que lo desarrolle el trabajador tendría que tener altos niveles de autoeficacia y manejar un locus de control externo (ver Tabla 3).</p> <p>Respecto al tercer componente se pudo identificar que el personal de salud que está despersonalizado es frío, apático y desinteresado con los pacientes, y puede que no controle su carácter y estabilidad emocional ante los mismos pacientes, compañeros y familia. Esta actitud cínica puede aumentar si donde trabaja él no está contratado o su seguridad laboral es poca.</p>	<p>PERSONAL- FALTA DE CONTROL EMOCIONAL • BAJA REALIZACIÓN PERSONAL- AUTOEFICACIA (lo que sugiere que para evitar que lo desarrolle el trabajador tendría que tener altos niveles de autoeficacia y manejar un locus de control externo) (PROTECTOR) • DESPERSONALIZACIÓN- FALTA DE CONTROL EMOCIONAL (el personal de salud que está despersonalizado es frío, apático y desinteresado con los pacientes, y puede que no controle su carácter y estabilidad emocional ante los mismos pacientes, compañeros y familia.)</p>				
--	--	--	---	---	---	---	--	--	--	--

16	SINDROME DE BURNOUT Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LOS MÉDICOS FAMILIARES QUE LABORAN EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	GUADALAJARA-MEXICO	El objetivo del presente estudio fue determinar la presencia del síndrome de burnout y su relación con las patologías en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado en la ciudad de Guadalajara, México.	Para recabar los datos necesarios se utilizaron dos cuestionarios: uno de datos generales y laborales con variables como el nombre (opcional), edad, sexo, estado civil, escolaridad, número de hijos, tipo de contrato, puesto actual, turno, antigüedad en el puesto y en la institución; además, incluyó un reactivo sobre síntomas, molestias o enfermedades que hubieran tenido en los últimos seis meses; el segundo cuestionario, utilizado para medir la presencia del síndrome de burnout, fue la escala de valoración del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981; Maslach y cols., 1986). El análisis estadístico consistió en uno descriptivo y otro inferencial sobre la asociación y los factores de riesgo entre el síndrome con las variables sociodemográficas y con las patologías presentes mediante el análisis estadístico de odds ratio (OR), tomando en consideración que el OR tiene un valor mayor a 1, un intervalo de confianza (IC) que no incluye la unidad, una Chi cuadrada (con o sin corrección de Yates),	2006	La escala de valoración del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981; Maslach y cols., 1986). Originalmente, este instrumento era de 25 ítems (Maslach y Jackson, 1981), pero actualmente contiene 22 ítems distribuidos en tres factores: agotamiento emocional (EE), despersonalización (D) y falta de realización personal y en el trabajo (PA), correspondientes a las tres subescalas del MBI, según se describe a continuación: EE (Emotional exhaustion) (agotamiento emocional), formada por nueve ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; D (Despersonalización)	La población la constituyeron todos los médicos familiares (42 sujetos) que laboraban en dicha institución; es decir, se incluyó a todos los médicos familiares que desearan participar (firmando y autorizando su participación mediante una carta de consentimiento informado), sin importar su contrato laboral, así como a los médicos que realizaban la especialidad en medicina familiar, con excepción de quienes se encontraban ausentes por encontrarse con permiso, de vacaciones o por cualquier otro motivo.		BURNOUT- BAJO RECONOCIMIENTO POR LA TAREA (por la dirección)	CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS Se demostró que el síndrome de burnout no fue factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad en ninguna de sus dimensiones. Sin embargo, casi la mitad de los médicos manifestaron haber padecido alguna molestia o enfermedad en el transcurso de los últimos seis meses, tales como lumbalgias (10.0%), gripes (5.0%), cefaleas (5.0%), problemas dentales (5.0%), agotamiento o cansancio (5.0%); con menor frecuencia, faringoamigdalitis, colitis, otras enfermedades gastrointestinales, diabetes, gota, hipertiroidismo, hipertensión, hombro doloroso, dolor muscular, osteoporosis y osteoartritis	FISIOLÓGICAS: Lumbalgias (10.0%), gripes (5.0%), cefaleas (5.0%), problemas dentales (5.0%), agotamiento o cansancio (5.0%); con menor frecuencia, faringoamigdalitis, colitis, otras enfermedades gastrointestinales, diabetes, gota, hipertiroidismo, hipertensión, hombro doloroso, dolor muscular, osteoporosis y osteoartritis	Aranda C, Pando M, Torres T, Salazar JG, Aldrete MG. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. Rev Psicología y Salud [Revista en la internet] 2006 [Citado 2011 Mayo 13]; 16(1): 15-21. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29116102	43
----	--	--------------------	---	--	------	---	--	--	--	---	--	--	----

				<p>y una significancia de $p < 0.05$. Para la realización de este análisis, se utilizó el paquete estadístico EPI INFO, versión 6.04.</p> <p>Para acceder a los sujetos, fue necesario primeramente obtener la autorización de las instancias correspondientes para llevar a cabo el proyecto. Una vez presentado y aprobado éste, se explicaron a los médicos los motivos y objetivos del trabajo, haciendo énfasis en que los cuestionarios a aplicar serían de carácter anónimo, que su participación era voluntaria, que no conllevaba riesgo alguno y que no habría represalias por parte de la institución, hecho lo cual se aplicaron los instrumentos mencionados en las instalaciones del hospital.</p>	<p>(despersonalización), constituida por cinco ítems que se refieren a una respuesta impersonal y a una falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y PA (Personal accomplishment) (falta de realización personal en el trabajo): compuesta por ocho ítems que describen sentimientos de incompetencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás. En las subescalas EE y D las altas puntuaciones corresponden a considerables sentimientos de "quemarse", y en la de PA las bajas puntuaciones implican los citados sentimientos. Es este un instrumento confiable y con validez factorial, concurrente y discriminante (Gil-Monte y Peiró, 1997) (Tabla 1). Agotamiento emocional</p>			<p>osteoporosis y osteoartritis, manifestaciones muy similares a las ya reportada por otros autores (Aranda, Pando, Salazar, Torres y Franco, en prensa; Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez, en revisión; Guibert y Alonso, 2001; Lozada, 1999; Morales y cols., 2004; Román, 2003). Según demuestran los resultados, los médicos refieren sentirse agotados emocionalmente tanto al término de la jornada laboral como al comienzo del día, que significa un día más agotador, duro, fatigante, desmotivador y estresante al tener que atender a los pacientes con culpabilidad y con deseos de no acudir a trabajar. Es probable que las patologías</p>		
--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--

						(EE) > 27alto, 17-26medio, 0-16 bajo. Despersonalización(D) > 14 alto, 9-13medio,0-8 bajo. Baja realización personal y en el trabajo (PA) < 30 alto, 36-31medio, 48-37 bajo. En el presente estudio, una persona que se halle en los niveles altos y medios es un sujeto con síndrome de burnout; sólo aquellos que puntúen en niveles bajos no mostrarían el síndrome.			manifestadas en las asociaciones encontradas revelen que los médicos realmente se hallan agotados emocional y físicamente, y que estos efectos son consecuencia de la presencia de diversos factores estresantes a los que están expuestos.			
17	FACTORES ASOCIADOS CON LA INCIDENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA Y MEDICINA CRITICA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO	BARQUISIMETO - VENEZUELA	Determinar los Factores asociados con la incidencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería que labora en la Unidad de Emergencia y Medicina Crítica del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" en Enero - Mayo del 2.004. Barquisimeto - Estado Lara.	Para determinar los factores asociados a la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de la enfermería, se diseñó un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario, el cual estuvo conformado en la primera parte 13 ítems y la segunda parte por 22 ítems extraídos del Cuestionario MBI de Maslach, las preguntas son de selección simple. Al comenzar la recolección de datos en el personal de enfermería se les	2004	Cuestionario MBI de Maslach. En este instrumento los elementos están redactados en forma directa a través de una escala del 0 al 6. Los recuadros que vienen a continuación muestran los valores de cada escala. Ver anexo 1. PUNTUACIONES MAXIMAS: CANSANCION EMOCIONAL:	En el desarrollo de este estudio se toma como población el personal de Enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia y Medicina Crítica del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda", que comprende 40 enfermeras(o	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA • PROFESION:-Las más afectadas con el Síndrome de Burnout fueron las auxiliares de enfermería (14,8%); seguidas de las licenciadas en enfermería y por último las TSU. Según se evidencia en el cuadro y gráfico número 3, el Síndrome de Burnout se distribuyó de la siguiente manera: del 25,9% de enfermeras afectadas, sólo 4 % fueron TSU; el 7,4% fueron licenciadas y el 14,8% fueron auxiliares. Este es un resultado importante para este estudio, el cual podría indicar que la incidencia es mayor en las auxiliares. No obstante, si se tiene en consideración que del total de encuestadas (27), el 52% fueron auxiliares, podría considerarse este resultado como aceptable. • ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO: -Hubo mayor incidencia del síndrome en el personal con antigüedad de 1 a 10 años. Este personal alcanzó un 14,8% del total de enfermeras afectadas. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • PARTICIPACION EN TOMA DE DECISIONES:-La menor incidencia del síndrome se presentó en aquellos encuestados que nunca participaron en la toma de decisiones (3,7%). El resto de afectados por el síndrome	TAREA: BURNOUT- ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO (antigüedad de 1 a 10 años) BURNOUT- PROFESION (las más afectadas con el burnout fueron auxiliares de enfermería) ORGANIZACIONALES: BURNOUT- FALTA DE PARTICIPACION EN LA TOMA DE DECISIONES (PROTECTOR)(-La menor incidencia del síndrome se presentó en aquellos		Matos C, Mendoza L, Pire N, Mora V. Factores Asociados con la Incidencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora unidad de emergencia y medicina crítica del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" Enero-Mayo. 2.004 Barquisimeto.2004. Disponible En: http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucia/textocompleto/TIWIY141F32f2004.pdf	44

<p>"ANTONIO MARIA PINEDA" BARQUISME TO. ENERO-MAYO 2004</p>			<p>explicó el objetivo del estudio y se solicita su colaboración para llenar el cuestionario. De los datos obtenidos, se procedió a analizar la información a través del programa estadístico computarizado de Epiinfo Versión 6.0 y para la representación de los mismos, se hizo en cuadros y gráficos.</p>	<p>58, DESPERSONALIZACION 30, Y REALIZACION PERSONAL 38. Se especifican las puntuaciones directas máximas que se deben obtener como resultados, para poder hablar de la presencia del Síndrome de Burnout por individuo. LOS ITEMS DE CADA SUBESCALA SON: CANSANCIO EMOCIONAL: 2,3,6,8,13,14,16,20(TOTAL 9 ITEMS) DESPERSONALIZACION: 5,10,11,15,22(TOTAL 5 ITEMS). Y REALIZACION PERSONAL: 4,7,9,12,17,18,19,21(TOTAL 8 ITEMS). El criterio empleado para determinar la incidencia del Síndrome de Burnout, en el personal de Enfermería, según el MBI: tanto el cansancio emocional (CE) como en la Despersonaliz</p>	<p>s) titulares y 20 enfermeras(o s) suplentes entre licenciadas, técnico superior y auxiliares. La muestra a estudiar se selecciono por muestreo estratificado, no probabilístico accidental. La representación de la muestra queda conformada por el personal titular y suplente; licenciadas n= 08, técnico superior n= 04, auxiliares en enfermería n= 15 que laboran en el referido centro asistencial, durante los 3 turnos laborales (7/1; 1/7 y 7/7) representa el 35% de la población de enfermeras que laboran de la mencionada Unidad Clínica.</p>	<p>(29,6%) se distribuyó equitativamente entre las otras tres categorías. El Síndrome de Burnout estuvo presente solo en 25.9% de las encuestadas. Además, la mayor incidencia (66,6%) corresponde a las enfermeras que trabajan en instituciones públicas. <ul style="list-style-type: none"> • RELACIONES INTERPERSONALES:-Las relaciones interpersonales no representaron un elemento distintivo en la incidencia del síndrome. La totalidad de enfermeras con síndrome, también se reportaron en la categoría de buenas relaciones interpersonales. • TIPO DE CONTRATO:-La mayor incidencia del síndrome (33,3%) correspondió a las enfermeras que se encuentran en condición de titulares. • TIPO DE TURNO: -La mayor incidencia del síndrome de burnout se presentó en aquellas encuestadas que laboran en el turno de trabajo mixto. Del 25,9% de las enfermeras con síndrome, más de la mitad; es decir, el 14,8%, pertenecieron al mencionado turno. El resto de las enfermeras afectadas se distribuyó de manera equitativa en los tres turnos de trabajo restantes. • EQUIDAD EN EL TRABAJO -La equidad en el trabajo, no constituyó un elemento influyente en la distribución de la incidencia del síndrome, ya que la incidencia se distribuyó casi equitativamente para las dos categorías representadas. </p>	<p>encuestados que nunca participaron en la toma de decisiones). BURNOUT- TIPO EMPRESA (publica) BURNOUT- TIPO DE CONTRATACION(enfermeras titulares de planta) BURNOUT- TRABAJAR POR TURNOS(TIPO)(laboran en el turno de trabajo mixto, es decir noche- con día)</p>				
---	--	--	---	---	---	---	---	--	--	--	--

					ación (DP), deben arrojar en sus resultados altas puntuaciones, mientras que en la categoría de Realización Personal (RP), en contraste con las otras dos categorías, las puntuaciones deben ser bajas. Estos valores obtenidos de esta manera, son indicativos de grados elevados del burnout.							
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

18	LA SALUD MENTAL EN LOS MÉDICOS DE FAMILIA: EFECTOS DE LA SATISFACCIÓN Y EL ESTRÉS EN EL TRABAJO	MALLORCA ESPAÑA	Estimar la prevalencia del burnout y de morbilidad psiquiátrica entre los médicos de Atención Primaria de un área sanitaria y evaluar su relación con el grado de estrés y la satisfacción en el trabajo.	Los 346 médicos y 84 pediatras de Atención Primaria del área de Mallorca fueron invitados a cumplimentar un cuestionario. Para evaluar la morbilidad psiquiátrica se utilizó el Cuestionario General de Salud 28 ítems. Los tres componentes del desgaste profesional (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) se estudiaron mediante el cuestionario de Maslach; la satisfacción y estrés en el trabajo con las escalas de Font Roja y Tabarca, respectivamente. Fueron invitados a participar en el estudio los 346 médicos 84 pediatras de Atención Primaria del Área Sanitaria de Mallorca. El estudio recibió la aprobación de la Comisión de Investigación y del Consejo de Gestión del área. En cada centro, a través del coordinador, se concertó una sesión a la que se citó a los médicos para que cumplimentasen un cuestionario, con la asistencia de un miembro del equipo investigador. Las sesiones de recogida duraron de enero a mayo de 2001. Los cuestionarios fueron anónimos, no figuraba el nombre del médico	2006	El síndrome de burnout se estudió con el Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta escala mide tres dimensiones del síndrome del quemado en subescalas separadas: a) el CE, sentimiento de estar sobrepasado por el trabajo, con 9 ítems;b) la DP, una respuesta impersonal y distante hacia la gente, con 5 ítems, y c) la RP, sentimientos de competencia y logros en el trabajo, con 8 ítems. Cada sentimiento o actitud respecto al trabajo tiene 7 categorías de acuerdo con la frecuencia con que es experimentado, desde «nunca» hasta «cada día». Los niveles altos de burnout son indicados por puntuaciones altas en las subescalas de CE y DP y	Los 346 médicos y 84 pediatras de Atención Primaria del área de Mallorca fueron invitados a cumplimentar un cuestionario.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA Tampoco se encontró relación de los años trabajados y CE ($p = 0,75$), DP ($p = 0,75$) y RP ($p = 0,93$). La escala (ver en metodología la escala) de satisfacción laboral presentó una puntuación media de 65,0 (DE: 8,6), mediana de 64,5, mínimo de 42 y máximo de 89. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • RELACION BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL: Los médicos con CE alto, DP alta y RP baja presentan menores puntuaciones en la escala de satisfacción laboral (tabla 3). La escala de estrés laboral ofrecía una media de 19,95 (DE: 5,5), mediana de 20, con una puntuación mínima de 2 y máxima de 31. Los factores que contribuyeron menos a la satisfacción fueron, la adecuación en la tarea y el control/independencia en el trabajo (tabla 4). La existencia de problemas de salud mental se asocia principalmente con la poca satisfacción en el trabajo. El CE y la DP en los médicos se asocian con niveles de satisfacción bajos y con niveles altos de estrés en el trabajo, mientras que la RP baja se asocia sólo con grado de satisfacción laboral bajo. Los resultados apoyan la satisfacción laboral como elemento del entorno laboral que se asocia a una mejor salud mental del médico. El papel de la satisfacción en el trabajo como factor protector del burnout y la morbilidad psiquiátrica ha sido descrito por otros autores identificando una relación entre insatisfacción laboral y niveles altos de burnout 26,32-34. Incluso parece que la satisfacción en el trabajo además de estar relacionada con menor malestar psíquico y desgaste profesional, protege del impacto del estrés laboral en la salud mental y el burnout. En el trabajo de Ramírez et al 24 se observaba que en cada punto de la escala de estrés los profesionales con baja satisfacción presentaban mayor probabilidad de presentar CE o DP. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre las variables, situación laboral, tipo de centro y las tres subescalas del burnout (tabla 2). Los factores que contribuyeron menos a la satisfacción fueron la presión en el trabajo, la adecuación en la tarea y el control/independencia en el trabajo (tabla 4). La relación de la satisfacción y el estrés laboral en la salud mental de los profesionales debe ser entendida no tan sólo como un problema individual de los que padecen «distrés» psíquico, sino de toda la organización. La situación de los profesionales médicos sujetos a responsabilidades y a presión en el trabajo debe llevar a las organizaciones a buscar un equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, modelo propugnado por Sigerist. Según este autor, los beneficios asociados con el trabajo dependen de una relación recíproca donde los esfuerzos individuales invertidos en el trabajo sean parejos a las compensaciones (dinero, estima y carrera	ORGANIZACIONAL: BURNOUT-SATISFACCIÓN LABORAL (baja satisfacción laboral)		Esteva M, et al. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. Rev Clin Esp [Revista en la internet]. 2006 [citado 2011 Mayo 10]; 206(2):77-83. Disponible en: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/65/65v206n02a13085357pdf001.pdf	45
----	---	-----------------	---	---	------	--	---	---	---	--	---	----

			<p>ni la identificación del centro de salud. Para desarrollar los objetivos del estudio se elaboró un cuestionario que incluía:1) Variables demográficas del médico (edad, sexo y estado civil) y características relacionadas con el trabajo (ubicación del centro, especialidad, situación laboral, años trabajados en Atención Primaria).2) La morbilidad psiquiátrica se estudió con el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ) de 28 ítems¹¹, adaptado y validado para la población española. Las respuestas a la escala tienen una gradación según los síntomas se hayan experimentado «en absoluto», «igual que lo habitual»«bastante más que lo habitual» o «mucho más que lo habitual». Cada ítem es puntuado como 0 (en absoluto, igual que lo habitual) o 1 (bastante más que lo habitual o mucho más que lo habitual) dando una puntuación máxima de 28. Siguiendo a Lobo, se consideraron «probables casos» a los individuos que obtuvieron más de seis puntos (puntuación6/7), ya que dicha puntuación aporta una sensibilidad del 76,9% y una especificidad del</p>	<p>por puntuaciones bajas en la subescala de RP. El total de la puntuación para cada subescalase categoriza como «baja», «media» o «alta».</p>	<p>profesional). Los problemas de comunicación con los pacientes como fuente de estrés también reflejan esta situación de desequilibrio entre esfuerzos y recompensas, ya que tales incidentes deniegan el estatus y la estima que con tantos esfuerzos de formación y trabajo se han ganado. Las dificultades en la comunicación con enfermos graves y la resolución de problemas con pacientes difíciles deben tener una salida en la formación en habilidades para mejorar las relaciones interpersonales. Los datos sustanciales sobre la proporción de médicos con una salud mental precaria y su relación con el entorno laboral sugieren la necesidad de las organizaciones de examinar el impacto de sus estructuras, políticas y procesos en la satisfacción y estrés de los médicos y en la calidad del entorno laboral.</p> <p>CAUSAS INTERPERSONALES • ENFERMEDAD GENERAL: RELACION MORBILIDAD SIQUIATRICA Y SATISFACCION LABORAL: Los profesionales con morbilidad psiquiátrica presentaron menor grado de satisfacción laboral que los profesionales sin morbilidad psiquiátrica.</p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

				<p>90,2%. Se eligió esta puntuación respecto a la de 5/6 (sensibilidad: 84,6%; especificidad: 82%) porque esta última, más utilizada en estudios clínicos, suponía un porcentaje mayor de falsos positivos. Cinco de los 7 ítems de la subescala de depresión miden aspectos referidos a pensamientos suicidas. Se consideró a los profesionales con puntuaciones en 2 o más de estos cinco ítems como sujetos con notables pensamientos suicidas.</p> <p>3) El síndrome de burnout se estudió con el Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta escala mide tres dimensiones del síndrome del quemado en subescalas separadas: a) el CE, sentimiento de estar sobrepasado por el trabajo, con 9 ítems; b) la DP, una respuesta impersonal y distante hacia la gente, con 5 ítems, y c) la RP, sentimientos de competencia y logros en el trabajo, con 8 ítems. Cada sentimiento o actitud respecto al trabajo tiene 7 categorías de acuerdo con la frecuencia con que es experimentado, desde «nunca» hasta «cada día». Los niveles altos de burnout son indicados por</p>								
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>puntuaciones altas en las subescalas de CE y DP y por puntuaciones bajas en la subescala de RP. El total de la puntuación para cada subescalase categoriza como «baja», «media» o «alta». Las escalas de satisfacción y estrés laboral utilizadas fueron las creadas y validadas por Mira et al16. El cuestionario de satisfacción también llamado de Font Roja-A consta de 22 ítems agrupados en 7 factores con cinco opciones de respuesta de «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo».</p> <p>Siguiendo las recomendaciones de los autores, en todos los casos, las puntuaciones más altas se dan a las respuestas más positivas, o sea, las que denotan mayor satisfacción. La escala de estrés laboral o de Tabarca consta de 11 ítems agrupados en 4 factores. Los profesionales deben valorar el grado de malestar (de 0 a 3) que les producen una serie de situaciones. En ambas escalas la puntuación en cada factor es la suma simple de los ítems que lo componen dividido por el número de ítems. La puntuación global es la suma de todos los ítems.</p>								
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>Métodos estadísticos:Se estudiaron las diferencias en la distribución de las variables cualitativas respecto a los resultados de la escala de burnout y GHQ mediante la prueba de Chi cuadrado. Se evaluó la normalidad de las variables cuantitativas con la prueba de Kolmogorov Smirnov. La prueba de correlación de Spearman se utilizó para valorar la correlación entre las puntuaciones del GHQ y las subescalas de burnout, y la relación entre las escalas de satisfacción y estrés. Las diferencias en la distribución de las variables cuantitativas con los resultados de las escalas se evaluaron mediante la prueba de la «t» de Student Fisher y el ANOVA de una vía para las variables paramétricas y las pruebas de Kruskal Wallis y la de la U de Mann-Whitney para las no paramétricas (años trabajados, escalas de satisfacción y estrés). Se construyeron cuatro modelos explicativos de regresión logística para evaluar la asociación independiente de las características demográficas y de trabajo, así como de</p>									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>las variables principales de satisfacción y estrés con las cuatro variables dependientes: niveles altos de burnout (CE, DP, RP) y morbilidad psiquiátrica (GHQ > 6). Se utilizó el método backward LR; en cada análisis fueron incluidas en el modelo las variables que en el análisis bivariante tuvieran una p inferior a 0,25. Se extrajeron del modelo aquellas variables con p no significativa y que al eliminarlas no hubiera una variación del valor beta de satisfacción y estrés mayor del 10%. Para valorar el papel de cada factor de las escalas de Font Roja y Tabarca en el síndrome del quemado y en el GHQ se realizó un análisis de regresión logística bivariante.</p>									
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

19	SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN LOS ENFERMEROS DE LOS HOSPITALES SANTA SOFÍA E INFANTIL DE MANIZALES. 2004 - 2005	MANIZALES COLOMBIA	Determinar el grado de desgaste en los profesionales de enfermería del Hospital Infantil y Hospital Santa Sofía de la ciudad de Manizales, así como los factores que podrían estar incidiendo en su presencia debido a que estas dos instituciones reúnen lo más complejo del cuidado en todas las áreas de la salud y en especial de enfermería, la primera por ocuparse integralmente del paciente menor y la segunda por brindar las especialidades contempladas en el cuarto nivel de atención en salud.	Se solicitó consentimiento a los directivos de las instituciones seleccionadas para realizar el estudio al igual que a los participantes por medio de un consentimiento informado. Se diseñó un cuestionario el cual fue objeto de una prueba piloto antes de su aplicación. Este instrumento contiene preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y laborales que nos proporcionan información acerca del contexto en el que se encuentran los encuestados facilitando el reconocimiento de los factores predisponentes, relacionados con el síndrome (escala de Maslach elaborado por Maslach y Jackson en 1981 y validado a nivel mundial de la cual se obtuvo permiso para su aplicación.	2005	Escala de Maslach elaborado por Maslach y Jackson en 1981 y validado a nivel mundial de la cual se obtuvo permiso para su aplicación en esta sección del instrumento se tomó cada una de las sub-escalas por separado, estos ítems son valorados entre 0 y 6, de tal manera que 0 supone que el suceso en cuestión nunca ocurre y 6 que ocurre todos los días, reservándose las demás puntuaciones intermedias para las frecuencias que aparecen entre los dos extremos citados. Así, los individuos que presentan el síndrome puntuarán alto en cansancio emocional, en despersonalización y bajo en realización personal.	se	seleccionó el 100% de los profesionales de enfermería del Hospital Infantil y del Hospital Santa Sofía de la ciudad de Manizales.	<p>CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANTIGÜEDAD REALIZANDO LA TAREA- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Con base en esta información se puede destacar que las personas con una antigüedad menor a 5 años nunca han presentado agotamiento emocional y poco más de la cuarta parte pocas veces en el año. Cabe resaltar que el 12 % tienen una antigüedad en el cargo entre 5 y 20 años y presentan agotamiento emocional todos los días, lo cual podría relacionarse con el entusiasmo y la visión idealista que se tiene al empezar a ejercer la profesión. Es importante destacar que los profesionales que tienen una antigüedad en el cargo mayor de 21 años equivalentes al 30% de esta población, presentan agotamiento emocional todos los días, con base en estos hallazgos podemos interpretar que el contacto durante mucho tiempo con el dolor y el sufrimiento de las personas podría desencadenar la sensación de no poder dar más emocionalmente. <p>CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • TIPO DE CONTRATO: Tipo de Vinculación: Estar vinculado a la institución de salud por cooperativa. • DESPERSONALIZACIÓN- TIPO DE CONTRATO: De los encuestados poco más del 50 % nunca se han sentido insensibles frente a la gente, pero más del 50 % de las personas vinculadas a través de cooperativas (24%) presentan esta situación todos los días, lo cual interpreta que la estabilidad laboral tiene un papel muy importante en el desarrollo del síndrome de desgaste profesional. También es importante resaltar que la cuarta parte de las personas que tienen contrato indefinido presentan esta situación eventualmente lo cual podría tener relación con aspectos como la edad y la antigüedad en el cargo. Con base en estos datos podemos interpretar que la estabilidad laboral juega un papel importante en la adquisición de este síndrome, puesto que las condiciones laborales influyen en la realización profesional de cada individuo 	<p>TAREA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA(antigüedad entre 5 y 20 años y más de 21 años). <p>ORGANIZACIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • DESPERSONALIZACIÓN- TIPO DE CONTRATACION (más del 50 % de las personas vinculadas por cooperativa presentan despersonalización) 		Jaramillo Rendón T, López Quintero S, Valencia Banguera L I. Síndrome de desgaste profesional en los enfermeros de los hospitales Santa Sofía Infantil de Manizales. 2004 - 2005 .Revista Hacia la Promoción de la Salud. [Revista en la internet] 2005 [Citado 2011 Mayo 12] ;(10) 100-109. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_11.pdf	46
----	--	--------------------	--	---	------	---	----	---	--	--	--	---	----

20	SINDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE UN CENTRO MÉDICO	CIUDAD DE MEXICO - MEXICO	Identificar la presencia del síndrome de burnout en enfermeras que laboran en áreas críticas y no críticas en hospitales del Centro Médico La Raza.	Se aplicó a 278 enfermeras del Centro Médico La Raza en la ciudad de México el instrumento Maslach Burnout Inventory, versión en español con una pregunta agregada. Se realizó estudio transversal, en un periodo de diez meses , en enfermeras de cuatro hospitales de la ciudad de México. De una población total de 3704 enfermeras, a través de una muestra no aleatoria se incluyeron 278 enfermeras generales, especialistas y auxiliares de enfermería con más de seis meses de trabajar en el área, que se encontraron presentes los días del estudio en los servicios y aceptaron participar de manera voluntaria, de las cuales 127 laboran en diferentes áreas no críticas y 151 en áreas críticas de los diferentes hospitales. Se consideraron <i>de alta complejidad</i> : los hospitales con más de 500 camas y que manejan más de cinco especialidades y subespecialidades: hospital de especialidades y hospital general; <i>hospitales de mediana complejidad</i> : se consideraron los que tienen menos de 500 camas, con una sola especialidad y varias subespecialidades, el	2009	Se utilizó el Inventario de Maslach para medir burnout (Maslach Burnout Inventory MBI), versión en español y utilizada en poblaciones latinas y mexicanas. Este instrumento mide las tres dimensiones del burnout. Se consideró que el grado de burnout es alto cuando aparecieron puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas, en realización personal; se incluyeron sólo los casos que cumplieron con los tres criterios. Para medirlo se adoptó el sistema percentilar usado en otros estudios sobre el tema, el cual consideró nivel bajo del síndrome a las puntuaciones por debajo del percentil 33, nivel medio entre 33 y 66 y nivel alto por encima del	De una población total de 3704 enfermeras, a través de una muestra no aleatoria se incluyeron 278 enfermeras generales, especialistas y auxiliares de enfermería con más de seis meses de trabajar en el área, que se encontraron presentes los días del estudio en los servicios y aceptaron participar de manera voluntaria, de las cuales 127 laboran en diferentes áreas no críticas y 151 en áreas críticas de los diferentes hospitales.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA - SITIO DE TRABAJO: El mayor riesgo para síndrome de burnout lo presentó el personal asignado al área de trabajo de recuperación pediátrica (área no crítica) en el Hospital de Gineco-obstetricia en relación al servicio de UCIN, (área crítica) del mismo hospital considerado de mediana complejidad ($P < 0.0001$). • BURNOUT AREA CRÍTICA Y NO CRÍTICA : Asimismo no se encontraron diferencias sobre la presencia del síndrome entre enfermeras de áreas críticas, la proporción de personas que presentan el síndrome es incluso discretamente mayor en las áreas no críticas en relación a las críticas en un análisis global de los cuatro hospitales (cuadro I). • COMPLEJIDAD HOSPITAL- BURNOUT : Las proporciones sobre la presencia del síndrome de burnout de acuerdo al servicio y hospital, las enfermeras que muestran mayor porcentaje del síndrome son las asignadas a las áreas críticas en los hospitales de alta complejidad (general y de especialidades), el porcentaje es significativamente mayor y alcanza una proporción dos veces superior, en relación a las áreas no críticas. En lo que respecta al hospital de infectología, la diferencia también es ligeramente mayor en áreas críticas. En el hospital de ginecoobstetricia se encontró un porcentaje mayor del síndrome en personal de áreas no críticas que en áreas críticas, siendo una proporción cuatro veces superior (cuadro II). Las puntuaciones promedio de cada unidad por servicio pueden identificarse en los grupos que presentaron mayor puntaje, en agotamiento emocional y despersonalización y menores en realización personal. • BURNOUT- AREA : Así, las enfermeras que reúnen estos tres criterios, presentaron nivel alto de síndrome de burnout y corresponde en mayor proporción a las áreas no críticas del hospital de ginecoobstetricia y los puntajes más bajos para este síndrome lo presenta el personal de áreas críticas del hospital de infectología, ambos hospitales considerados de mediana complejidad. Los resultados más consistentes se presentaron en la dimensión realización personal y despersonalización en el personal del Hospital de Gineco-obstetricia 3, así como la dimensión de agotamiento emocional en el Hospital de Infectología, los cuales alcanzaron significancia estadística (cuadro III). CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • ESTIMACION DE RIESGO- RAZÓN DE MOMIOS : La estimación del riesgo para síndrome de burnout mediante razón de momios en relación con variables sociodemográficas, • TURNOS : la variable turno es la que presentó diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.005$) en el personal de los cuatro hospitales analizados de manera global, también se analizó el riesgo en relación al hospital y unidad de servicio en que trabajan las enfermeras. Sólo se reportaron los datos que presentaron significancia	TAREA : BURNOUT- SITIO DE TRABAJO (recuperación pediátrica (Pertenece a áreas no críticas)). ORGANIZACIONALES : BURNOUT- TRABAJAR POR TURNOS (TIPO) (matutino) BURNOUT- FALTA DE RECURSOS MATERIALES BURNOUT- FALTA DE RECONOCIMIENTO POR LA TAREA REALIZADA BURNOUT- CLIMA LABORAL (relaciones conflictivas con el equipo de trabajo) BURNOUT – SOBRECARGA DE TRABAJO.		Ballinas Aguilar A, Alarcón-Morales C, Balseiro Almarío C. Síndrome de Burnout en enfermeras de un centro médico. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Revista en la internet] 2009 [citado 2011 Mayo 13] 17 (1): 23-29. Disponible en: http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=24949&IDPUBLICACION=2537	47
----	--	---------------------------	---	---	------	--	--	---	---	--	---	----

				<p>de ginecoobstericia e infectología, todos ellos pertenecientes al tercer nivel de atención. Los servicios incluidos como áreas críticas fueron: urgencias, cuidados coronarios, terapia intensiva pediátrica y adultos. Como áreas no críticas: hemodiálisis, <i>oncología</i>, recuperación pediátrica, hospitalización adultos y <i>hematología</i>. Se aplicó al personal de enfermería una encuesta con datos sociodemográficos que contenía variables cualitativas como: categoría, servicio asignado, turno, estado civil, escolaridad y tipo de contratación. Como variables cuantitativas: edad, antigüedad, tiempo de recorrido de su casa al trabajo y número de pacientes atendidos. Se utilizó el Inventario de Maslach para medir burnout (Maslach Burnout Inventory MBI), versión en español validada y utilizada en poblaciones latinas y mexicanas. Se realizó análisis factorial por rotación varimax, donde se encontró agrupación de tres factores principales: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Cabe señalar que</p>	<p>percentil 66 de la población estudiada</p>	<p>estadística con los resultados de los cuatro hospitales (cuadro IV). Asimismo, los estresores de trabajo referidos con mayor frecuencia por las enfermeras que presentaron síndrome de burnout fueron por orden de importancia a) falta de recursos para trabajar, b) falta de reconocimiento para el trabajo de enfermería c) relaciones conflictivas en el equipo de trabajo, d) cargas de trabajo y e) gravedad de los pacientes, entre otros (cuadro V). Cabe mencionar que al hacer el análisis por separado, la lista de dichos estresores se modificó por cada hospital y servicio. El perfil de riesgo en esta población incluye trabajar en áreas no críticas de un hospital de mediana complejidad, en el turno matutino, donde existe falta de recursos para trabajar, el personal percibe que su trabajo no es reconocido y existen relaciones conflictivas entre el equipo de trabajo. Según este estudio, el síndrome de burnout no se encuentra determinado por las variables sociodemográficas, hospital o área laboral del personal. El síndrome de burnout ha cobrado gran importancia en las últimas décadas. Los datos epidemiológicos muestran una proporción entre el 20 y 40 % del síndrome en enfermeras, en ellas se han estudiado diferentes factores y contextos con el fin de mejorar la calidad de los cuidados de enfermería y la calidad de vida de estos profesionales de la salud.</p>					
--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--

				<p>aunque se agruparon factores con 1 y 2 reactivos, sólo se tomaron en cuenta los que mostraron correlación por arriba de 0.40. Para el análisis de resultados, se utilizó paquete estadístico SPSS V. 10, Chi cuadrada, regresión lineal y t de Student, así como Epiinfo V1 para estimación del riesgo, ($p < 0.05$). Las fuentes de estrés percibidas por las enfermeras afectadas se tabularon según la frecuencia con que se mencionaron. A pesar de que este estudio sólo describe los hallazgos en la población incluida, se pidió la participación de los sujetos en forma voluntaria, se les informó del carácter anónimo de las respuestas, así como la confidencialidad de los datos obtenidos.</p>								
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

21	EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO(BURNOUT) EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA : UN ESTUDIO LONGITUDINAL	VALENCIA - ESPAÑA	<p>El primer objetivo es analizar la estructura factorial del MBI-HSS (Maslach et al., 1986). El segundo objetivo consiste en estudiar la prevalencia e incidencia del SQT, estimada mediante el MBI-HSS, en una muestra de profesionales de enfermería que trabajan en diversos hospitales públicos y concertados de la Comunidad Valenciana. Por último, el tercer objetivo consiste en analizar la influencia de diversos procesos psicosociales en el desarrollo del SQT y sus consecuencias, mediante un estudio longitudinal.</p>	<p>El estudio está basado en un diseño longitudinal dirigido a profesionales de enfermería de hospitales públicos y concertados de la Comunidad Valenciana, que cumplimentaron un cuestionario en el que las variables antecedentes del SQT y las variables consecuentes se midieron en dos momentos diferenciados por un espacio temporal de un año natural. El cuestionario está basado en las escalas de Bäßler y Schwarzer (1996), Clark, Oulette, Powell y Milberg (1987), Karasek (1979), Rizzo, Hou se y Lirtzman (1970), Maslach y Jackson (1981/1986), Meliá y Peiró (1989) y las escalas, elaboradas en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIKO), para evaluar el Apoyo social, los Conflictos interpersonales, los Problemas de salud y el Absentismo. En el año 2001 se repartieron un total de 2321 cuestionarios en diferentes hospitales de la Comunidad Valenciana. La tasa de respuesta del estudio en Tiempo 1 (en adelante, T1) fue del 31.37% recogiendo un total de</p>	2008	<p>Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario autoadministrado de 22 ítems (Figura 1), que valora mediante escala de Likert los sentimientos y actitudes profesionales y que esta diseñado para valorar las tres subescalas.</p>	<p>la muestra se compuso por 316 profesionales de enfermería de diferentes hospitales públicos y concertados de la Comunidad Valenciana recogidos de manera no aleatoria.</p>	<p>CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • CONFLICTOS INTERPERSONALES: La variable Conflictos interpersonales es una variable fundamental en el desarrollo del SQT. Longitudinalmente mantiene relaciones significativas con las tres dimensiones del MBI. Es una variable antecedente de Realización personal en el trabajo y de Agotamiento emocional, con la que establece la relación más intensa. Además, los niveles de Agotamiento emocional en T1 influyen significativamente sobre los niveles de Conflictos interpersonales T2 por lo que la relación es bidireccional. • APOYO SOCIAL PERCIBIDO: La variable Apoyo social percibido es un antecedente significativo de las tres dimensiones del SQT, además influye significativamente sobre los niveles de Realización personal en el trabajo en T2, con la que mantiene la relación más intensa. Se observa una relación bidireccional significativa entre estas dos variables. • SOBRECARGA LABORAL: Todas las variables organizacionales consideradas en el estudio son antecedentes significativos de Agotamiento emocional, siendo la relación más intensa la mantenida con Sobrecarga laboral. La Sobrecarga laboral es una variable fundamental en el desarrollo del SQT, mostrándose como variable antecedente de las tres dimensiones del MBI en el modelo longitudinal. Además, influye significativamente sobre los niveles de Agotamiento emocional, observando una relación bidireccional con esta variable. • CONFLICTO DE ROL: Por otro lado, los niveles de Agotamiento emocional en T1 influyen significativamente sobre las variables organizacionales en T2, siendo la relación más intensa con Conflicto de rol. Es antecedente significativo de Despersonalización. Además, los niveles de Despersonalización en T1 influyen significativamente con Conflicto de rol. • AMBIGÜEDAD DE ROL: La Ambigüedad de rol no se relaciona significativamente con Despersonalización. También es antecedente significativo de Realización personal en el trabajo. En este caso ninguna de las variables organizacionales consideradas explica un porcentaje de varianza significativo. • CAUSAS INTERPERSONALES- AUTOEFICACIA- BURNOUT, AUTOEFICACIA- REALIZACION PERSONAL: La Autoeficacia es una variable fundamental en el desarrollo del SQT. Longitudinalmente mantiene relaciones significativas con las tres dimensiones del MBI, y se comporta como variable antecedente de Realización personal en el trabajo, con la que establece una relación más intensa. Además se observa una relación bidireccional significativa entre Autoeficacia y Realización personal en el trabajo. • PERCEPCION DE INEQUIDAD: Todas las variables interpersonales consideradas con la excepción de Motivación para la ayuda son antecedentes significativos de Agotamiento emocional, siendo la</p>	<p>ORGANIZACIONAL: BURNOUT- CLIMA LABORAL (conflictos interpersonales) BAJA REALIZACION PERSONAL- APOYO SOCIAL EN EL TRABAJO (poco apoyo social) AGOTAMIENTO EMOCIONAL - SOBRECARGA LABORAL AGOTAMIENTO EMOCIONAL- CONFLICTO DE ROL DESPERSONALIZACION- AMBIGÜEDAD DE ROL INTERPERSONALES: BAJA REALIZACION PERSONAL- AUTOEFICACIA (ausencia) AGOTAMIENTO EMOCIONAL- PERCEPCION DE INEQUIDAD DESPERSONALIZACION- CONFLICTOS INTERPERSONALES DESPERSONALIZACION - PERCEPCION DE INEQUIDAD revisar</p>	<p>CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES DIMENSIONES- INSATISFACCION LABORAL: Los niveles de las tres dimensiones del MBI son antecedentes significativos de Satisfacción laboral y de Problemas de salud. Además, los niveles de Despersonalización explican un porcentaje de varianza significativo sobre Problemas de salud y Satisfacción laboral, siendo la relación más intensa y bidireccional con esta última. AGOTAMIENTO- ABSTENISMO : El Agotamiento emocional es un antecedente significativo de los niveles de Absentismo. Por otro lado, los niveles de Absentismo en T1 son antecedentes significativos de los niveles</p>	<p>FISIOLOGICA: • DESPERSONALIZACION- PROBLEMAS DE SALUD ORGANIZACIONAL: • BURNOUT- INSATISFACCION LABORAL • DESPERSONALIZACION- INSTATISFACCION LABORAL • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- ABSTENISMO</p>	<p>Grau Alberola E. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería: Un estudio longitudinal. [Tesis Doctoral]. Valencia, España. Universidad De València. 2008.</p>	48
----	---	-------------------	---	---	------	--	---	---	---	---	--	--	----

				<p>728 cuestionarios. De estos, 382 participantes accedieron a contestar el cuestionario de nuevo en Tiempo 2 (en adelante, T2) en el año 2002. Después de eliminar los casos no válidos (v.g., cuestionario entregado en blanco) la muestra de participantes en T2 fue de 316 sujetos con un porcentaje de respuesta del 83.77%. Entre T1 y T2 se perdieron 346 participantes, por lo que el porcentaje de casos perdidos fue de 47.52%. El estudio se llevó a cabo entre los años 2001 y 2002. Los participantes fueron seleccionados de manera no aleatoria y su participación en el estudio fue voluntaria y anónima. Sobre el total de profesionales colegiados en la Comunidad Valenciana en el momento de la realización del estudio (N = 20.074), el error muestral en T1 fue del 3,70% con un margen de confianza del 95,5% (2 sigmas). El procedimiento de recogida de datos se inició en los meses de septiembre y octubre del año 2001. Las escalas utilizadas para evaluar las variables del estudio se integraron en un instrumento que se denominó "Cuestionario para</p>			<p>relación más intensa la mantenida con Percepción de inequidad. VARIABLES INTERPERSONALES-DESPERSONALIZACION: Todas las variables interpersonales consideradas son antecedentes significativos de Despersonalización, siendo las relaciones más intensas las mantenidas con Percepción de inequidad y Conflictos Interpersonales. Todas las variables interpersonales consideradas son antecedentes significativos de Realización personal en el trabajo, siendo la relación más intensa la mantenida con Apoyo social percibido.</p>		<p>de Absentismo en T2. CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS: AGOTAMIENTO EMOCIONAL-PROBLEMAS DE SALUD: Existe una relación significativa bidireccional entre los niveles de Agotamiento emocional y la variable Problemas de salud. Los niveles de las tres dimensiones del MBI son antecedentes significativos de Problemas de salud.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

				<p>estudiar la calidad de vida laboral en profesionales de enfermería". Este cuestionario constaba de una introducción en la que se explicaba el objetivo del estudio y el procedimiento de respuesta de los ítems. Además, se pedía a los participantes que participaron voluntariamente que reflejaran su número de teléfono y su DNI en el cuestionario para poder localizarles en el plazo de un año cuando se repitiera la recogida de datos. Los datos fueron recogidos de manera no aleatoria en 13 hospitales de la Comunidad Valenciana (ver Anexo). Para identificar a los participantes a los que se debía entregar el cuestionario en T2, se contactó con la Dirección de Enfermería de los hospitales y, se pidió un listado de nombres a partir de los DNI reflejados en los cuestionarios, indicando que los participantes lo habían reflejado voluntariamente, y habían sido informados que el fin de este dato era identificarles para entregarles de nuevo el cuestionario en T2. Los participantes que no reflejaron el DNI, pero sí un teléfono de</p>									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>contacto, o que habían cambiado de centro de trabajo, fueron localizados mediante llamada telefónica. La recogida de datos se realizó personalmente por el personal adscrito al proyecto de investigación como becarios, que pasaron en sucesivas ocasiones por los hospitales para recoger en mano los cuestionarios. Finalmente, la muestra del presente trabajo de investigación se compone de aquellos participantes que contestaron de forma íntegra el cuestionario tanto en T1 como en T2. Respecto al procedimiento de análisis de datos que se describe en la siguiente fase, se ha utilizado el programa estadístico SPSS 14, y el programa LISREL 8 para el análisis factorial confirmatorio.</p>								
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

22	RELACIÓN ENTRE EL AUSENTISMO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL BURNOUT	CIUDAD DE MEXICO - MEXICO	Conocer, de manera específica, algunos de los factores que pueden estar relacionados con el ausentismo que se presenta por parte del personal de Enfermería adscrito al área de urgencias de un Hospital General en la Ciudad de México, ya que dicho ausentismo tiende a ser más recuente que en otras áreas de la misma institución	El cuestionario se aplicó en el servicio de urgencias en el momento que lo autorizó la persona encargada del hospital. La persona encargada de realizar la encuesta explicó el motivo del estudio y la forma de llenar el instrumento con los parámetros siguientes: 0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días Inmediatamente después se entregó el cuestionario y se cuidó que éste fuera contestado en forma individual,	2008	El Maslach Burnout Inventory es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo likert mediante un rango de 7 adjetivos que van de «nunca»=(0) a «todos los días»=(6) y que evalúa con cuánta frecuencia se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse, en la subescala de realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. Agregando un reactivo a la escala, valorado con la misma escala, en la que se pregunta:	36 enfermeras adscritas al servicio de urgencia de un Hospital General en la Ciudad de México. Para la construcción de la muestra se utilizó un método no probabilístico y se siguieron los criterios de selección que a continuación se describen: De inclusión: • Personal de enfermería del área de urgencias que aceptó de manera voluntaria responder el cuestionario. • Personal de enfermería de base, asignada al área de urgencias. • Enfermeras presentes en el día que se aplicó la guía de observación. De exclusión: • Enfermeras que no aceptaron participar.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: 1.CORRELACION ANTIGUEDAD, DESPERSONALIZACION Y BURNOUT: Considerando la antigüedad, se encontró que fueron las personas que reportaron mayor sensación de DP ($r=0.524$, $\alpha=.001$), así como mayores datos de Síndrome de Burnout ($r=0.459$, $\alpha=0.005$).	TAREA: EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (más antiguos) – DESPERSONALIZACION EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA(más antiguos)- BURNOUT	CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES. AUSENTISMO LABORAL: CORRELACION REALIZACION PERSONAL Y DESPERSONALIZACION Y AUSENTISMO LABORAL: Las enfermeras que reportaron mayor RP presentaron menor sensación de DP ($r= -0.573$; $\alpha= 0.000$), siendo también las que tendieron a faltar menos ($r= - 0.398$, $\alpha=0.016$). Es decir, que a pesar de que el grupo estudiado reportó una mayor presencia de cansancio emocional (79.5%) que se correlaciona en forma significativa con la presencia del Síndrome de Burnout ($r = 0.884$) éste no parece influir mucho en la inasistencia, como la sensación de despersonaliz	ORGANIZACIONALES: • ALTA REALIZACION PERSONAL – ABSTENISMO LABORAL(el tener mayor realización personal, disminuye el riesgo de faltar al trabajo)	Rangel Portilla V, Barragán Velásquez C, Flores Silva M, Ramírez Hernández LMa, Rivas Hernández M, Martínez Gómez C, Pérez Román M. Relación entre el ausentismo del personal de enfermería y el Burnout. Rev. Psiquis (México). [revista en la Internet] 2008 [citado 2011 Mayo 13]; 17(2): 48-56. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54948&id_seccion=3011&id_ejemplar=5567&id_revista=180	49
----	---	---------------------------	---	--	------	--	---	--	---	---	---	--	----

						¿Con qué frecuencia tiene inasistencias al trabajo, independiente mente de la causa? (Tabla 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de urgencias que no sean enfermeras(o s). • Enfermeras de urgencias que no se encontraron en el servicio el día de la aplicación de los cuestionarios . • Pasantes y estudiantes de enfermería. 			ación. En este estudio se encontró que el Síndrome de Burnout está presente en las enfermeras con mayor antigüedad, aspecto que corresponde con lo reportado en la literatura.			
23	PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT Y SUS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN FISIOTERAPEUTAS DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN, 2007.	POPAYÁN COLOMBIA	Determinar la prevalencia y los principales factores de riesgo de síndrome de Burnout en los fisioterapeutas de la ciudad de Popayán.	se realizó un estudio descriptivo tipo cross sectional a un total de 86 fisioterapeutas de la ciudad de Popayán, mediante la aplicación de un cuestionario de elaboración propia para las características sociodemográficas y el Maslach Burnout Inventory en su versión validada en español, la cual consta de tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. El análisis de los datos recolectados se realizó con el paquete estadístico Stata 9.2 y el graficador Excel 7.0. Como criterios de inclusión se definieron: ser profesionales, que residan y laboren en	2008	Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el Maslach Burnout Inventory (M.B.I), inventario de 22 ítems; consta de tres subescalas: Agotamiento Emocional: corresponde a los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del inventario. Despersonalización: que corresponde a los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 del inventario. Baja realización personal: que corresponde a los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18,	Entre agosto de 2006 y mayo de 2007, se realizó un estudio descriptivo tipo cross sectional a un total aproximado de 120 fisioterapeutas asistencias y docentes que laboran en la ciudad de Popayán, de los cuales 97 respondieron voluntariamente el M.B.I. Reunieron criterios de inclusión 86 Fisioterapeutas (69 mujeres y 17 hombres) con una tasa	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA • CANSANCIO EMOCIONAL: Para la escala de cansancio emocional se encontró ANTIGÜEDAD REALIZANDO LA TAREA: que los fisioterapeutas que llevan más de 5 años en la profesión tienen 7.1 veces más posibilidad de sufrir cansancio emocional que aquellos que llevan menos de 5 años trabajando, OR 7.1 [1.6 – 31.2]. • ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO: Cuando el fisioterapeuta lleva laborando en la misma empresa más de cinco años tiene 4.8 veces más posibilidad de sufrir esta dimensión que los que llevan menos años laborando, OR 4.8 [1.1 – 20.7]. • SINDROME DE BURNOUT GENERAL: Para el síndrome de Burnout se encontró que los fisioterapeutas que llevan más de cinco años en la profesión tienen 5.2 veces más posibilidad de sufrir el síndrome que aquellos que llevan menos de cinco años. OR 5.2 [1.3 – 20.6]. A pesar de no encontrar registros bibliográficos sobre la relación entre el número de lugares de trabajo y el síndrome, en nuestros resultados se obtuvo que los sujetos que trabajan en dos y más lugares son los más comprometidos para las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, además de Burnout en general. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • TIPO DE CONTRATO: Álvarez J, Illera D, muestran que para la dimensión de cansancio emocional son las personas de planta las que presentan la mayor prevalencia mientras que para despersonalización son los contratistas los más afectados. Nuestros resultados arrojaron que quienes laboran por contrato son los más afectados para las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, igualmente para Burnout en	TAREA:AGOTAMIENTO EMOCIONAL- EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA(tener más de 5 años de ejercicio)AGOTAMIENTO EMOCIONAL- ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO(llevar en la misma empresa más de 5 años)BURNOUT- EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (tener más de 5 años de ejercicio)BURNOUT- TRABAJAR EN VARIAS PARTES (tener dos o más lugares de trabajo)DESPERSONALIZACION - TRABAJAR EN VARIAS PARTES (tener dos o más lugares de trabajo)AGOTAMIENTO EMOCIONAL- TRABAJAR EN VARIAS PARTES			Campos Bermúdez L, Córdoba Molina A, Silva López J, Rivera D. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en Fisioterapeutas Del Municipio De Popayán, 2007.Popayán, Cauca, Colombia. Disponible en: http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2008/marzo2008/OK-BURNOUT.pdf .	50

				Popayán, en cualquiera de las áreas de la Fisioterapia de manera asistencial y que lleven como mínimo seis meses de trabajo.	19 y 21. La medición se realizó por medio de Escala tipo Likert, en la cual la persona encuestada debe responder cada pregunta del M.B.I. con una puntuación que va desde nunca(1) hasta todos los días (7). La Operacionalización de las variables para cada dimensión se estipuló así: Cansancio emocional rango de 9 a 63, punto de corte en 36. Despersonalización rango de 5 a 35, punto de corte en 20. Baja realización personal rango de 8 a 56, punto de corte en 32. Las dimensiones se categorizaron en cuartiles así: para las escalas de cansancio emocional y despersonalización se tuvo en cuenta que el tercer y cuarto cuartil	de respuesta del 71.6%.	general. Ordenes N, y Atance Martínez JC, muestran que el síndrome puede desencadenarse entre más horas diarias se trabajen. Sin embargo en nuestros resultados se encontró que • NUMEROS DE HORAS DIARIAS DE TRABAJO: los que trabajan menos de ocho horas son los más afectados para la dimensión de despersonalización y para Burnout en general. Para la dimensión de cansancio emocional la mayor prevalencia la presentaron quienes laboran más de ocho horas diarias. • En el estudio de Atance Martínez JC, NUMERO DE PACIENTES DIA: se reporta que a mayor número de pacientes atendidos hay mayor probabilidad de desarrollar el síndrome. Igual comportamiento muestra nuestro estudio para la dimensión de cansancio emocional y Burnout en general. Sin embargo, para la dimensión de despersonalización se obtuvo prevalencia en quienes atienden menos de veinte pacientes diarios.	(tener dos o más lugares de trabajo)ORGANIZACIONAL;AGOTAMIENTO EMOCIONAL-TIPO DE CONTRATACION (mas riesgo las personas que trabajan por contrato temporal)DESPERSONALIZACION- TIPO DE CONTRATO (mas riesgo las personas que trabajan por contrato temporal)AGOTAMIENTO EMOCIONAL-SOBRECARGA LABORAL(en fisioterapeutas trabajar más de 8 horas diarias) y tener un mayor número de pacientes a cargo más de 20 pacientes día) BURNOUT-SOBRECARGA LABORAL(tener un mayor número de pacientes a cargo, mas de 20 pacientes día)DESPERSONALIZACION- MENOR NUMERO DE HORAS DIARIAS DE TRABAJO(trabajar menos de 8 horas diarias)				
--	--	--	--	--	--	-------------------------	--	--	--	--	--	--

					<i>clasifican a los individuos en la categoría de presencia del síndrome; mientras que para la escala de baja realización personal fueron el primer y segundo cuartil los que determinan la presencia del mismo. Los restantes dos cuartiles de cada escala se clasificaron como no afectados.</i>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

24	¿ESTAMOS QUEMADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?	HUELVA ESPAÑA	Valorar la presencia del síndrome de desgaste profesional y la sintomatología sugestiva entre los trabajadores de Centros de Salud del distrito sanitario.	Realizamos un muestreo aleatorio por conglomerados entre los centros de salud del Distrito Huelva-Costa de la provincia de Huelva, determinando con ello 132 profesionales de atención primaria, pertenecientes a tres centros urbanos y tres centros rurales, a los que se les hizo llegar la encuesta a través de los coordinadores de formación continuada de los centros, haciéndoles ver que no se trataba de una encuesta institucional, que pudiera sesgar sus resultados. Recibimos un total de 97 encuestas, de las que fueron rechazadas 2 por mala cumplimentación, lo que hacen que el total de profesionales evaluados fuera de 95. La encuesta era anónima y elaborada por el equipo investigador, contenía: a) Datos de afiliación: edad, sexo, profesión. b) Características de su labor profesional: medio de trabajo, años de profesión, horario de trabajo, realización de guardias, distancia del domicilio al trabajo, tipo de contrato. c) Problemas físicos o psíquicos que achaquen al trabajo o existencia de accidentes o bajas en los últimos años que tuvieran relación con	2002	Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario autoadministrado de 22 ítems (Figura 1), que valora mediante escala de Likert los sentimientos y actitudes profesionales y que esta diseñado para valorar las tres subescalas del SDP: Agotamiento emocional (AE) que consta de 9 ítems que valoran la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas de trabajo, la subescala de despersonalización (DP) está constituida por 5 ítems midiendo el grado de frialdad y de distanciamiento o relacional y la subescala de realización personal (logros personales) (LP) se compone de 8 ítems evaluando sentimientos de	Profesionales de dichos centros que contestaron a la encuesta (n=95). Realizamos un muestreo aleatorio por conglomerados entre los centros de salud del Distrito Huelva-Costa de la provincia de Huelva, determinando con ello a 132 profesionales de atención primaria, pertenecientes a tres centros urbanos y tres centros rurales, a los que se les hizo llegar la encuesta a través de los coordinadores de formación continuada de los centros, haciéndoles ver que no se trataba de una encuesta institucional, que pudiera sesgar sus resultados. Recibimos un total de 97 encuestas,	CAUSAS ORGANIZACIONALES: Obtenemos tasas elevadas del SDP a pesar de que en la muestra solo un 40% realiza guardias de 24 horas y de que la distancia de los centros de trabajo a sus domicilios no parece muy elevada, que clásicamente eran indicadas como causas determinantes del deterioro profesional.		CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES Cuestionados sobre si esos problemas laborales afectaban a su vida familiar el 29,47% consideraba que para nada, un 30,52% refería que un poco el 32,63% pensaban que esta afectación era moderada y en el 4,2% bastante Objetivamos también la repercusión importante que estos problemas laborales comienzan a tener en la vida personal y familiar de los profesionales, que también se quema, y por otra parte impide la labor de desaturación que nuestra intimidad personal ocasiona en la profesional, y que pone en peligro ese balón de oxígeno que al salir de	FISIOLÓGICAS: CEFALEAS DOLORES OSTEOARTICULARES COMPORTAMENTALES: ANSIEDAD DEPRESIÓN ESTRÉS DETERIORO DE LAS RELACIONES FAMILIARES ORGANIZACIONALES: INCAPACIDADES LABORALES (en su mayoría por depresión) (Todas las afecciones fisiológicas habían ocasionado bajas de más de 15 días de duración en el 3,8% de los encuestados)	Pardo Álvarez J R, López Herrero F, Moriña Macías M, Pérez Collado M 2, Freire Pérez P, Fernández Leal R. ¿Estamos quemados en atención primaria?. Rev Medicina de Familia (And).[revista en la internet] 2002 [citado 2011 mayo 13]; 3(4): 245-250. Disponible en: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/04.pdf	51
----	---	---------------	--	---	------	--	---	---	--	--	--	---	----

				<p>el mismo; así mismo indicasen la posible afectación de los problemas laborales en su vida particular o familiar.d)Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).</p> <p>e) Factores atenuadores: determinasen que cosas podían realizarse para mejorar la situación y disminuir los síntomas del SDP, eligiendo 5 entre 10 sugerencias elaboradas por el equipo investigador y añadiendo los que se le ocurriesen. (Figura 2).</p> <p>De estas diez sugerencias para disminuir el estrés laboral, señala las cinco que consideras de ms importancia y eficacia, luego puedes sugerir todas las que se te ocurran.</p> <p>Gracias Disminuir el número de pacientes por da Determinar las funciones del equipo Mejorar nuestra formación en autocontrol emocional y técnicas de relajación Disminuir la burocracia en la consulta Determinación de objetivos claros, teniendo en cuenta la opinión del equipo Mejorar formación en Entrevista clínica Mejora las relaciones con el 2 nivel Aumentar los minutos por visita Aprovechar mejor el tiempo de</p>	<p>autoeficiencia, competencia y consecución de objetivos personales. La obtención de altas puntuaciones en AE y DP así como bajas en LP se correlacionan con la presencia del SDP, incluimos los niveles aceptados para cada subescala (Figura 1).</p>	<p>delas que fueron rechazadas 2 por mala cumplimiento, lo que hacen que el total de profesionales evaluados fuera de 95.</p>			<p>nuestros centros debemos encontrar en nuestras casas, cuando un 37% refiere esta afectación. CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES</p> <p>Todas las afecciones fisiológicas habían ocasionado bajas de más de 15 días de duración en el 3,8% de los encuestados. A su vez entre las causas de bajas, de más de 15 días de duración, por motivos laborales la depresión es su mayor origen. CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS</p> <p>En cuanto a la aparición de alteraciones físicas- psíquicas que ellos relacionasen con su trabajo, el 45,26% las referían, destacando en el 65,11% ansiedad y estrés, cefaleas en el 13,95%, dolores y afectaciones</p>		
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--

				formación continuada Mejorar las relaciones en el equipo Todos los datos obtenidos fueron tabulados mediante la base de datos del programa EPI-INFO 6.0, procediendo con el mismo a su análisis estadístico.						osteoarticulares en un 13,95% y depresión el 6,97% (Tabla 1). La salud físico-psíquica de los sanitarios presenta un grado importante de afectación por causas laborales o que ellos achacan a su trabajo, destacando como la salud mental muestra una relación directa con el SDP, ya que dentro de la sintomatología del síndrome presenta el mayor porcentaje con ansiedad, estrés y depresión entre los mismos.		
25	ESTRÉS LABORAL EN EL PROFESIONAL DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO	MADRID ESPAÑA	Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y de sus componentes (CE, DP y FR) en un colectivo de profesionales de la emergencia pre hospitalaria de un servicio de emergencias pre hospitalario (SAMUR-Protección Civil de Madrid) con sus factores asociados.	Se distribuye una encuesta entre los profesionales con actividad asistencial de SAMUR-Protección Civil de Madrid. Consta de dos partes: en la primera se recogen datos sociodemográficos e impresiones personales sobre malestar en el trabajo. La segunda parte está constituida por el "Maslach	2001	La versión validada en España del "Maslach Burnout Inventory" consta de 22 ítems diferentes que exploran cada uno de los tres componentes del Síndrome de agotamiento Profesional o "Burnout".	El número total de cuestionarios obtenidos es de 73 al personal profesional sanitario de Samur-Protección Civil.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA • ANTIGÜEDAD REALIZANDO LA TAREA: Los profesionales con mayor antigüedad en su profesión y en la emergencia puntúan más alto en "Burnout" y en cansancio emocional, sin significación estadística. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • ESTABILIDAD LABORAL (TIPO DE CONTRATO) : No hay diferencias significativas respecto a la estabilidad laboral, para cansancio emocional. • TURNO: (NUMERO DE HORAS TRABAJO DIARIO) : Los profesionales con turno de 17 horas (tarde noche) puntúan más alto en la escala y subescalas, sin significación estadística (Tabla 8). Se observan mayores puntuaciones en cansancio emocional, falta de realización y "Burnout" en los profesionales que no están de acuerdo con su turno de trabajo, sin diferencia	TAREA:• BURNOUT-EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (más de 8 años)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL-EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (más de 8 años)• BURNOUT-SITIO DE TRABAJO(emergencias)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL -SITIO DE		Sánchez A, De Lucas García N, García-Ochoa M.ª J., Sánchez C, Jiménez J, Bustinza A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias pre hospitalario. Rev Emergencias [revista en la internet] 2001 [citado 2011 Mayo 15];13:170-175. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol13_3/170-175.pdf	22

				Burnout Inventory" en la versión española validada entre sanitarios por C. OLIVER 4 La encuesta fue rellena individualmente y depositada en una urna, para mantener el anonimato. El análisis estadístico de los datos se realiza aplicando test de la T de Student y el de Cronbach. Se considera significativa p<0,05.		Cada pregunta tiene cuatro respuestas alternativas, de las cuales solo se contestará una de ellas. A cada opción de respuesta en cada uno de los ítems que componen la segunda parte del cuestionario, se le asigna un valor del 1 al 4, siendo la puntuación total de cada test la suma de dichos valores. Los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 evalúan el cansancio emocional (CE), los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 evalúan la despersonalización (DP) y los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, la falta de realización personal (FR).		significativa. • RELACIONES CON EQUIPO DE TRABAJO: Respecto a la falta de acuerdo con el equipo de trabajo por cuestiones profesionales (Tabla 10), no se observan diferencias significativas. Si se observa mayor falta de realización y "Burnout" en los profesionales con problemas de relación personal con su equipo (Tabla 11), con p<0,05 en ambos casos. Es de destacar que las malas relaciones personales con el equipo de trabajo proporcionen puntuaciones más altas en "Burnout" y falta de realización personal con significación estadística. Se presume que en un sistema de trabajo fundamentado en las guardias es esencial al menos una aceptable relación personal con los compañeros. Sería preciso buscar estrategias que facilitaran la reestructuración de los equipos de trabajo con este tipo de problemas. Creemos que es necesario el desarrollo de sistemas de prevención y diagnóstico de estrés laboral e institucional entre los profesionales de los servicios de urgencia, con especial énfasis para nuestro grupo de profesionales, en el área de la realización personal. Son necesarios estudios más amplios para profundizar en los factores asociados a estrés laboral entre urcenciólogos	TRABAJO(emergencias)ORGANIZACIONAL:• BURNOUT-SOBRECARGA DE TRABAJO (trabajar en turno de 17 horas, tarde-noche)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL-NO ESTAR DE ACUERDO CON EL TURNO DE TRABAJO (en los profesionales q no están de acuerdo con el turno que tienen.)• BAJA REALIZACION PERSONAL-NO ESTAR DEACUERDO CON EL TURNO DE TRABAJO (en los profesionales q no están de acuerdo con el turno que tienen.)• BURNOUT – NO ESTAR DE ACUERDO CON EL TURNO DE TRABAJO (en los profesionales q no están de acuerdo con el turno que tienen.)• BURNOUT-CLIMA LABORAL (en los profesionales con problemas de relación personal con su equipo).BAJA REALIZACION PERSONAL CLIMA LABORAL (en los profesionales con problemas de relación personal con su equipo)				
26	SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DE ENFERMERIA DE UM PRONTO SOCORRO DE	PARANÁ BRASIL	Investigar signos y síntomas de burnout en trabajadores de enfermería del servicio de emergencia de un Hospital Universitario correlacionándolos con factores de predicción.	Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo, realizado con 61 trabajadores de enfermería. Se utilizó un cuestionario estructurado, auto-aplicable, además del instrumento Maslach Burnout Inventory. El	2009	El instrumento de 22 preguntas Maslach Burnout Inventory (MBI), que identifica las dimensiones de los	La Población del Estudio consistió en 67 personas de Enfermería que trabajan en El Servicio de emergencia	CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • RECONOCIMIENTO POR LA INSTITUCION: Tras el análisis estadístico de todos los factores en la aplicación de la prueba de Mann-Whitney, sólo el hecho de que el valor de la institución y reconocer el trabajo, e invertir y fomentar el desarrollo profesional de sus empleados difirió significativamente entre el grupo de profesionales con alto riesgo de manifestación de la enfermedad o los signos y síntomas y el grupo con bajo riesgo de brote de la enfermedad, con p = 0,010, con el primer grupo tuvo	ORGANIZACIONAL: BURNOUT - RECONOCIMIENTO POR LA TAREA REALIZADA (institución) (PROTECTOR) BURNOUT-SOBRECARGA DE TRABAJO (el poseer	CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS SIGNOS Y SINTOMAS DE AGOTAMIENTO: Se encontró que	FISIOLÓGICOS: • DOLORES MUSCULARES (dolor en hombros y cuello) • SENSACION DE FATIGA MENTAL • INSOMNIO COMPORTAMENTALES:	Jodas Denise Albieri, Haddad Maria do Carmo Lourenço. Síndrome de Burnout en trabajadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. Acta paul. enferm. [revista en la internet]. 2009 [citado 2011 May 20]; 22(2): 192-197. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?	52

<p>HOSPITAL UNIVERSITARIO</p>			<p>análisis de los datos se realizó por medio del Epiinfo 2004. Para recopilar los datos, se utilizó un cuestionario estructurado, auto-administrado, tal como se propone en un estudio, que registra el sociodemográficos, datos profesionales, información sobre ocio, factores predictores de organización de agotamiento y algunos de los síntomas somáticos enfermedades relacionadas. Se han añadido, sin embargo, el instrumento de 22 preguntas Maslach Burnout Inventory (MBI), que identifica las dimensiones de los síntomas del síndrome de burnout, y las preguntas del 1 al 9 identificar el nivel de cansancio emocional, los problemas 10 a 17 están relacionados con logros profesionales y las cuestiones de 18 a 22 de la despersonalización. MBI fue creado por Christine Maslach, un psicólogo y profesor universitario en California, EE.UU., y validado en Brasil en 2001 (9). (Anexo 1)</p>	<p>síntomas del síndrome de burnout, y las preguntas del 1 al 9 identificar el nivel de cansancio emocional, los problemas 10 a 17 están relacionados con logros profesionales y las cuestiones de 18 a 22 de la despersonalización. MBI fue creado por Christine Maslach, un psicólogo y profesor universitario en California, EE.UU., y validado en Brasil en 2001 (9). (Anexo 1)</p>	<p>del hospital de la Universidad del Norte de Paraná (HURNP) durante estos meses, el Noviembre octubre de 2007, Enfermera y Ocho y 59 asistentes de enfermería técnica, Asignado una Cambios los cuatro, que firmó un formulario de Consentimiento él. Al final la muestra quedó conformada por 61 personas.</p>	<p>una mediana de 2 (una vez al mes), menos que el segundo grupo, cuya media de seis acusados (todo el día). • BURNOUT- SOBRECARGA LABORAL: En cuanto a los predictores para el desarrollo de Burnout, el poseer actividades que requieren más tiempo que el trabajador es capaz de responder, corresponde al 33,4% de la población estudiada. Posiblemente, esta relación está influenciada por el modelo de atención adoptado en una sala de emergencia, provocando una sobrecarga de circulación y el estrés laboral, mientras que la necesidad de tomar decisiones inmediatas y eficaces es constante, lo que puede hacer que el personal de enfermería consideran que el trabajo no es gratificante. Sin embargo, la ley sobre las vidas en riesgo "requiere un control profesional de sus acciones con el fin de llegar así a la seguridad y de sentirse importante para el equipo. Por otra parte, el hacinamiento es común en estos servicios, la falta de resolución de los niveles primario y secundario de atención de la salud.</p>	<p>actividades que requieren más tiempo que el trabajador es capaz de responder, corresponde al 33,4% de la población estudiada.)</p>	<p>los 61 empleados encuestados, el 8,2% (una enfermera, dos técnicas de enfermería y dos auxiliares de enfermería) con signos y síntomas de agotamiento. BURNOUT-SINTOMAS FISICOS: En cuanto a los síntomas que resultan del proceso de trabajo, se encontró que la prevalencia más alta del sentimiento de tener poco de tiempo para sí mismos (47,5%), seguido por dolor en los hombros y el cuello (31%), sensación de fatiga mental (26,2%), dificultades para dormir (21,5%) y el estado de la aceleración continua (21,4%).</p>	<p>• ESTADO DE ACELERACION CONTINUA</p>	<p>script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200012&Ing=en. doi: 10.1590/S0103-</p>	
--------------------------------------	--	--	---	---	---	---	---	--	---	---	--

27	PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL QUEMADO Y ESTUDIO DE LOS FACTORES ASOCIADOS EN LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL COMARCAL	BARCELONA ESPAÑA	<p>El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del SQ entre los trabajadores del Hospital de Mataró (Barcelona), así como conocer las características laborales y personales que se asocian con dicho síndrome.</p>	<p>Se diseñó un estudio observacional transversal en el que se seleccionó una muestra aleatoria, estratificada por categoría profesional, de 300 trabajadores a los que se les administró el Maslach Burnout Inventory para medir el grado de burnout. Este cuestionario consta de tres subescalas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Entre el 8 de marzo y el 15 de mayo de 2001, una entrevistadora ajena al hospital y previamente entrenada repartió las 300 encuestas a las personas seleccionadas. Éstas eran autocumplimentadas anónimamente y recogidas de forma anónima por la entrevistadora al cabo de unas horas de forma confidencial en un sobre cerrado. Si alguien no entendía alguna pregunta podía consultar a la entrevistadora, que intentó mantener una actitud neutral y evitar en lo posible citar los términos «burnout», «quemado» y «estresado». Análisis estadístico En la descripción de la muestra de estudio y de las puntuaciones de las tres escalas se ponderaron los resultados debido al</p>	2002	<p>Para medir el grado de burnout se utilizó la versión española del Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario autoadministrado consta de 22 ítems con siete opciones de respuesta (escala de Likert de 0 a 6) y ha demostrado tener una buena validez de constructo. La suma de las puntuaciones determina tres escalas de burnout: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). Las primeras dos indican un mayor grado de burnout si la puntuación es mayor. En cambio, la escala de realización personal refleja mayores índices de burnout cuando las puntuaciones son menores. La puntuación</p>	<p>Se seleccionó una muestra aleatoria, estratificada por estamento, de 300 trabajadores del hospital. El colectivo de médicos y enfermeras de urgencias fue sobremuestreado para disponer de más potencia estadística a fin de comparar este servicio con el resto. En 87 casos (29%) hizo falta buscar, aleatoriamente, a un sustituto del mismo grupo laboral, ya que el seleccionado estaba de baja, de vacaciones o había dejado de trabajar en el hospital.</p>	<p>CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA En las tres escalas del MBI, se observa un elevado porcentaje de burnout de los administrativos profesionales de la salud y un bajo porcentaje en las enfermeras. En cuanto al mayor burnout observado en personal administrativo no tenemos constancia de que haya sido estudiado en ninguna ocasión. Es posible que un mayor grado de trabajo rutinario y la sensación de una menor implicación y reconocimiento respecto a otros profesionales hospitalarios que actúan directamente sobre el paciente afecten a los administrativos del hospital. Aunque existe la idea de que el personal de enfermería presenta un alto riesgo de padecer el SQ, los resultados de nuestro estudio evidencian un bajo grado de burnout en el personal de enfermería y auxiliares de clínica. Recientemente se han publicado algunos estudios que también presentan grados de burnout moderadamente bajos en el personal de enfermería. El resto de variables estudiadas, como los años de convivencia con la pareja actual, ANTIGUEDAD REALIZANDO LA TAREA: años de profesión, ANTIGUEDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO: antigüedad en la empresa y turno horario; no se relaciona con cambios en las escalas del MBI. REGRESION LOGISTICA: Las asociaciones anteriores podían ser debidas a un efecto de confusión entre diversas variables ya que muchas de ellas están interrelacionadas. Para evitar este efecto se diseñaron tres modelos de regresión logística en los que se tomó como variable dependiente el indicador de burnout alto para CE, DP y RP, permitiendo evaluar el efecto de cada una de las variables independientes estudiadas sobre el burnout de forma independiente. En la tabla 5 se presentan los resultados del análisis de regresión logística de los tres modelos analizados. El estamento de enfermería tiene un efecto protector sobre el burnout alto tanto para la escala CE como para la RP. Se observa también un efecto independiente y positivo DEL TIPO DE CONTRATO: el tipo de contrato fijo con el burnout alto en la escala CE, aunque este efecto no llega al nivel de significación estadística de 0,05. Referente al burnout alto para la escala DP, el PROFESION: estamento de los administrativos demuestran ser factores de riesgo independientes y estadísticamente significativos. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL El análisis bivariado muestra que el TIPO DE CONTRATO tipo de contrato laboral son variables que se asocian de forma estadísticamente significativa con un alto burnout en alguna de las tres escalas del MBI (tabla 4). El personal fijo podría ser más susceptible de sufrir este síndrome, quizá porque no existen tantas expectativas de mejora laboral en los fijos respecto a los contratados. Esta asociación también coincide con la bibliografía disponible¹⁶.</p>	<p>TAREA:BURNOUT-PROFESION (pertenecer al área administrativa en salud y el ser enfermera funciona, como protector)DESPERSONALIZACION – PROFESION (pertenecer al área administrativa en salud)ORGANIZACIONAL:BURNOUT- TIPO DE CONTRATACION (tipo de contrato fijo)</p>		<p>Pera G., Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2002 Dic. [citado 2011 Mayo 16]; 16(6): 480-486. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000600005&lng=es.</p>	54
----	---	------------------	---	---	------	---	---	--	---	--	--	----

			<p>sobremuestreo del servicio de urgencias . En la tabla 1 se presentan los distintos estratos considerados así como sus correspondientes pesos tanto en la población como en la muestra de estudio. En el análisis estadístico se utilizó el test de la χ^2 para comparar los grupos de burnout alto-no alto con el resto de variables categóricas. Se usó el test de la t de Student para comparar esta variable con las variables continuas. La comparación de las puntuaciones MBI en variables con más de dos categorías se realizó mediante el análisis de la variancia. La relación entre estas puntuaciones y el resto de variables continuas se obtuvo mediante coeficientes de correlación. Para estudiar el efecto independiente de cada variable explicativa se usó la regresión lineal múltiple (para las puntuaciones MBI) y la regresión logística (para la clasificación alto-no alto burnout). Sólo se incluyeron en los modelos multivariantes aquellas variables que tuvieron un valor de $p < 0,1$ en el análisis bivariado. En todos los tests estadísticos se consideró un nivel de significación</p>	<p>de cada escala no es informativa por sí sola, pues se requiere un grupo de comparación para saber si el grado de burnout observado es alto o bajo. Hemos escogido como grupo de referencia una muestra de 156 médicos españoles que las autoras del cuestionario citan como referencia. Se define como burnout elevado aquellas puntuaciones que caen en el tercer tercil de la distribución en la muestra de referencia. Concretament e más de 31 puntos para CE, más de 13 para DP y menos de 30 para RP. En las tres escalas la puntuación mínima alcanzable es 0, mientras que la máxima es 54 para CE, 30 para DP y 48 para RP. Las tres escalas de</p>							
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

				estadística de 0,05.	<p>burnout, tanto en su forma continua como categorizadas en alto-no alto, se usaron como variables dependientes. Aunque el MBI está especialmente pensado para ser aplicado en personas que dan ayuda a otras como sanitarios, policías o maestros, en este estudio se incluyó a un grupo de personas que no están en contacto directo con pacientes como el personal de limpieza, de cocina o de informática, identificado en este artículo como «no contacto», entendiéndolo que también dan servicio a otras personas.</p>							
--	--	--	--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

28	ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DEL DESGASTE PROFESIONAL EN RELACIÓN CON FACTORES ORGANIZATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA	MADRID ESPAÑA	<p>Conocer la incidencia de cada una de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y el grado de satisfacción laboral entre el Personal de Enfermería de Medicina Interna del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, comparando los datos obtenidos en 1998 y en 2005.</p>	<p>En ambos años se distribuyen 107 cuestionarios que incluían el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) para medir la incidencia de Burnout y el Cuestionario de Satisfacción Laboral de Warr, Cook y Hall (1979). Se objetivó un descenso del grado de agotamiento emocional y un aumento del grado de realización personal. El grado de satisfacción laboral de los profesionales en ambos años objeto de estudio fue de moderadamente satisfecho. En ambos años se distribuyen 107 cuestionarios autoadministrados y validados que incluían:</p> <p>-MBI: inventario de Burnout de Maslach1. Evalúa los tres aspectos del Síndrome de Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y la disminución de los logros. El MBI fue validado por Maslach y Jackson, y su versión definitiva apareció en 1986.</p> <p>-Cuestionario de Satisfacción Laboral Warr, Cook y Hall (1979).</p> <p>Se llevó a cabo un estudio de las</p>	2009	<p>MBI: inventario de Burnout de Maslach1. Evalúa los tres aspectos del Síndrome de Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y la disminución de los logros. El MBI fue validado por Maslach y Jackson, y su versión definitiva apareció en 1986.</p>	<p>Como muestras poblacionales en ambos años se empleó la totalidad de la plantilla de Personal de Enfermería (DUE y Auxiliares de Enfermería) de Medicina Interna del Hospital Universitario "12 de Octubre" de Madrid. En este hospital existen 3 plantas de Medicina Interna con un total de 132 camas, distribuidas en las plantas 12, 13 y 15 del hospital. En ellas trabajaban 57 enfermeras y 48 Auxiliares de enfermería en ambos años.</p>	<p>CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL</p> <p>ANALIZAR COMO AL MEJORAR CADA UNA DE LAS FUENTES DE INSATISFACCION LABORAL, TAMBIEN DISMINUYEN LAS PUNTUACIONES DEL SINDROME DE BURNOUT: grado de satisfacción laboral en el año 2005, había mejorado con respecto a los resultados obtenidos en 1998, se mantenía sin variaciones en las condiciones físicas de trabajo, la libertad de escoger el método de trabajo, el jefe inmediato, la cantidad de responsabilidad, las horas de trabajo y la valoración general. (Gráfica 1 y 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • TRABAJO EN EQUIPO- CLIMA LABORAL: Se detectó una mejora en cuanto a la relación con los colegas de trabajo, RECONOCIMIENTO POR LA TAREA: el reconocimiento por un trabajo bien hecho, LA REMUNERACION BIEN PERCIBIDA: el dinero percibido, la oportunidad para emplear sus capacidades, RELACIONES CON SUPERIORES: relaciones sociales entre dirección y trabajadores de la empresa, • DIRECCION DE LA EMPRESA (MAYORES OPORTUNIDADES) las oportunidades de promoción, la forma en que estaba dirigida la empresa, ATENCION A LAS SUGERENCIAS POR SUPERIORES: la atención que prestaban a sus sugerencias. Las relaciones con la Dirección y la forma en que estaba dirigida la empresa obtuvieron un grado de satisfacción laboral del personal de Enfermería de muy insatisfecho en el año 1998 y moderadamente insatisfecho en el año 2005. • ESTABILIDAD LABORAL: (MEJORIA EN TIPO DE CONTRATO) la seguridad en el puesto de trabajo. (Gráfica 1 y 2) ya que una inmensa mayoría de profesionales interinos de nuestro hospital obtuvieron plaza en propiedad por concurso-oposición del INSALUD. (Año 1998: Personal fijo: 1,79 %, personal interino: 42,86 % y personal eventual: 53,57 %. Año 2005: Personal fijo: 33,30 %, personal interino: 11,67 %. Personal eventual: 55,03 %), La percepción general fue de mejora. En ningún caso se objetivó descenso del grado de satisfacción laboral. Los cambios apreciables que se habían producido en el Hospital entre estos dos años objeto de estudio y que es posible que influyeran en el grado de satisfacción laboral de los trabajadores fueron entre otros, que en el año 1998, hubo un cambio de la Dirección de Enfermería del hospital. En el año 2005 se disponía de un pool de trabajadores que cubría las incidencias de personal, lo que contribuyó a disminuir la sobrecarga de trabajo y posiblemente a aumentar el grado de satisfacción laboral. El hecho de disminuir la sobrecarga de trabajo, podría influir positivamente en la reducción de la sobrecarga emocional. Los resultados de la investigación dejan entrever que a 	<p>ORGANIZACIONAL:(OJO PROTECTORES TODOS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • BURNOUT- SATISFACCION LABORAL(al mejorar índices de satisfacción laboral de 1998 a 2005, habían mejorado también las puntuaciones en la escala) • BURNOUT- CLIMA LABORAL (buenas relaciones con colegas disminuye el valor en las escalas) • BURNOUT- RECONCILIAMIENTO POR LATAREA REALIZADA (el reconocimiento por un trabajo bien hecho, disminuye el valor en las escalas) • BURNOUT- PERCEPCION DE SALARIO (remuneración BIEN percibida, disminuye el valor de las escalas) • BURNOUT-APOYO SOCIAL EN EL TRABAJO (relaciones sociales entre dirección y trabajadores de la empresa) • BURNOUT- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL- ESTILO GERENCIAL (la forma de dirección de la empresa, brinda mayores oportunidades, hace atención de sugerencias de los empleados) • BURNOUT- TIPO DE CONTRATACION (mejora en la estabilidad del puesto, 		<p>Gómez Sánchez M, Alamo Santos M, Amador Bohórquez M, Ceacero Molina F, Mayor Pascual A, Muñoz González A et al . Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2011 Mayo 17]; 55(215): 52-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000200005&lng=es. doi: 10.4321/S0465-546X200900020000</p>	55
----	---	---------------	---	---	------	---	---	--	---	--	--	----

				interrelaciones de las variables que se pretendían estudiar: subescalas de Burnout e ítems de satisfacción laboral, mediante el paquete estadístico SAS (análisis de correlación entre cada una de las variables). Se realizó la correlación de Spearman, el test de Wilcoxon y Chi-cuadrado.				medida que aumentó la satisfacción laboral del personal de enfermería en cuanto a los recursos organizativos, se redujo el desgaste profesional ya que los datos obtenidos indicaban que disminuyó el agotamiento emocional y aumentó la realización personal de los trabajadores objeto de estudio, manteniéndose en un grado medio la despersonalización o deshumanización.	contrato de plaza, aumenta satisfacción , disminuyen las escalas) • BURNOUT-SOBRECARGA DE TRABAJO (disponer de un pool de trabajadores que cubría las incidencias, aumenta satisfacción , disminuye las escalas)				
29	ESTUDIO SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL PAÍS VASCO	PAMPLONA ESPAÑA	El presente estudio se llevó a cabo con el fin de estudiar los niveles y la prevalencia de burnout en profesionales de enfermería de CP, y detectar aspectos que determinen el riesgo de burnout.	El estudio se llevó a cabo con una muestra de enfermeras dedicadas a CP y un grupo control de enfermeras de los mismos hospitales y otras unidades de hospitalización. Se diseñó un cuadernillo de recogida de datos con un cuestionario de burnout (MBI), una escala de apoyo social percibido y un cuestionario de satisfacción laboral además de una serie de variables sociodemográficas. La escala de apoyo social percibido de Reig y Caruana (Reig y Caruana, 1987) forma parte de una batería de estrés profesional y explora la percepción de disponibilidad de consejo, apoyo, información y ayuda. Consta de 11 ítems con respuestas que van de 1 ("nunca dispongo de ese apoyo") a 4 ("siempre dispongo de ese	2009	El Maslach Burnout Inventory es un cuestionario autoadministrado de 22 ítems con respuestas tipo Likert, que van de 0 ("nunca") a 6 ("todos los días") sobre afirmaciones de sentimientos y actitudes del profesional y mide las tres variables que componen el burnout, cansancio emocional, despersonalización y realización personal propuestas por las autoras. Para el estudio se empleó una versión dirigida a profesiones de ayuda y validada en población sanitaria. Para su	Participaron 105 enfermeras en el estudio, 64 de CP. Además en los mismos centros en los que había UCP se eligieron otras unidades diferentes en las que también se realizó el estudio entre las enfermeras. El procedimiento fue el mismo en todas las unidades. Participaron en el estudio 64 profesionales de enfermería de UCP y 41 profesionales de enfermería de otras	CAUSAS REALCIONADAS CON LA TAREA: PROFESION- DESPERSONALIZACION: Al comparar los grupos de auxiliares y enfermeras se han encontrado niveles y prevalencia de Burnout similares, aunque las auxiliares presentan una mayor prevalencia de alta despersonalización, cercana al 50%. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • CANSANCIO EMOCIONAL- FALTA DE FORMACION, CAPACITACION: Por otro lado se ha encontrado que la falta de formación está relacionada con un mayor cansancio emocional ($p \leq 0,003$) y una menor realización personal ($p \leq 0,031$) • APOYO SOCIAL: Prácticamente todos los profesionales perciben apoyo social y/o personal. Cerca del 80% de los profesionales de los dos grupos expresan que disponen siempre o con una frecuencia saludable (al menos alguna vez al mes) de alguna persona en quien confiar sentimientos (ítem 1), que se interese por ellos (ítem 2), que les consuele o anime cuando están preocupados con problemas (ítem 3) o que les pueda informar sobre cómo hacer algo (ítem 8). • SATISFACCION LABORAL CON SUPERVISORES, SUPERIORES, ENTORNO FISICO. Y ESPACIO DE TRABAJO: También se observa una mayor satisfacción laboral en las enfermeras de Cuidados Paliativos, con diferencias estadísticamente significativas, en la línea de que se encuentran más satisfechas con los superiores y la supervisión, más satisfechas en cuestiones laborales y encuentran bastantes o muchas satisfacciones en su trabajo. Además se encuentran más insatisfechas con el entorno físico y el espacio de trabajo. Se ha observado igualmente que existe relación entre la satisfacción con la participación y la supervisión y el hecho de realizar reuniones periódicas de equipo. Parece de este modo que no es tan duro el hecho de trabajar en Cuidados Paliativos como se esperaba encontrar, dado que no hemos encontrado diferencias significativas en los grupos de enfermeras estudiados. Sin embargo nos sorprende que las enfermeras de Cuidados Paliativos no	ORGANIZACIONAL- AGOTAMIENTO EMOCIONAL- FALTA DE CAPACITACION (se ha encontrado que la falta de formación está relacionada con un mayor cansancio emocional ($p \leq 0,003$)) • BAJA REALIZACION PERSONAL- FALTA DE CAPACITACION • DESPERSONALIZACION- PROFESION:(auxiliar es de enfermería)			56. Martínez M, Centeno C, Sanz-Rubiales A, Del Valle ML. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. Rev Med Univ. Navarra [Revista en la internet] 2009 [Citado 2011 Mayo 13]; 53(1) 3-8. Disponible en: www.unav.es	56

			<p>apoyo"). Tiene una buena consistencia interna y una fiabilidad test-retest de 0,72 (Ribera y cols, 1993). El cuestionario de satisfacción laboral es una versión S20/23 del cuestionario de Peiró y cols (Peiró y Meliá, 1998). Consta de 23 ítems que exploran la satisfacción con la supervisión, el ámbito físico, las prestaciones, la satisfacción intrínseca y la satisfacción con la participación. La fiabilidad de la escala total muestra un alfa de 0,92, con factores que oscilan entre 0,76 y 0,89, por lo que ofrece una validez elevada (Meliá y Peiró, 1989). Se realizó un estudio piloto en 30 profesionales de la A continuación se procedió a realizar el estudio propiamente dicho y para ello se acudió a todas las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) de País Vasco. El listado de estas Unidades se extrajo del Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos editado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (Centeno y cols; 2000)¹⁰. Se localizaron un total de seis Unidades de Cuidados Paliativos, UCI con una tasa de respuesta del</p>	<p>interpretación se consideran niveles de burnout los valores medios de cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Existen además unos criterios normativos para muestras de profesionales de la salud (Gil-Monte, 2000). Se considera prevalencia de burnout el tener uno o más factores alterados en un profesional, basándonos en otros estudios que han utilizado este criterio (Ramírez, 1995).</p>	<p>unidades de los mismos hospitales.</p>	<p>tengan índices de burnout más bajos como se ha encontrado de manera repetida en los estudios anglosajones. Hasta ahora y de manera constante la literatura científica aseguraba que el profesional de enfermería que trabaja en cuidados paliativos tenía menor cansancio emocional, menor despersonalización y mayor realización personal que sus compañeros que trabajan en otros equipos diferentes. Sin embargo en las enfermeras de unidades de cuidados paliativos del País Vasco, los niveles de burnout y la prevalencia del síndrome de burnout fue similar a la de otros profesionales que no trabajaban en cuidados paliativos.</p>					
--	--	--	--	---	---	---	--	--	--	--	--

				<p>55%. Además en los mismos centros en los que había UCP se eligieron otras unidades diferentes en las que también se realizó el estudio entre las enfermeras. El procedimiento fue el mismo en todas las unidades. Se contactó con el responsable médico y la supervisora de enfermería de cada unidad y se les explicó el procedimiento del estudio y la forma de entrega y recogida anónima de los cuadernillos que se entregaban en un sobre en blanco cerrado. Se hizo una primera entrega y dos posteriores a los 15 días al cabo de un mes. Además se mantuvo contacto telefónico y por Fax con los responsables con el fin de recordarles las entregas y recogida del material. Participaron en el estudio 64 profesionales de enfermería de UCP y 41 profesionales de enfermería de otras unidades de los mismos hospitales. Para el análisis y tratamiento de los datos se empleó el programa estadístico SPSS.12 (Pérez, 2001) 11. Para la descripción de las variables cualitativas se calcularon las frecuencias absolutas y las frecuencias relativas. En las</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				variables cualitativas se evaluó inicialmente el tipo de distribución para poder aplicar las correspondientes pruebas paramétricas o no paramétricas. Para definir la distribución se determinaron medidas de tendencia central y de dispersión: media y desviación en caso de distribución normal; mediana, rango intercuartílico y límites en las variables no paramétricas.									
30	BURNOUT Y PRESCRIPCIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL	MADRID ESPAÑA	Hallar el grado de satisfacción laboral en una muestra de médicos asistenciales de una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (MATEPSS), determinando su relación con una serie de aspectos sociodemográficos y laborales y con su repercusión sobre la prescripción de incapacidad temporal.	Se realizó un estudio transversal en una muestra final de 156 médicos (muestra total de 250 médicos), repartidos por toda la geografía española de una MATEPSS, a los que se les aplicó el Maslach burnout inventory, y un cuestionario de elaboración propia que mide una serie de variables sociodemográficas. Sobre 131 médicos pertenecientes a la muestra mencionada anteriormente, se realizó un estudio sobre la influencia que el burnout y esas variables sociodemográficas podían ejercer sobre la prescripción de bajas laborales. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, realizándose dos métodos estadísticos diferentes. El primer método ("método 1" de ahora en adelante),	2009	Para el estudio del burnout se utilizó el Maslach Burnout Inventory (M.B.I)5, este cuestionario consta de 22 ítems con siete opciones de respuesta por toda la geografía española de una MATEPSS, a los que se les aplicó el Maslach burnout inventory, y un cuestionario de elaboración propia que mide una serie de variables sociodemográficas. Las escalas de cansancio emocional y la de despersonalización, determinan un mayor grado de burnout si	Se realizó un estudio transversal en una muestra final de 156 médicos (muestra total de 250 médicos), repartidos por toda la geografía española de una MATEPSS, a los que se les aplicó el Maslach burnout inventory, y un cuestionario de elaboración propia que mide una serie de variables sociodemográficas. Sobre 131 médicos pertenecientes a la	En la muestra formada por 156 médicos, y por el método "estadístico 1", FALTA DE RECURSOS MATERIALES Y CAPACITACION: el cansancio emocional alto se asoció significativamente ($p<0,25$), con la sensación de carencia de material, CAPACITACION: de formación y FALTA DE TIEMPO: tiempo para terminar sus tareas, no sentirse feliz en su trabajo, con desear cambiar de profesión, con que sus problemas laborales afecten habitualmente a su vida personal. El grado alto de despersonalización se asoció significativamente ($p<0,05$) con no sentirse feliz con su trabajo, con sentir que sus jefes se entrometen habitualmente en su labor con el deseo de cambiar de empresa. Aparecen como factores protectores frente a la despersonalización, ser mujer y trabajar exclusivamente en la mutua. La falta de realización personal se asocia significativamente ($p<0,05$), con tener la sensación de que sus superiores se entrometen habitualmente en su labor, con el deseo frecuente de cambiar de empresa para la que trabaja e incluso de profesión, con el sentimiento de no estar cumpliendo con sus expectativas profesionales y con la sensación de carencia en la formación recibida para el desempeño de sus funciones. Con respecto a la muestra de 131 médicos ("muestra 2", perteneciente a la muestra 1), las variables que afectan al burnout son prácticamente las mismas y la hiperprescripción de bajas laborales, se asocia significativamente ($p<0,05$), a la sensación de padecer carencia de tiempo y de medios humanos. Cuando utilizamos una regresión logística binaria por pasos condicional al coeficiente de significación ($p<0,05$) hacia delante, las variables que influyen en la hiperprescripción de bajas laborales son la sensación de carencia de tiempo y la sensación de que los jefes se entrometen habitualmente en sus tareas, si bien, este último factor actuaría como factor de	ORGANIZACIONAL• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- FALTA DE RECURSOS MATERIALES• BURNOUT- FALTA DE RECURSOS HUMANOS• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- FALTA DE CAPACITACION• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- SOBRECARGA LABORAL (falta de tiempo para terminar la tarea)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- SATISFACCION LABORAL (no sentirse feliz con el trabajo, y sentimiento de no cumplir con las expectativas profesionales)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (supervisión e intromisión del jefe)• AGOTAMIENTO EMOCIONAL – AMBIEGUEADAD DE	CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES: En la muestra formada por 156 médicos, y por el método "estadístico 1", el cansancio emocional alto se asoció significativamente ($p<0,25$), con, INFELIZ CON EL TRABAJO(SATISFACCION LABORAL): con no sentirse feliz en su trabajo, DESEO DE CAMBIO DE PROFESION: con desear cambiar de profesión y PROBLEMAS AFECTAN VIDA LABORAL: con que sus problemas	ORGANIZACIONAL• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- INSATISFACCION LABORAL• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- DESEO DE CAMBIAR DE PROFESION• DESPERSONALIZACION - INSATISFACCION LABORAL• DESPERSONALIZACION- DESEO DE CAMBIAR DE TRABAJO• BAJA REALIZACION PERSONAL- DESEO DE CAMBIAR DE PROFESION• BAJA REALIZACION PERSONAL- DESEO DE CAMBIAR DE TRABAJO• BAJA REALIZACION PERSONAL- INSATISFACCION PERSONAL• AUMENTO DE INCAPACIDAD	Diana Domínguez D. Ismael S. Burnout y prescripción de incapacidad laboral temporal. Rev Med. segur. trab. [revista en la Internet] 2009 [citado 2011 Mayo 13]:55(215):72-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000200007&lng=es . doi: 10.4321/S0465-546X2009000200007	57

				<p>consistente en: primero, se realizó un estudio descriptivo de las variables recogidas. En segundo lugar, con objeto de hallar los factores que se encuentran asociados de manera independiente entre las diferentes variables realizamos un test de Chi cuadrado y a continuación, con aquellas variables que resultaron ser significativas ($p < 0,05$), realizamos un estudio de regresión logística binaria siendo la variable dependiente cada una de las tres que se refieren al síndrome de burnout y las covariables las variables sociodemográficas. Cuando se obtenía un coeficiente de una variable con una significación mayor de 0.25, ésta era eliminada del modelo obteniéndose una tabla que era la que finalmente se comentaba. En estos modelos se llevó a cabo el cálculo del test de bondad ajuste de Hosmer-Lemeshow que nunca dio significativo. El segundo método estadístico ("método 2", de ahora en adelante), consistía en una regresión logística por pasos condicional al estadístico de significación.</p>	<p>la puntuación es mayor mientras que la de realización personal refleja mayores niveles de burnout conforme la puntuación es menor. Los resultados obtenidos deben compararse con otros estudios para poder llegar a conclusiones ya que la puntuación de cada escala no es informativa por sí sola. Para este estudio se ha escogido como puntos de corte el tercer cuartil para cansancio emocional y despersonalización situados en una puntuación de 28 y 12 respectivamente y el primer cuartil para la realización personal situado en 34. De esta forma se categorizaron las escalas en alto-no alto. Este sistema, seguido también por otros autores</p>	<p>muestra mencionada anteriormente, se realizó un estudio sobre la influencia que el burnout y esas variables sociodemográficas podían ejercer sobre la prescripción de bajas laborales.</p>	<p>protección. En nuestro estudio no hallamos relación estadísticamente significativa entre el síndrome de burnout y la prescripción de bajas laborales.</p>	<p>ROL (sensación de carencia en la formación recibida para el desempeño de sus funciones) • BAJA REALIZACIÓN PERSONAL- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (supervisión e intromisión del jefe)</p>	<p>laborales afecten habitualmente a su vida personal. El grado alto de despersonalización se asoció significativamente ($p < 0,05$) con INFELIZ CON EL TRABAJO: no sentirse feliz con su trabajo DESEO DE CAMBIO DE EMPRESA: con el deseo de cambiar de empresa La falta de realización personal se asocia significativamente ($p < 0,05$), DESEO DE CAMBIO DE EMPRESA Y PROFESION: con el deseo frecuente de cambiar de empresa para la que trabaja e incluso de profesión, SENTIMIENTO DE NO CUMPLIR LAS EXPECTATIVAS (SATISFACCIÓN PERSONAL) : con el sentimiento de no estar cumpliendo con sus expectativas profesionales .</p>	<p>LABORAL- HIPERSPRESCIPCIÓN DE BAJAS LABORALES O INCAPACIDADES LABORALES (por parte de los médicos) • <u>COMPONENTALES</u> • PROBLEMAS LABORALES AFECTAN VIDA PERSONAL</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

					es diferente a la escala propuesta por los autores del MBI, donde los puntos de corte coinciden con el tercer tercil.				Las variables que afectan al burnout son prácticamente las mismas y la hiperprescripción de bajas laborales, se asocia significativamente ($p < 0,05$), a FALTA DE TIEMPO Y RECURSOS HUMANOS: la sensación de padecer carencia de tiempo y de medios humanos. CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES: el cansancio emocional alto se asoció significativamente ($p < 0,25$), PROBLEMAS AFECTAN VIDA LABORAL: con que sus problemas laborales afectan habitualmente a su vida personal.		
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

31	PREVALENCIA DE DESGASTE PROFESIONAL Y PSICOMORBILIDAD EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA SANITARIA DE MADRID	MADRID ESPAÑA	El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia y distribución del síndrome de desgaste profesional entre los facultativos de AP de un área sanitaria de Madrid, cuantificar su asociación con el deterioro del nivel de salud mental del profesional y con la percepción que éste tiene sobre la calidad de la asistencia prestada, y valorar las relaciones del síndrome con variables sociodemográficas y laborales.	Cuestionario anónimo autoadministrado que incluye: el Maslach Burnout Inventory (mide el desgaste profesional); el GHQ-28 (detección de una posible enfermedad mental); encuesta sobre datos sociodemográficos, laborales, conductas no saludables, consumo de medicamentos y percepción de calidad de la asistencia y riesgo de errores médicos en relación con la presión en el trabajo, y pregunta abierta sobre las causas de estrés laboral. • Cuestionario GHQ-28: validado por Lobo et al, que mide los cambios recientes ocurridos en la salud mental del individuo. Consta de cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión aguda), y es útil para la detección de posibles trastornos psiquiátricos no psicóticos. Se traduce en una variable continua cuyo punto de corte es 5/6 (valores ≥ 6 son positivos). • Cuestionario de elaboración propia, que recoge aspectos sociodemográficos, formativos, características del puesto de trabajo, antigüedad, carga de	2003	Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión castellana, que valora el desgaste profesional en las dimensiones de CE, DP y RP. <i>El resultado de este cuestionario se obtiene en tres variables numéricas (una por cada dimensión), con los siguientes puntos de corte: CE bajo, ≤ 18, CE medio de 19-26 y CE alto, ≥ 27; DP bajo, ≤ 5, DP media de 6-9 y DP alta, ≥ 10, y RP, baja ≤ 33, RP media de 34-39 y RP alta, ≥ 40 (RP funciona en sentido inverso a las otras dos escalas).</i>	La población de estudio fueron los 244 médicos de familia y pediatras que ejercían su trabajo asistencial en el Área 8 de AP de Madrid durante los meses de abril a junio de 2001. Como criterio de exclusión se establecieron ser médico residente y encontrarse incapacitado temporal.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: CANSANCIO EMOCIONAL - ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ACTUAL: Las variables que en el análisis logístico multivariante se asociaban con cada subescala fueron: para CE, los años trabajados en el puesto actual (más de 5 años) CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL: BURNOUT- PRESION EN EL TRABAJO COMO CAUSA: Se encontró una asociación del desgaste profesional con los siguientes aspectos la percepción de que la presión en el trabajo produce con frecuencia una disminución de la calidad y la precipitación de errores médicos ($p < 0,01$); • PRESION (CAUSA) - CALIDAD EN LA ATENCION- ERRORES MEDICOS: El 36,8% de los médicos percibían que la presión de trabajo les llevó a disminuir su calidad asistencial «con frecuencia», y el 7,3% consideraba que le ha hecho disminuirla «siempre». De los anteriores, percibió riesgo de cometer un error médico con frecuencia el 30%, mientras que el 0,5% consideraba que existía un riesgo permanente. • PRESION - BURNOUT: Se apreció una diferencia entre los profesionales con BO (el 42,5% opinaba que la presión en el trabajo les llevó a disminuir «frecuentemente» la calidad de la asistencia, y un 10,5% opinaba que «siempre») y aquellos sin BO (23,7 y 0%, respectivamente; $p < 0,05$) (tabla 3). • BURNOUT – NUMERO DE PACIENTES(SOBRECARGA LABORAL): Se encontró una asociación del desgaste profesional con los siguientes aspectos tener más de 1.700 pacientes en el cupo ($p < 0,05$), una presión asistencial de 35-47 pacientes/día ($p < 0,05$). • BURNOUT –NUMERO DE PACIENTES(SOBRECARGA LABORAL): Se encontró una asociación del desgaste profesional con los siguientes aspectos tener más de 1.700 pacientes en el cupo ($p < 0,05$), una presión asistencial de 35-47 pacientes/día ($p < 0,05$) para médicos de familia y entre 30 a 40 pacientes/día para pediatras, tenían significativamente mayor BO ($p < 0,01$) y CE (tabla 4). SOBRECARGA LABORAL: La tasa de respuesta a la pregunta abierta sobre las causas sentidas de problemas o estrés en el puesto de trabajo fue del 68,4% (167 participantes de 196). El problema más mencionado, y con un valor ponderado muy destacado, fue el referido al exceso de carga laboral (presión asistencial excesiva/cupos excesivos) (tabla 6). • BURNOUT- HOSPITAL URBANO: CONTRATO FIJO: De acuerdo con el análisis bivariante, los trabajadores que ejercían en el ámbito urbano y los propietarios de plaza fija presentaban también mayor prevalencia de BO. Entre los pediatras con un mayor tiempo de asistencia diaria existía un mayor nivel de CE ($p < 0,01$). BURNOUT- CONTRATO FIJO: El análisis multivariante reflejaba que el desgaste profesional se asociaba a tener plaza en propiedad y ser facultativo de Equipo de	TAREA: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO(mas de 5 años)ORGANIZACIONAL: • BURNOUT- PERCEPCION DE EXCESO DE PRESION(a su vez la presión produce una disminución de la calidad y la precipitación de errores médicos) • BURNOUT- SOBRECARGA DE TRABAJO(tener más de 1700 pacientes en el cupo del médico, tener entre 35 – 47 pacientes al día para médicos de familia y entre 30 y 40 pacientes al día para pediatras) • BURNOUT- TIPO DE COTRATACION (tener plaza fija)	CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS: BURNOUT PSICOMORBILIDAD: Se encontró una asociación del desgaste profesional con los siguientes aspectos: una posible psicorborbilidad ($p < 0,01$); CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES: BURNOUT- ERRORES MEDICOS, DISMINUCION DE CALIDAD EN LA ATENCION COMO CONSECUENCIA: Se encontró una asociación del desgaste profesional con los siguientes aspectos la percepción de que la presión en el trabajo produce con frecuencia una disminución de la calidad y la precipitación de errores médicos ($p < 0,01$). BURNOUT- INCAPACIDADES LABORALES: Asimismo, la presencia de	ORGANIZACIONALES: • DISMINUCION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO • AUMENTO DE ERRORES MEDICOS • AUMENTO DE INCAPACIDAD LABORAL POR PSICOMORBILIDAD • COMPORTAMIENTOS: • AUMENTO DE ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS • CONSUMO DE MEDICAMENTOS(analgésicos, antidepresivos, ansiolíticos)	Molina Sigüero A; García Pérez, M; Alonso González, M; Cecilia Cermeño, P. Prevalencia de desgaste profesional y psicorborbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Rev Aten Primaria [Revista en la intert] 2003 [Citado 2011 Mayo 12]; 31(9):564-74. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=637373	58
----	--	---------------	--	---	------	---	--	---	---	--	--	---	----

				<p>trabajo, incapacidad temporal, hábitos no saludables, consumo de medicación y pregunta sobre la percepción del profesional de la influencia que la presión del trabajo ejerce sobre la calidad de la asistencia prestada. • Pregunta abierta invitando a enumerar los problemas que identifica el profesional en su trabajo como causantes o desencadenantes de mal funcionamiento o de estrés, indicados de mayor a menor relevancia. Se consideró tanto el número de veces que se mencionó cada problema como un valor ponderado en función del lugar que ocupaba en cada cuestionario (10 puntos al primer problema, 1 al décimo). Se realizaron dos estudios piloto, sin que se observaran dificultades en su comprensión. • Análisis de los datos Los datos se introdujeron en una base de datos de DBASE IV y posteriormente fueron analizados mediante el paquete estadístico SAS. Para comparar las características principales de la muestra estudiada con la población de médicos y pediatras del Área 8 de AP se utilizó una fuente</p>			Atención Primaria (EAP).		<p>desgaste profesional se asociaba con un porcentaje superior de bajas laborales por psicomorbilidad. CONSECUENCIAS EMOCIONALES COMPORTAMIENTALES: BURNOUT- CONSUMO DE MEDICAMENTOS: Asimismo, la presencia de desgaste profesional se asociaba con un mayor consumo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos.</p>		
--	--	--	--	---	--	--	--------------------------	--	---	--	--

				<p>secundaria de datos, suministrada por la Gerencia del Área 8 de AP. Se obtuvieron los valores medios y las desviaciones estándar de las variables CE, DP y RP, así como el porcentaje de sujetos con desgaste profesional alto para cada dimensión del mismo. Se compararon los valores medios y los porcentajes de cada categoría con la presencia o ausencia de BO mediante el test de la t de Student o de la χ^2, respectivamente. Para valorar la tendencia se usó el test de tendencia de Cochran-Armitage. Se realizó un análisis logístico stepwise para valorar la relación entre BO y las variables con una posible implicación causal en el síndrome.</p>									
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

32	EL SÍNDROME DE BURNOUT: VARIABLES LABORALES, PERSONALES Y SICOPATOLÓGICAS ASOCIADAS	MEXICO	<p>El presente artículo tiene como meta aportar información acerca de los factores organizacionales y personales relacionados con un aspecto que podemos enmarcar dentro del ámbito más amplio del estrés laboral: el síndrome de burnout</p>	<p>Las variables incluidas en nuestro estudio relativas al síndrome de burnout a las diferentes psicopatologías fueron medidas con los instrumentos que se detallan a continuación. Los datos sobre burnout fueron recogidos mediante el Inventario "Burnout" de Maslach (MBI; Maslach y Jackson, 1986; Maslach y Jackson, 1997, para la versión y adaptación española realizada por Seisdedos -TEA). La evaluación de la psicopatología o sintomatología psíquica se llevó a cabo mediante la aplicación del SCLR-90-R de Derogatis (1983), cuya traducción y adaptación al español fue realizada por González de Rivera y De las Cuevas (1988). Tal escala consta de 90 ítems autodescriptivos que recorren síntomas relacionados con varios aspectos de la psicopatología, agrupándose en 9 subtests que incluyen las siguientes dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. La</p>	2001	<p>el Inventario "Burnout" de Maslach (MBI; Maslach y Jackson, 1986; Maslach y Jackson, 1997, para la versión y adaptación española realizada por Seisdedos -TEA). El cuestionario consta de 22 ítems, distribuidos en tres escalas denominadas: cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal en el trabajo (8 ítems). En el presente estudio se empleó la forma de frecuencia, según la cual los sujetos valoraron cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que identifican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita durante el último año. Esta escala de frecuencia tiene 7 puntos que van de 0 (nunca) a</p>	<p>.En la investigación participaron 120 sujetos (93 mujeres y 27 hombres) de edades comprendidas entre los 21 y 58 años (con una media de 37,35 años y una desviación típica de 7,79), profesionales del Complejo Hospitalario de Albacete, de los cuales 40 están vinculados al Servicio de Salud Mental, 40 al Servicio de Atención Primaria y 40 a diferentes servicios de Atención Especializada (ginecología, cardiología y pediatría).</p> <p>CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA• TIPO DE SERVICIO (BAJA COMPLEJIDAD- SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA); PREDICTORES DE CANSANCIO EMOCIONAL Y DESPERSONALIZACIÓN: En este sentido, los datos revelan que existen diferencias significativas entre los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria respecto a los profesionales de la Atención Especializada, a la hora de predecir el desarrollo de cansancio emocional y de despersonalización. • REALIZACIÓN PERSONAL- TIPO DE SERVICIO-no se encuentra influida por el tipo de servicio prestado en la sanidad. Al considerar como variable criterio el cansancio emocional, las variables capaces de explicar de forma significativa la varianza en esta dimensión del burnout fueron: CANSANCIO EMOCIONAL-ANTIGÜEDAD REALIZANDO LA TAREA: el tiempo en la profesión ($F = -0,448$; $F = 8,257$; $p < 0,01$). CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL• TIPO DE CONTRATO FIJO Y CONTRATO EVENTUAL PREDICTIVO DE CANSANCIO EMOCIONAL: El tipo de contrato presentó un coeficiente F de $-0,262$ ($F = 9,280$; $p < 0,01$), siendo la categoría de trabajadores formada por los médicos internos residentes (MIR), los psicólogos internos residentes (PIR) y aquellas personas seleccionadas desde una bolsa de trabajo, con el fin de realizar alguna suplencia, el grupo que obtuvo una media más baja en cansancio emocional ($M = 10,67$; $Dt. = 6,65$), en comparación con los trabajadores fijos ($M = 22,43$; $Dt. = 12,69$) y contratados ($M = 23,90$; $Dt. = 10,63$).• REALIZACIÓN PERSONAL-TIPO DE CONTRATO: no se encuentra influida por el tipo de contrato que el trabajador mantiene con la organización.</p>	<p>TAREA• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA• ORGANIZACIONAL• AGOTAMIENTO EMOCIONAL- TIPO DE CONTRATACION (contrato fijo y eventual por realizar alguna suplencia)</p>	<p>CONSECUENCIAS EMOCIONALES- COMPORTAMIENTALES: BURNOUT REALIZANDO LA TAREA CON ENFERMEDAD SICOPATOLÓGICA: CANSANCIO EMOCIONAL: es el cansancio emocional la dimensión que mantiene relaciones con más problemas mentales. Los trabajadores que puntúan alto en esta variable, tienen a su vez, más Probabilidad de puntuar alto en psicopatologías como depresión, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide. DESPERSONALIZACIÓN : Una segunda observación relevante es que la dimensión de despersonalización mantiene</p>	<p>COMPORTAMIENTALES: AGOTAMIENTO EMOCIONAL CON:• DEPRESIÓN• OBSESIÓN – COMPULSIÓN• SENSIBILIDAD INTERPERSONAL• ANSIEDAD• HOSTILIDAD • IDEACIÓN PARANOIDE• PSICOTICISMO</p>	<p>Olmedo Montes M, Santed Germán M. A, Jiménez Tornero R, Gómez Castillo MI D. El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. Psiquis. [revista en la internet] 2001 [citado 2011 Mayo 13]; 22 (3): 117-129. Disponible en: http://www.psiquis.com/art/01_22_n03_A02.pdf</p>	59
----	--	--------	---	---	------	---	--	---	---	--	---	----

				<p>sintomatología descrita en los ítems es valorada por el sujeto mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 0 a 4. También se han considerado las variables sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, existencia, o no, de hijos, tipo de servicios prestados en la sanidad pública, situación laboral, años de experiencia en la profesión y años de experiencia en el trabajo actual. El presente estudio comenzó contactando con los distintos servicios del hospital a través de una carta explicativa en la que se exponían los objetivos del trabajo y los medios necesarios para conseguirlos. Posteriormente se mantuvo una entrevista con los jefes de servicio de las distintas especialidades con el fin de solicitar su permiso y colaboración para la aplicación de los cuestionarios. Una vez obtenido este requisito se contactó con los responsables de las distintas plantas para que entregaran el cuestionario a quien voluntariamente quisiera participar. Se informó del contenido y características del MBI y SCL-90-R a los psicólogos internos residentes (PIR),</p>	6 (todos los días).				<p>relaciones con tres tipos de estados patológicos: la hostilidad, la ideación paranoide y el psicoticismo. REALIZACIÓN PERSONAL: Por último, también es relevante apuntar que el factor de realización personal no se encuentra asociado a ningún problema mental.</p>		
--	--	--	--	---	---------------------	--	--	--	---	--	--

				<p>quienes colaboraron en la recogida de cuestionarios por servicios. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 9.0 para Windows, recurriendo al análisis de regresión para establecer un modelo explicativo-predictivo a partir de distintas variables laborales y personales con relación a las puntuaciones obtenidas en el MBI. El método de regresión elegido para tal fin fue el escalamiento óptimo, dado que la mayoría de las variables que se toman como predictivas son de tipo categórico y de varios valores cada categoría. Por otro lado, la asociación existente entre las distintas psicopatologías y las dimensiones que engloba el síndrome de burnout se analizan mediante correlaciones de Pearson.</p>									
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

33	EL BURNOUT PERCIBIDO O SENSACIÓN DE ESTAR QUEMADO EN PROFESIONALES SANITARIOS: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS	GIRONA - ESPAÑA, LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA FUE ARGENTINA.	1. Estudiar la prevalencia del síndrome de burnout percibido, mediante una medida simple autoinformada de burnout; analizando su asociación con las escalas del MBI. 2. Estudiar los factores demográficos y laborales asociados al burnout percibido. 3. Relacionar el burnout percibido con aspectos y valoraciones de la esfera personal y laboral.	Se les administró un cuestionario "on line" a través del portal sanitario Intramed para medir características, percepciones y valoraciones personales y laborales, una pregunta simple para evaluar la percepción de burnout ("¿se siente usted <<quemado>> o con síndrome de Burnout?") y el MBI. Los cuestionarios se cumplimentaron vía online, accediendo a través del portal de internet "Intramed" en la dirección www.intramed.net y protegidos con contraseña, de tal forma que para acceder era imprescindible registrarse previamente y obtener las claves de acceso. Una vez completada y validada la encuesta el acceso quedaba bloqueado impidiendo que una misma persona registrada cumplimentara más de una encuesta. Los resultados se describen en frecuencia y porcentaje cuando la variable es cualitativa, y en media y desviación típica si es cuantitativa. La clasificación por tertiles se realiza según los resultados obtenidos en la muestra sujeta a estudio, sin recurrir a	2008	Se utiliza el MBI para el estudio del Síndrome de Desgaste Profesional. El MBI consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Este cuestionario tiene tres dimensiones: Cansancio Emocional con 9 ítems, refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás; Despersonalización con 5 ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes; y Realización Personal con 8 ítems expresa sentimientos de competencia y éxito, y en	La muestra está formada por 6150 profesionales sanitarios latinoamericanos (principalmente de Argentina pero con representación de México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y España, entre otros) con un 52.7% de varones y una edad media de 42.4 años. El país de origen es Argentina en 4063 registros (66,1%), México en 559 (9,1%), Ecuador en 381 (6,2%), Perú en 262 (4,3%), Colombia en 167 (2,7%), Uruguay en 156 (2,5%), Guatemala en 103 (1,7%), España en 74 (1,2%) y el resto de países aporta el 1% o menos de la muestra, incluyendo	CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • PERCEPCION DE BURNOUT- TURNOS: Hay un mayor número de profesionales que se sienten "quemados" entre los que declaran, en quienes hacen guardias dentro de sus obligaciones laborales. • BURNOUT- VALORACION DE TRABAJO POR PACIENTES: Entre los trabajadores sanitarios que no se sienten valorados por los pacientes, o por los familiares de los pacientes, o por los compañeros de trabajo, o por los jefes, más de la mitad se catalogan afectados de síndrome de burnout, disminuyendo esta cifra a un tercio entre los trabajadores que se sienten valorados en las tres primeras variables y a un cuarto en la valoración de los jefes. • SENTIRSE VALORADO- MEJOR REMUNERACION- BURNOUT: El considerarse valorado por las otras personas, el optimismo y la mejor evaluación de la situación económica tienen un efecto protector para la sensación de "estar quemado".	ORGANIZACIONAL: • BURNOUT- TRABAJAR POR TURNOS • BURNOUT – BAJO RECONOCIMIENTO POR LA TAREA REALIZADA (por parte de los pacientes, compañeros o jefes) • BURNOUT- PERCEPCION DE SALARIO (mejor evaluación económica, tiene efecto protector sobre el Burnout)	CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES: PERCEPCION DE BURNOUT- INCAPACIDAD LABORAL: (Hay un mayor número de profesionales que se sienten "quemados" entre los que declaran, haber estado de baja laboral en el último año por problemas físicos de salud) • BURNOUT- ERRORES MEDICOS: (errores asistenciales) • BURNOUT- INTENCION DE ABANDONAR LA PROFESION	ORGANIZACIONALES: PERCEPCION DE BURNOUT- INCAPACIDAD LABORAL: (Hay un mayor número de profesionales que se sienten "quemados" entre los que declaran, haber estado de baja laboral en el último año por problemas físicos de salud) • BURNOUT- ERRORES MEDICOS: (errores asistenciales) • BURNOUT- INTENCION DE ABANDONAR LA PROFESION	Grau A, Flichtentrei A, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. El Burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. Rev Información Psicológica [Revista en la internet] 2007 [Citado 2011 Mayo 14](91-92)64-79. Disponible en: http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/Trabajo%20Burnout.pdf	60
----	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	---	----

				<p>puntos de corte "normativos" de otras poblaciones. Para cada variable cualitativa se compara la frecuencia de la sensación de "estar quemado" mediante el estadístico Chi Cuadrado. Para las variables cuantitativas se compara el valor de la media entre los participantes que se sentían "quemados" y los que no, mediante el estadístico T de Student para grupos independientes. El estudio multivariado se realiza mediante Regresión Logística utilizando el método Forward Wald, con un nivel de significación de 0,05 para la entrada de las variables en el modelo y de 0,10 para la salida. La variable dependiente es la percepción de estar afectado por el síndrome de Burnout. Se elaboran dos modelos, incluyendo en los dos las variables sociodemográficas y laborales, para evitar que la presumible potencia de la dimensión Cansancio Emocional disminuya la significación de evaluaciones y percepciones de interés clínico, con las que pudiera mostrar relaciones de colinealidad. Un modelo está dirigido a estudiar la asociación con las restantes</p>	<p>contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del Síndrome de Desgaste Profesional.</p>	<p>participantes procedentes de Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y otros. La mayor participación desde Argentina se explica por el hecho de que el portal electrónico a partir del cual se recogían los datos tiene allí su origen y principal difusión. Respecto a la titulación, 5375 (87,4%) son profesionales de medicina, 169 (2,7%) de enfermería, 146 (2,4%) de odontología, 123 (3%) de psicología, 80 (1,3%) de nutrición, aportando el resto de las titulaciones menos del 1% a la muestra, incluyendo kinesiología, bioquímica,</p>		<p>se asocia con una mayor prevalencia de síndrome de burnout percibido. La creencia de haber cometido errores asistenciales relacionados con las condiciones del trabajo expresa una alta significación en el estudio bivariado pero la pierde en el estudio multivariado. Se observa que la mayoría de la muestra se decide por un término medio admitiendo que alguna vez han cometido errores asistenciales, mientras que son pocos los profesionales que consideran que los cometen con frecuencia, incluso entre los que se sienten quemados. En cambio, en estudios previos con el MBI, el error asistencial se ha asociado a niveles altos</p>			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

				<p>percepciones y evaluaciones subjetivas personales y laborales, y el otro modelo está dirigido a estudiar la asociación con las dimensiones del MBI. El procesamiento de los datos se realiza con el paquete estadístico SPSS 12.0.</p>			<p>farmacia y gestión entre otras.</p>			<p>en todas las dimensiones, especialmente a Despersonalización (Shanafelt, Bradley, Wipf y Back, 2002; West y cols.,2006). PERCEPCION DE BURNOUT-ABANDONO DE PROFESION: el planteamiento de abandono de la profesión, se asocia con una mayor prevalencia de síndrome de burnout percibido. CONSECUENCIAS COMPORTAMENTALES-EMOCIONALES: PERCEPCION BURNOUT-CONSUMO DE SICOFARMACOS: Hay un mayor número de profesionales que se sienten "quemados" entre los que declaran, consumidor de psicofármacos (tranquilizantes o antidepresivos) con asiduidad.</p>		
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

										<p>BURNOUT- CONDICIONES LABORALES QUE INTERVIENE N EN RELACIONES FAMILIARES: A medida que aumenta la intensidad de la atribución a las condiciones laborales de un deterioro de la situación familiar y personal, también se incrementa progresivamen te el número de trabajadores sanitarios que se sienten "quemados", con diferencias entre los extremos (de nada a mucho) que superan porcentajes del 50%.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34	DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE CARTAGENA, COLOMBIA	CARTA GENA COLOMBIA BIA	Determinar la prevalencia del desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de cuatro instituciones de salud de Cartagena, Colombia	<p>se diseñó un estudio analítico transversal. El desgaste profesional se cuantificó con la versión española de la escala Maslach Burnout Inventory. Mediante regresión logística se controlaron las variables asociadas a desgaste profesional. Los participantes diligenciaron un cuestionario anónimo en el sitio de trabajo, previa información de los objetivos del estudio y la forma de diligenciamiento. El cuestionario solicitaba información demográfica e incluyó la Escala de Satisfacción en el Trabajo (30) y una versión modificada de la escala de Maslach para desgaste profesional. La escala cuantifica agotamiento emocional, despersonalización y ausencia de realización en el área profesional (Maslach Burnout Inventory) (31).</p> <p>La Escala de Satisfacción en el Trabajo consta de quince puntos que indagan sobre la satisfacción personal, intrínseca y extrínseca, con la práctica laboral. La escala brinda un patrón de respuesta politómico, con siete opciones de respuesta que da puntuaciones</p>	2010	La versión modificada de la escala de Maslach para desgaste profesional cuenta con quince puntos con respuestas dicotómicas. Da puntuaciones entre 0 y 15, a mayor puntuación mayor desgaste profesional, y se aceptó que las puntuaciones a partir de 9 o más indicaban desgaste profesional. El inventario original muestra un desempeño psicométrico adecuado en otras poblaciones. Para confirmar ese desempeño, en el presente estudio se calculó el coeficiente de la fórmula 20 de Kuder-Richardson que es la técnica más adecuada para estimar la consistencia interna de una escala con respuestas dicotómicas. La escala cuantifica agotamiento	Se solicitó la participación del personal de enfermería de doce instituciones con servicios de urgencias generales en la ciudad, y la participación de personal de enfermería mayor de edad que laboraba en el servicio de urgencia. Con una prevalencia esperada de 12,0% de desgaste profesional con margen del error de 5,0 y una probabilidad de error alfa del 5%, se calculó una muestra de 162 personas. A partir de este tamaño de muestra se podían explorar en un modelo multivariado con alta confiabilidad hasta cuatro variables	CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL Se concluye que la prevalencia del desgaste profesional es alta en el personal de enfermería que labora en servicios de urgencias de Cartagena. • BURNOUT- INSATISFACCION LABORAL: La insatisfacción laboral y la edad menor de 40 años se asocian significativamente a desgaste profesional. Se necesitan más investigaciones en este campo con muestras más amplias y que exploren un mayor número de variables personales y laborales.	ORGANIZACIONAL: BURNOUT-SATISFACCION LABORAL(insatisfacción laboral)		Cogollo-Milanés Z, Batista E, Cantillo Chanelly, Jaramillo Alicia, Rodelo Dalys, Merina Gary. Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. Aquichán [revista en la Internet]. 2010 Abril [citado 2011 May 20] ; 10(1): 43-51. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000100005&lng=en .	61
----	---	-------------------------	---	---	------	---	---	--	--	--	--	----

			<p>entre 1 y 7. Las puntuaciones totales son entre 15 y 105, a mayor puntuación mayor satisfacción. Se aceptó que las puntuaciones a partir de 80 o más indicaban alto grado de insatisfacción laboral (30). Esta escala mostró excelente desempeño psicométrico en otras poblaciones. Para corroborar las propiedades psicométricas de la escala se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach (32).</p> <p>La versión modificada de la escala de Maslach para desgaste profesional cuenta con quince puntos con respuestas dicotómicas. Da puntuaciones entre 0 y 15, a mayor puntuación mayor desgaste profesional, y se aceptó que las puntuaciones a partir de 9 o más indicaban desgaste profesional (31). El inventario original muestra un desempeño psicométrico adecuado en otras poblaciones. Para confirmar ese desempeño, en el presente estudio se calculó el coeficiente de la fórmula 20 de Kuder-Richardson que es la técnica más adecuada para estimar la consistencia interna de una escala con respuestas</p>	<p>emocional, despersonalización y ausencia de realización en el área profesional (Maslach Burnout Inventory).</p>								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				dicotómicas (33). Los datos se procesaron en el paquete estadístico para ciencias sociales para Windows (SPSS 13.0) (34). Todas las variables se dicotomizaron para el análisis. Se realizó análisis descriptivo, bivariado y multivariado. Se usó regresión logística no condicionada para ajustar las asociaciones. Se aceptaron como asociaciones significativas las que mostraron intervalos de confianza del 95% (IC95%) que no superaban la unidad. Para el modelo multivariado se siguieron las recomendaciones de Greenland (35). Al modelo final se le estimó la bondad del ajuste con la prueba de Hosmer-Lemeshow (36).									
35	INFLUENCIA DEL DESGASTE PROFESIONAL EN EL GASTO FARMACÉUTICO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	BARCELONA ESPAÑA	Determinar la influencia sobre el gasto farmacéutico por asegurado (GFPA) en atención primaria de salud de diversos factores relacionados con las características personales y profesionales de los médicos generales, y su nivel de desgaste profesional.	Estudio observacional transversal de 220 médicos de atención primaria de la provincia de Barcelona a quienes, por medio de entrevista directa, se administró un cuestionario validado y estructurado en dos partes: datos generales (sociodemográficos y profesionales), y desgaste profesional (Maslach Burnout Inventory [MBI]) en el año 2000. De forma paralela, se solicitaron	2003	El Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario fue validado por Maslach y Jackson, y su versión definitiva apareció en 1986. Se utilizó una versión traducida y validada de la original que ya ha sido utilizada en numerosos	La población de estudio estaba formada por los profesionales de 93 centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y de las comarcas del norte de la provincia: Barcelona ciudad, Maresme, Vallès			CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES: AUMENTO DE COSTOS: El estudio pormenorizado de las características sociodemográficas y de actividad de los profesionales mostró una asociación positiva con el GFPA en los siguientes	ORGANIZACIONALES: AGOTAMIENTO EMOCIONAL-AUMENTO DE COSTOS(mayor gasto farmacéuticos, por menos eficiencia en las prescripciones.)	Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C., Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. Rev Gac Sanit [revista en la Internet] 2003 [citado 2011 Mayo 21]; 17(6): 483-489. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000600009&Ing=es .	62

			<p>los datos de gasto farmacéutico de los profesionales participantes en las direcciones de atención primaria correspondientes. Se utilizaron datos procedentes de tres fuentes de información, de las cuales había dos que eran cuestionarios y una de actividad profesional: 1. Un cuestionario de datos generales que contenía preguntas sobre la situación personal y profesional de cada persona entrevistada. Para caracterizar la situación laboral se preguntaba si el tipo de contrato laboral era fijo o interino, los años de experiencia profesional y los que había trabajado en el centro que ahora se encontraba ejerciendo la actividad laboral. También se ha explorado si ejerce como médico en otros centros, públicos o privados. Para describir el centro donde el médico desarrollaba su actividad principal se preguntaba si se trataba de titularidad pública (ICS) o privada, reformado, y si estaba acreditado para la docencia de medicina de familia y comunitaria (MFyC). La última pregunta del cuestionario permitía al encuestado, si así lo deseaba, recibir el</p>	<p>estudios realizados en España. Se trata de un cuestionario de 22 ítems con 7 opciones de respuesta (escala Likert de 0 a 6), que contiene las siguientes subescalas: cansancio emocional (CE) (sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo); despersonalización (DP) (respuesta fría e impersonal hacia los pacientes), y realización personal (RP) (sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo). Las puntuaciones de la escala total se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems. Como puntos de corte se siguieron los criterios utilizados por otros autores. El percentil 75 divide las categorías en</p>	<p>Oriental, Valles Occidental, Osona, Bages y Berguedà. Estos centros fueron seleccionados porque representaban diferentes tipos existentes en la provincia de Barcelona y en función de una mejor organización de sus sistemas de información. Los sujetos estudiados debían cumplir los requisitos de ser médicos de atención primaria con más de 3 años de antigüedad y estar en el momento del estudio. Los odontólogos y los pediatras fueron excluidos. El total de médicos que cumplían estos criterios de los 93 centros participantes era de 220.</p>		<p>casos: GASTO FARMACEUTICO-CANSANCIO EMOCIONAL: cuando hay un nivel alto de cansancio emocional. El médico de familia soporta en mayor o menor intensidad tensiones en diferentes niveles de su actividad asistencial. La acumulación de tensiones va provocando un desgaste emocional que complica la toma de decisiones en el momento de la prescripción farmacéutica, lo que tiende a cerrar un círculo vicioso. De este modo, los profesionales con mayor desgaste profesional pueden, en ocasiones, compensar la falta de recursos psicológicos que esta situación comporta con una gestión menos eficiente del gasto farmacéutico</p>		
--	--	--	--	--	---	--	---	--	--

			<p>resultado de los cuestionarios de satisfacción y desgaste profesional.2. El Maslach Burnout Inventory (MBI).Datos de actividad.</p> <p>3.Las antiguas DAP nos proporcionaron los datos de gasto farmacéutico de los médicos generales de manera codificada.Se consideró que el método de encuesta por correo podía producir un sesgo en la respuesta que desvirtuase los resultados, por lo que se optó por la encuesta directa por entrevista personal o grupal. Para ello, se entrenó previamente a un equipo de psicólogos y estudiantes de último año de licenciatura de la facultad de Psicología Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona.Se entregó un sobre en blanco con los dos cuestionarios: datos sociodemográficos generales y desgaste profesional (MBI). Todos los médicos rellenaron los cuestionarios de manera individual y personalizada durante unos 25 min.Para la obtención del GFPA, que será la variable dependiente de este estudio, se tuvieron en consideración los datos económicos de gasto farmacéutico</p>	<p>alto y bajo. Las subescalas de cansancio emocional y despersonalización indican un mayor desgaste a mayor puntuación. La realización personal funciona en sentido inverso, y las puntuaciones bajas indican un mayor desgaste. <i>Para el análisis de las subescalas, se adaptaron los resultados a una escala de 0 a 100 mediante el porcentaje de puntos obtenidos sobre los posibles.</i></p>				de sus prescripciones .			
--	--	--	--	---	--	--	--	-------------------------	--	--	--

				<p>acumulado del profesional al final del año 2000 y el número de usuarios adscritos a su cupo en el mismo período. El índice de GFPA se obtuvo a partir del cociente entre ambas variables y se expresa en unidades monetarias (euros). El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete informático SPSS 10. Para identificar sesgos y determinar la estrategia de análisis se trabajó previamente con las variables de desgaste profesional, GFPA y cupo. El análisis de la varianza del cupo de pacientes del médico y el GFPA mostró una relación significativa ($p < 0,001$) inversamente proporcional. Los médicos con mayores cupos presentan un GFPA menor. El análisis del cupo y el desgaste profesional (comparación de medias con muestras independientes, t de Student) no mostró relación entre las dos variables. Con estas premisas decidimos la estrategia de análisis entre el desgaste profesional y el GFPA mediante la comparación de medias con muestras independientes (t de Student).</p>									
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

36	BURNOUT PREDICTS HEALTH BEHAVIORS IN AMBULANCE WORKERS	GRECIA	El propósito del presente estudio fue examinar la asociación entre las conductas de agotamiento y de la salud en una muestra de trabajadores de ambulancia.	347 trabajadores de ambulancias participaron en este estudio transversal. Los moderadores de serie de regresión múltiple fueron probados para examinar las asociaciones de agotamiento de la conducta alimentaria y el ejercicio, fumar y beber, controlar por edad, experiencia laboral, número de casos, y el apoyo social. El cuestionario auto-administrado junto con una invitación carta e información sobre el estudio fueron enviadas a todos los trabajadores de ambulancias registrados en el servicio de ambulancias en Norte de Grecia. La muestra final estuvo compuesta por 347 trabajadores de ambulancias, lo que representa una tasa de respuesta del 62%. Los participantes fueron 57% hombres, con una edad media de 33,8 años (SD = 5,9). Trabajaron durante un promedio de 5,8 (SD = 6,6) años de servicio de ambulancia, y durante 42 horas por semana (SD = 8). 57% los participantes estaban casados o convivían con su pareja. Burnout se evaluó mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta escala ha sido validada y se	2010	Burnout se evaluó mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta escala ha sido validada y se utiliza con profesionales de la salud griegos. <i>En este estudio sólo se utilizó la puntuación total de burnout</i> ($\square = 0,85$).	La muestra final estuvo compuesta de 347 trabajadores de ambulancias, lo que representa una tasa de respuesta del 62%. Los participantes fueron 57% hombres, con una edad media de 33,8 (SD = 5,9) años. Trabajaron durante un promedio de 5,8 (SD = 6,6) años en el servicio de ambulancia, y durante 42 horas a la semana (SD = 8). 57% de los participantes estaban casados o vivían con su pareja.			CONSECUENCIAS COMPORTAMENTALES Y EMOCIONALES EN ESTE CASO SI SON PREDICTORES: BURNOUT-MALOS HABITOS ALIMENTICIOS S: Los resultados mostraron que el agotamiento y la carga de trabajo de manera positiva predijo la comida rápida comidas por semana ($R^2 = 0.42$, $R^2 = 0.22$ \square , $F = .251$, $p < 0,05$). Burnout está relacionada con la alimentación poco saludable y la reducción de ejercicio de comportamiento en trabajadores de ambulancias. BURNOUT-EJERCICIO: mientras que el desgaste fue el único predictor realizar ejercicio semanalmente ($R^2 = 0.27$, $R^2 = 0.25$ \square , $F = .532$, $p < .01$). • BURNOUT Y CARGA DE	COMPORTAMENTALES: • BURNOUT-MALOS HABITOS ALIMENTICIOS (alimentación poco saludable (comidas rápidas), disminución de ejercicio.) • BURNOUT-CONSUMO DE ALCOHOL (en exceso socialmente)	Moustou I, Panagopoulou E, Montgomery Anthony J, Benos Alexios. Burnout Predicts Health Behaviors in Ambulance Workers. Rev The Open Occupational Health & Safety Journal [Revista en la internet] 2010 [citado 2011 Mayo 20]; 2: 16-18. Disponible en: http://www.benthamscience.com/open/toohsj/articles/V002/16TOOHSJ.pdf	63
----	---	--------	---	--	------	---	--	--	--	--	---	---	----

				<p>utiliza con profesionales de la salud griegos. En este estudio sólo se utilizó la puntuación total de burnout (alfa = 0,85). Las conductas de salud fueron evaluadas con un cuestionario construido con el propósito de evaluar el estudio de protección las conductas de salud y los comportamientos de alto riesgo. Comportamientos de alto riesgo incluso beber (frecuencia de consumo social, y en casa, beber unidades y socialmente consumidos en el hogar), el tabaquismo (cigarrillos por día), y la mala alimentación (comidas rápidas por semana). Las conductas de protección incluyen el ejercicio (hora de ejercicio por semana), la alimentación saludable (desayuno a la semana, número de comidas al día). El apoyo social se evaluó con el apoyo social sub-escala del Cuestionario de Evaluación de Leiden. Estos tres tipos de apoyo social (emocional, práctico, informativo) de diferentes proveedores (cónyuge, amigos, colegas, etc.), por ejemplo, "¿En qué medida Confie usted en cada una de las siguientes personas</p>					<p>TRABAJO-BEBER SOCIALMENTE: E: Burnout y carga de trabajo predijo positivamente la frecuencia de beber socialmente (R2 R2 = 0.39, $\chi^2 = 0,19$, F = 245, p <0,05). Burnout está relacionada con la bebida social excesivo en trabajadores de ambulancias. *BURNOUT-CANTIDAD DE CERVEZAS: mientras que el burnout fue el único predictor de la cantidad de alcohol consumida unidades social (R2 = 0.35, R2 = 0.33 χ^2, F = 577, p <.01). • APOYO SOCIAL-BEBER EN CASA: Por otra parte, la frecuencia de consumo en el hogar, y el número de bebidas consumidos en el hogar se predijo negativamente por el apoyo social (R2 = 0.29). (OSEA</p>		
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--

				<p>cada vez que tienen problemas emocionales. "El coeficiente de consistencia interna para la muestra de este estudio fue: $\alpha = .79$. La carga de trabajo se evaluó por la media de horas de trabajo por semana, mientras que el número de casos fue evaluado el número promedio de casos por semanas. Además, el total de meses de experiencia en el trabajo se evaluó. Los participantes recibieron el cuestionario conjunto con un sobre de devolución. Ellos fueron instruidos para regresar el cuestionario por correo sin ningún tipo de información sobre el remitente. La aprobación ética para el estudio fue obtenida del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de Aristóteles Universidad de Tesalónica. ANÁLISIS: INICIALMENTE se realizó análisis bivariado para examinar la asociación entre el burnout y las asociaciones de las conductas de salud. En segundo lugar, con el fin de examinar el papel de controlar el desgaste para la edad, el apoyo social, la experiencia de trabajo, número de</p>					<p>ENTRE MAS APOYO SOCIAL MENOS CONSUMO DE ALCOHOL). Falta de apoyo social se relaciona con el consumo excesivo en casa en los trabajadores de ambulancias. Este hallazgo podría sugerir que el consumo en diferentes se relaciona con diferentes necesidades personales o sociales. Por ejemplo, las personas quemadas son más propensas a beber socialmente después trabajo, mientras que en las personas de bajos recursos sociales son más propensos a beber solo en casa.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				casos, y horas de trabajo semanales, la regresión múltiple jerárquica modelo fue probado para cada comportamiento de la salud ha demostrado que se asoció significativamente con el burnout. La edad, la carga de trabajo, experiencia de trabajo se registraron en el primer paso, mientras que el agotamiento y el apoyo social se registraron en el segundo paso.								
37	ESTRÉS LABORAL Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO: SU RELACIÓN EN LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO"	VENEZUELA	Determinar si la presencia de altos niveles de Estrés Laboral y uso de Mecanismos de Afrontamiento no funcionales, influyen en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes.	Se evaluaron 150 médicos residentes, con edades comprendidas entre los 25 y los 43 años, de ambos sexos, civiles y militares, utilizando una Encuesta de Información General, el Cuestionario de Estrés Laboral de la OIT-OMS, el Cuestionario Maslach Burnout Inventory y el Cuestionario de Afrontamiento de Carver. Procedimiento. Con la base de datos donde se registraron todas las respuestas para los cuatro cuestionarios, se realizaron los diferentes cálculos para obtener las medias generales para cada prueba y para cada ítem, tanto en Excel como en el programa SPSS, versión 8.0, lo que permitió conocer las frecuencias para cada	2005	Instrumentos. Encuesta de información general. Cuestionario de Estrés Laboral de la OIT - OMS. Cuestionario validado Maslach Burnout Inventory (MBI) Para medir Burnout. Cuestionario de Afrontamiento.	De un total de 206 médicos residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", la muestra estuvo compuesta por 150 de ellos, con edades comprendidas entre los 25 y los 43 años, en cualquiera de sus años de residencia desde 1º a 5º, de ambos sexos, civiles y militares, y de todas las especialidades médicas y quirúrgicas del hospital. Se utilizó un muestreo no probabilístico, por	CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL ESTRÉS LABORAL Y USO DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO COMO CAUSAS DE BURNOUT En relación a la hipótesis general planteada, las variables nivel de Estrés Laboral y uso de Mecanismos de Afrontamiento no funcionales, lograron explicar en un 13% la aparición del Síndrome de Burnout. De las variables independientes utilizadas para predecir puntajes en la escala de Burnout, sólo la sub-escala de Afrontamiento no Funcional arrojó valores significativos. ESTRÉS LABORAL: Y CAUSAS DE ESTRÉS LABORAL: El 15% de los médicos residentes del HMCA (22 sujetos), consideró experimentar niveles importantes de Estrés Laboral, evidenciándose que del Cuestionario de Estrés Laboral las dimensiones correspondientes a: "parámetros organizacionales", "cohesión organizacional" e "influencia del supervisor" fueron consideradas como las mayores fuentes generadoras de Estrés Laboral. Esto señala dificultades en función de la estructura jerárquica que posee el Hospital Militar; donde las relaciones entre civiles y militares, adjuntos y residentes parecen estar caracterizadas por la rígida organización del trabajo, falta de colaboración estrecha, y malestar presente por el control social que se establece principalmente, por la obediencia y disciplina como requisitos de suma importancia una supervisión directa, reglas y sanciones estandarizadas, trato de carácter impersonal, etc.	ORGANIZACIONAL • BURNOUT-AFRONTAMIENTO NO FUNCIONAL • ESTRÉS LABORAL-CLIMA LABORAL(falta de colaboración y cohesión entre compañeros) • ESTRÉS LABORAL-ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL(supervisión directa, rígida, obediencia, disciplina)		Blandin J, Martínez Araujo D. Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Rev archivos venezolanos de psiquiatría y neurología. [revista en la internet] 2005 [citado 2011 Junio 6]; 51(104); 12-15. Disponible en: http://www.planetadoctor.com/documentos/BURNOUT/burn-venez.pdf	64

				una de las variables. Luego, se compararon los grupos por cada variable demográfica mediante un análisis de varianza. Se realizó una Correlación Múltiple entre los puntajes de cada sujeto para cada una de las subescalas de las variables del estudio, mediante el cálculo de la correlación Producto Momento de Pearson, con el fin de establecer relaciones entre las variables, a partir de las puntuaciones obtenidas por un mismo grupo de sujetos o muestra. Por último, se realizó un Análisis de Regresión Lineal para comprobar la hipótesis general.			conveniencia						
38	SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAL DE SALUD EN TRES INSTITUCIONES DE BOGOTÁ EN DICIEMBRE DE 2010	BOGOTÁ COLOMBIA	Estimar la prevalencia y los factores asociados del síndrome de burnout en el personal de la salud en tres instituciones de la ciudad de Bogotá durante el mes de diciembre de 2010.	Estudio de corte transversal, con el objetivo de identificar la prevalencia de SB, dimensiones que lo componen y factores asociados. Se utilizó cuestionario de variables socio demográficas y cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), con análisis descriptivo, bivariado y multivariado en SPSS.	2011	Instrumento MBI validado en Colombia: El instrumento MBI fue adaptado al castellano y validado en Chile por Esparza C., Guerra P., Martínez M., en 1995 y Figueroa M., Gutiérrez A., Hernández M., Setiein A., en 1997. En 1999 fue validado en Tenerife España por Gil-Monte PR. La validación en Colombia fue realizada por la	La población diana fue el personal de la salud de tres instituciones de la ciudad de Bogotá. Dos de ellas, fueron centros de atención ambulatoria y una entidad privada de carácter mixto hospitalaria y consulta externa. El personal accesible a la encuesta fueron todos los	Con respecto a los factores laborales aquellos más relacionados fueron: CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: TIEMPO EJERCIENDO LA PROFESION: un tiempo de ejercicio profesional menor a cinco años (OR 6,81; IC 0,69 – 7,01) (Tabla 8). • NUMERO DE EMPLEOS: el tener dos empleos (OR 2,33; IC 0,32-16,99). CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL: CONTRATO DE TRABAJO: el contrato de prestación de servicios (OR 8,73; IC 0,88 – 86,11). • TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO DESDE LA CASA: un tiempo de desplazamiento menor a 30 minutos (OR 8,47; IC 1,12 – 63,67).	TAREA: BURNOUT-EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (ejercicio profesional menor a 5 años) • BURNOUT-TRABAJAR EN VARIAS PARTES (el tener 2 empleos) • ORGANIZACIONAL: BURNOUT-TIPO DE CONTRATACION (contratación de prestación de servicios) • BURNOUT-UBICACIÓN DEL SITIO DE TRABAJO (tener un tiempo de desplazamiento menor a 30 minutos)			30. Rodríguez MG, Rodríguez R, Riveros AE, Rodríguez ML, Pinzón J. Síndrome de Burnout y Factores Asociados en Personal de Salud en tres instituciones de Bogotá en Diciembre de 2010. [tesis para obtener título de especialista en epidemiología] Bogotá: Universidad del Rosario, Universidad CES; 2010. Disponible En: Http://hdl.handle.net/10336/23899	30

					<p>Universidad de Antioquia (Restrepo N., Ayala G., Colorado Vargas G., Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. Revista Salud Pública. 8 (1): 63-73, 2006)27. Se aplicó la técnica de encuesta colectiva autodiligiencia con el acompañamiento del supervisor. En el año 2004, un grupo de psicólogos y profesores de la Universidad de Antioquia validaron el instrumento usando una muestra de 414 estudiantes universitarios. Se obtuvo una consistencia interna de 0,62 para agotamiento emocional, 0,72 para despersonalización y 0,76 para realización personal. El MBI opera con una escala tipo Likert de 0 a 6 juicios sobre</p>	<p>individuos que laboraban en las tres instituciones y que en el periodo de recolección se encontraban disponibles para responder el cuestionario. El tipo de contratación bajo el cual se encontraban laborando incluía prestación de servicios, contrato a término fijo y término indefinido. Población objetivo de estudioLa población elegible fueron las personas que quedaron después de aplicar los criterios de inclusión y que no estaban en proceso de formación académica (Residentes). La unidad de muestreo y de observación fue cada individuo del personal de la salud que</p>						
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

					<p>exactitud o no de una afirmación; para obtener su calificación se suman los valores obtenidos en cada pregunta. Determina el grado de manifestaciones del burnout en alto, medio y bajo; no establece un grado total de burnout porque los puntos de corte no han sido valorados empíricamente y pueden ser diferentes para cada país.</p> <p>Para el diagnóstico del síndrome de burnout se tiene en cuenta la existencia de un nivel alto en agotamiento emocional y despersonalización, y un nivel bajo en realización personal.</p>	<p>laboraba en cada entidad de la cual se obtuvo el respectivo marco muestral. Las unidades de análisis fueron las entidades de salud y el personal que laboraba en ellas. El muestreo que se usó fue un diseño probabilístico con el fin de poder inferir al universo de estudio. Se seleccionó cada individuo del personal de la salud con un muestreo aleatorio simple (MAS), después de haber estratificado la población según la institución a la que pertenecía.</p>						
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

39	ABSENTISMO ASOCIADO AL SÍNDROME DE BURNOUT. COSTE ECONÓMICO DEL ESTRÉS LABORAL ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL	ESPAÑA	Investigar la asociación entre el nivel de absentismo laboral y el síndrome de burnout.	Se midió el nivel de burnout mediante el cuestionario MBI, subescala de agotamiento emocional en un conjunto de 402 mujeres trabajadoras de un hospital privado. Se dividió la muestra en tres grupos de agotamiento emocional bajo, medio y alto. Al mismo tiempo se computó su absentismo por enfermedad durante cuatro años y medio y se analizaron las posibles asociaciones.	2004								CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES: Las personas de los grupos de agotamiento emocional medio y alto tuvieron mas número de procesos con baja laboral, y mayor número de jornadas perdidas que las personas del grupo de bajo agotamiento emocional, con diferencias altamente significativas ($p < 0,001$ para la asociación AE-número bajas y $p = 0,001$ para AE-jornadas perdidas). Cada punto de promedio de incremento en la subescala de agotamiento emocional se asoció con un incremento promedio de 1,73 jornadas perdidas por persona. Conclusiones: Se ha observado la existencia de asociación entre el nivel de burnout e incremento de	ORGANIZACIÓN: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- INCAPACIDAD LABORAL POR ENFERMEDAD(Cada punto de promedio de incremento en la subescala de agotamiento emocional se asoció con un incremento promedio de 1,73 jornadas perdidas por persona.)	Urrizola Hermoso de Mendoza J. Absentismo asociado al Síndrome de Burnout. Coste económico del estrés laboral asistencial en un hospital. Rev Mapfre medicina. [Revista en la internet] 2004 [citado 2011 junio 30];15 (3):págs. 193-198. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1065074	65
----	--	--------	---	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

										absentismo por enfermedad, incluso en niveles intermedios de burnout, sin que ello implique que la relación sea de causalidad.		
40	ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE BURNOUT EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE BADAJOZ	BADAJOZ - ESPAÑA	El objetivo de este trabajo es explorar el grado de desgaste profesional en una población sanitaria y establecer si existen diferencias en el mismo según diferentes variables personales como son: sexo, estado civil, profesión (médicos adjuntos, médicos residentes, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores) prolongación de la jornada laboral, tipo de contrato y número de años trabajando (experiencia laboral). El grado de desgaste profesional ha sido medido a través del MBI (Maslach Burnout Inventory) en su versión castellana (1986).	Los cuestionarios fueron entregados a los empleados de forma personalizada a través de una entrevista en la cual se le daban las instrucciones sobre cómo debían cumplimentarlos y se resolvían las dudas planteadas. Posteriormente los empleados depositaron los cuestionarios de forma anónima en un buzón que se preparó para tal fin. Análisis de los datos: Para alcanzar el objetivo planteado en la investigación se han efectuado diferencias de medias de las puntuaciones obtenidas en cada factor para cada grupo de variables objeto de estudio. Para el procesamiento y análisis de los datos se ha empleado el paquete estadístico SPSS-PC, versión 10 para Windows.	2004	Con la finalidad de obtener los datos de esta investigación se utilizó el Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) de Maslach y Jackson ³ (1986). Este cuestionario consta de 22 ítems tipo Likert en forma de afirmaciones referidas a las actitudes, emociones y sentimientos que el profesional muestra hacia el trabajo o sus clientes. Evalúa tres subescalas: de Agotamiento Emocional, de Despersonalización y de Logros Personales, de forma que altas	El estudio se realizó entre febrero y marzo del 2003 en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Infanta Cristina de la ciudad de Badajoz. Fue seleccionada una muestra de 106 trabajadores de ambos sexos, del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario "Infanta Cristina".	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: • NUMERO DE AÑOS REALIZANDO LA TAREA: (Tabla 10) En la variable número de años en el trabajo (Tabla 10) sólo existen diferencias significativas en Agotamiento Emocional y Despersonalización entre aquellas personas que llevan de 1 a 5 años trabajando y lo que llevan de 5 a 10 (F1: P=0,03183 t=-2,2071; F2 P=0,017346 t=-2,4595) y los de 1 a 5 con los que llevan más de 10 (F1: P=0,013107 t=-2,5521; F2: P=0,02850 t=-2,241). Sin embargo, no existen diferencias entre los sujetos que llevan de 5 a 10 años trabajando y los que llevan más de 10 (F1: P=0,90784 t=-0,11637; F2: P=0,75533 t=0,31337). Por tanto, parece existir un punto de corte a partir del cual aumenta el Agotamiento Emocional y la Despersonalización en el desarrollo del ejercicio profesional, este punto sería alrededor de los 5 años. No existen diferencias estadísticamente significativas en los Logros Personales en ninguno de los tres grupos. • PROFESION: (Tabla 3) Debido a que la influencia del tipo de profesión en el grado de burnout (Tabla 3) ha sido muy estudiada en numerosas investigaciones, vamos a realizar un cuadro resumen de cada factor con los resultados de las diferencias de medias en aquellos casos en que éstas resulten significativas. Los médicos residentes han obtenido la menor puntuación en el factor Agotamiento Emocional y esto podría estar modulado por otras variables como son el menor número de años que llevan trabajando, entusiasmo inicial y expectativas positivas, menor responsabilidad con el enfermo (en algunas ocasiones), nuevos aprendizajes dado que se trata de un periodo de formación, de transición desde las expectativas idealistas hacia la realidad de la práctica cotidiana y, en algunos casos, conocimiento de los resultados que obtienen sus esfuerzos. Las puntuaciones mayores son para los auxiliares de enfermería y enfermeros, pero las puntuaciones sólo son significativas con el grupo de médicos residentes. Los otros grupos	TAREA: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (llevar 5 años) • DESPERSONALIZACIÓN- EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA (llevar 5 años) • BURNOUT- PROFESION (auxiliares de enfermería, enfermeras) ORGANIZACIONAL: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- TIPO DE CONTRATACION (contrato de interinos) • BAJA REALIZACION PERSONAL- SOBRECARGA LABORAL (prolongar el tiempo de trabajo, aumenta la realización personal) (PROTECTO R)	CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS: el 7,54% (N= 8) refirió padecer insomnio. CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES: El 44,33% de los encuestados informó sobre la presencia de alteraciones psicofísicas los tres meses previos al estudio. El 19,81% (N=21) refirió ansiedad, el 13,20% (N= 14) refirió estrés, el 3,77% (N= 4) refirió depresión y	Castillo J, Rabazo MJ, Bartolomé S. Estudio exploratorio sobre Burnout en un servicio de urgencias de salud y enfermería [revista en la internet] 2004 [citado 2011 julio 1]. Numero 8. Disponible en: http://www.saludycuidados.com/numero8/sumario8.htm	66

					<p>puntuaciones en las dos primeras y bajas en la tercera orientan a la existencia del cuadro. La puntuación e interpretación de la escala la presentamos en la Tabla. En un principio este cuestionario puntuaba los 22 ítems afirmativos tanto en frecuencia como en intensidad, desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días), pero posteriormente se abandonó la valoración en intensidad debido a la alta correlación existente entre las dos apreciaciones. Comentaremos brevemente el contenido de los tres factores que componen el test: Agotamiento Emocional. (A. E.). Despersonalización. (D. P.). Sentimiento de inadecuación personal o falta de Logros Personales en las labores</p>	<p>también obtienen puntuaciones más bajas pero, las diferencias no se muestran significativas ni con los auxiliares de enfermería ni con los enfermeros. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • TIPO DE CONTRATO: Tipo de contrato (Tabla 9) . Con respecto a la variable tipo de contrato (Tabla 9) se pone de manifiesto que aquellas personas con contrato de interinos tienen mayor Agotamiento Emocional y los contratados menos puntuación en este mismo factor. Existen diferencias significativas entre el grupo de interinos y contratados (F1: $P=0,0014883$ $t=3,3136$) pero no entre interinos y fijos (F1: $P=0,093531$ $t=-1,7125$). En los otros dos factores, Despersonalización y Logro Personal, no existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada grupo de profesionales. No obstante, existe dificultad a la hora de interpretar este resultado pues, se sabe que la mayoría de las personas contratadas llevan menos tiempo trabajando, su categoría profesional es, en la mayor parte de los casos, la de médico residente y estos factores pueden ser iguales o más importantes que la situación laboral. Si nos limitamos a la variable "situación laboral", podríamos afirmar que los datos indican mayor grado de burnout en los casos que están en situación media (es decir, no se posee un contrato fijo pero, tampoco eventual).</p> <p>• PROLONGACION DE LA JORNADA LABORAL: (Tabla 8) En la variable prolongación de la jornada laboral (Tabla 8) no se encuentran diferencias significativas en Agotamiento emocional y Despersonalización (F1: $P=0,7018$ $t=-0,35919$ F2: $0,96064$ $t=0,049474$), sin embargo en el factor denominado Logro Personal las puntuaciones son más altas en aquellas personas que si prolongan su tiempo de trabajo, existiendo diferencias estadísticamente significativas con el grupo que no trabaja más tiempo de lo estipulado en su contrato ($P=0,0051416$ $t=2,8586$).</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>habituales. (P. A.). Además, la encuesta incluía un espacio abierto para que los sujetos informasen sobre la existencia o no de alguna alteración psicofísica (tipo estrés, ansiedad, insomnio, etc.) que en los tres meses anteriores hubiesen notado. Tabla nº 1.</p> <p>Puntuación del Maslach Burnout Inventory bajo---medio -- alto:DP < 6 ----6-9---- >9PA > 39 ----39-34-- ----< 34AE < 19----19-26-- ----> 26</p> <p>DesgasteDP: despersonaliza ción; PA: ausencia de logros personales, AE: agotamiento emocional.</p> <p>EN ESTE CASO NO HAY UN PUNTO DE CORTE QUE INDIQUE EL BURNOUT GENERAL.</p>							
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

41	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y LABORALES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD	MONTERÍA COLOMBIA	Estudiar la relación entre variables demográficas y laborales con el Síndrome de Burnout en una muestra de 99 profesionales de la salud de dos clínicas privadas de la ciudad de Montería (Costa Caribe, Colombia).	Los individuos fueron evaluados mediante un diseño correlacional de corte transversal y enfoque cuantitativo, en el cual se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para la detección del síndrome a través de las dimensiones de despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal. Inicialmente, se desarrolló el proceso de concertación y autorización de las clínicas en las cuales se ejecutó el estudio. Para ello, se solicitó la autorización de los sus directores y jefes de personal médico, quienes, posteriormente, notificaron a los profesionales asistenciales de las instituciones. Se establecieron reuniones informativas con los participantes del estudio acerca de las finalidades del mismo y se solicitó su participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado y el compromiso ético de reserva absoluta de la identidad de cada uno de los empleados que formaron parte del estudio. La aplicación del instrumento se cumplió entre los meses de octubre y noviembre del año 2009. Esta actividad	2010	Instrumentos. Las manifestaciones de Burnout fueron medidas mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), en su versión paraprofesionales asistenciales o de servicio sanitarios, originariamente desarrollado por Maslach y Jackson (1986), y posteriormente adaptada al idioma Español (Gil-Montes y Peiró, 1999). El MBI-HSS consta de 22 reactivos de respuesta tipo Likert de 7 opciones con puntos que van de 0 a 6 desde nunca, hasta todos los días. El MBI-HSS permite identificar tres manifestaciones específicas del síndrome tales como despersonalización (5 ítems; $m=6,04$ $\alpha=.79$), agotamiento emocional (9 ítems; $m=20,34$ $\alpha=.90$) y baja realización personal (8	La muestra estuvo conformada por 99 empleados del sector salud de la ciudad de Montería (Córdoba, Colombia). Los participantes fueron escogidos por medio de un muestreo intencional o muestreo a criterio (no probabilístico). La selección se basó en el juicio de idoneidad de los participantes para formar parte de la muestra (Robledo, 2005), producto de su vinculación profesional con dos clínicas privadas y su experiencia en el servicio de salud. En la selección se incluyó a todo aquel trabajador que se desempeñara como enfermero(a), médico o	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: - Variables como, la profesión, el nivel de formación, el nivel de dificultad de la labor y el desarrollo de más de un empleo, no mostraron valores significativos con las dimensiones del Síndrome de Burnout. CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • BURNOUT- SERVICIO DE EJERCICIO: El servicio clínico, al cual pertenecen los participantes, también mostró valores estadísticamente significativos en agotamiento emocional ($F = 3,607$; $p = ,000$) ($t = 13,855$; $p = ,000$) pero no señala valores estadísticos importantes con las otras sub-escalas de Burnout. Sin embargo, al comparar los diferentes servicios clínicos mediante la prueba t se hallaron diferencias con las otras dimensiones de Burnout, especialmente con el servicio de Hospitalización y de Ciren que ofrece valores significativos en agotamiento emocional ($t = 2,567$; $p = ,013$) y despersonalización ($t = 2,576$; $p = ,013$). Entre Urgencias y Cirugía también se hallaron diferencias respecto al agotamiento emocional ($t = -2,444$; $p = ,021$) y, finalmente, entre UCI adultos y Ciren se identificaron diferencias frente a la despersonalización ($t = -2,554$; $p = ,015$). • BURNOUT- NUMERO DE HORAS DE TRABAJO DIA(SOBRECARGA LABORAL): mientras que el número de horas dedicadas al trabajo diario sí mostró una correlación importante con el agotamiento emocional (Véase Tabla 3). La evaluación con el Coeficiente de Pearson permitió identificar relaciones significativas que señalan que entre más horas al día se desempeñe la labor de asistencia en salud (horas desempeñadas al día) menores son los niveles de rendimiento emocional de los empleados ($r = -0,269$ $p < ,01$). Sin embargo, las demás variables no mostraron relaciones con valores estadísticos significativos. En los profesionales de la salud, generalmente los horarios demandan un alto nivel de esfuerzos físicos, cambios en las rutinas de vida, en los ciclos de sueño y alimentación entre otros, que puede afectar sus ritmos de desempeño. Estas condiciones junto con el ejercicio de largas jornadas de trabajo continuo pueden asociarse de forma directa a la presentación de manifestaciones de fatiga que constituyen un elemento básico entre la sintomatología propia del Burnout. ***Variables como, las relaciones sostenidas con el equipo de trabajo, no mostraron valores significativos con las dimensiones del Síndrome de Burnout.	ORGANIZACIONAL: AGOTAMIENTO EMOCIONAL- SITIO DE TRABAJO (servicios clínicos, hospitalización) DESPERSONALIZACIÓN – SITIO DE TRABAJO (hospitalización) AGOTAMIENTO EMOCIONAL- SOBRECARGA DE TRABAJO (entra más horas se desempeñen al día se cansa emocional, en este estudio la población labora 7,46 horas día en general)		Ávila Toscano J, Gómez Hernández L, Montiel Salgado M. Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. Rev Pensamiento Psicológico [revista en la internet] 2010 [citado 2011 Jun 30] 8(15): 39-51. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/iniicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80115648004	67
----	---	-------------------	---	--	------	---	---	---	--	--	--	----

				<p>se realizó de forma individual y autoaplicada dentro de los espacios de descanso médico, de forma que no interfiriera con el desempeño de su actividad y que pudieran dedicarle tiempo al diligenciamiento del instrumento. De igual manera, se recogió la información demográfica y laboral de los participantes mediante la ficha diseñada para tal fin. Análisis de datos. La información fue procesada mediante análisis descriptivo con el software SPSS 17.0, a partir del cual se realizó un cálculo de las frecuencias para las respuestas en las tres dimensiones de Burnout evaluadas. La evaluación de las relaciones entre las variables demográficas y laborales con las dimensiones del Síndrome de Burnout se cumplió mediante la aplicación del estadístico F de Snedecor y la prueba t de Student para las nominales y ordinales; de otro lado, las variables de tipo cuantitativo fueron analizadas por medio del coeficiente de correlación de Pearson, haciendo el cálculo de relaciones bivariadas.</p>	<p>Ítems; m=36,39α=.71).</p>	<p>en otra ocupación asistencial (fisioterapia, auxiliar de enfermería, especialidad médica, etc.), y que tuviera como mínimo dos años de experiencia profesional. Esto con el fin de garantizar la existencia de criterios temporales prudenciales para juzgar la posibilidad de desarrollo de Burnout y reducir la presencia de variables extrañas asociadas al carácter novel de los participantes. Los trabajadores se escogieron indistintamente de su género y su nivel de formación (tecnólogos o universitarios graduados). Todos los participantes eran mayores de 18 años y firmaron un consentimiento informado</p>						
--	--	--	--	---	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

							para participar en el estudio.						
42	BURNOUT SYNDROME IN CRITICAL CARE NURSING STAFF	FRANCI A	Identificar los factores determinantes de la síndrome de Burnout de enfermería de cuidados intensivos.	Se realizó una encuesta en Francia. Entre en contacto con 278 unidades de cuidados intensivos para el estudio, 165 (59,4%) se encuentran 2.525 miembros del personal de enfermería, de los cuales 2.392 devolvieron los cuestionarios con datos completos de Maslach Burnout Inventory. las enfermeras en Francia se han graduado de un programa de 3 años, y enfermeras de la UCI reciben la misma formación como enfermeras en otras especialidades. A la llegada por primera vez en la UCI, la enfermera recibe 3 meses de formación específica. Las enfermeras trabajan 35 horas a la semana en dos o tres turnos diarios de 8 a 12 horas cada uno. Cada unidad de cuidados intensivos tiene una jefa de enfermeras, que por lo general tiene un título de licenciatura o maestría de Ciencias en Enfermería. <i>La relación paciente-enfermera es de 2,5 a 3 en la mayoría de las UCI y la proporción de asistencia al paciente a la enfermería es de 4.</i> Las enfermeras	2006	Cuestionario incluye los 22 ítems del MBI (Servicios Humanos de la versión, validada en francés [13]), así como ocho elementos diseñados para evaluar el impacto del síndrome de burnout en la vida cotidiana. Reconocida por más de una década como la medida principal de agotamiento, el MBI incorpora la extensa investigación que ha tenido lugar en los 15 años desde su publicación inicial. El MBI mide burnout en los miembros del personal en las instituciones de servicios humanos y de las ocupaciones de atención de salud, como enfermería, trabajo social, psicología, ministerio, y varias otras ocupaciones	Se contactó con 278 unidades de cuidados intensivos para el estudio, 165 (59,4%) se encuentran 2.525 miembros del personal de enfermería, de los cuales 2.392 devolvieron los cuestionarios con datos completos de Maslach Burnout Inventory.	En el análisis multivariable (tabla 3), cuatro grupos de características se asociaron con Síndrome de Burnout severa, es decir, las características personales del encuestado, tales como CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL Los factores organizativos, tales como: • DIAS DE DESCANSO PROGRAMADO: días de descanso programado como deseaba (OR = 0,69, IC 95%, 0,52-0,91) . Por lo tanto el elegir el día de descanso disminuye el riesgo de padecer el síndrome. • LA PARTICIPACION EN UN GRUPO DE TRABAJO: la participación en un grupo de trabajo en la UCI (OR = 0,73, IC 95%, 0,56-0,97), disminuye el riesgo de padecer el síndrome • LA CALIDAD DE LA RELACIONES DE TRABAJO: la calidad de las relaciones de trabajo, tales como los conflictos con los pacientes (OR, 1,96, IC 95%, 1.16-3.30), tener malas relaciones con el equipo de trabajo es un riesgo alto para tener el síndrome. • LA RELACION CON LOS JEFES DE ENFERMERIA Y MEDICOS(RELACION CON SUPERIORES) : la relación con jefes de enfermería (OR = 0,92, IC 95%, 0.86-0.98) y médicos (OR: 0,81, IC 95%, 0,74-0,87), • TIPO DE HOSPITAL- BURNOUT: Entre las características de las UCIS participantes, sólo el tipo de hospital se asoció con la tasa de Síndrome de Burnout grave, que fue mayor en los hospitales de enseñanza que en otros hospitales (36 frente a 31%, p = 0,01). CAUSAS INTERPERSONALES: • RELACION CON EL PACIENTE EN ETAPA FINAL : final- de vida relacionada con factores tales como el cuidado de un paciente moribundo (OR, 1,39, IC 95%, 1,04 a 1,85) y un mayor número de decisiones de renunciar para mantener la vida los tratamientos en la última semana (OR = 1,14, IC 95% , 1,01-1.29). el tener en contacto con pacientes en sufrimiento y moribundos es riesgo para padecer el síndrome. Un tercio de la UCI del personal de enfermería había Síndrome de Burnout grave. Áreas de mejora identificadas en el estudio incluyen la prevención de conflictos, la participación en grupos de investigación de la UCI, y una mejor gestión de los cuidados al final de su vida útil.	ORGANIZACIONAL: • BURNOUT- CLIMA LABORAL (malas relaciones con el equipo de trabajo) • BURNOUT- TIPO DE EMPRESA (hospital de enseñanza) • BURNOUT- MOTIVACION LABORAL (participar en grupos de trabajo, elegir el día de descanso) (PROTECTOR) TAREA: • BURNOUT- MANEJO DE PACIENTES PROBLEMA (conflictos con los pacientes) INTERPERSONAL: • BURNOUT- AFECTACION EMOCIONAL POR CONVIVIR CON LOS SENTIMIENTOS DE LOS PACIENTES(tener contacto con la etapa final de la vida, cuidado del paciente moribundo)	En la Figura 4 muestra la prevalencia de síntomas diseñado para evaluar el impacto del Síndrome de Burnout en la vida diaria, y de los síntomas depresivos , medida por el CES-D. Estos síntomas fueron significativamente más comunes en los encuestados con Síndrome de Burnout severa que en los otros encuestados. CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES: INTENCION DE CAMBIAR DE PROFESION: Además, 458 (60%) de los encuestados con Síndrome de Burnout grave informó pensando en cambiar a otra profesión, en comparación con sólo 468 (29,9%) de los encuestados	ORGANIZACIONAL: • INTENCION DE CAMBIAR DE PROFESION- BURNOUT COMPORTEMENTALES: • DEPRESION	Poncet, M, Toullic P, Papazian L. Burnout syndrome in critical care nursing staff. Rev Am J Respir Crit Med.[revista en la internet] 2006 [citado 2011 julio2] Vol 175. pp 698-704. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17110646?dopt=Abstract	68

				<p>asistentes ayudar a las enfermeras en la atención de los pacientes, pero no les importa directamente de los pacientes. Las reuniones de personal se llevan a cabo por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería para discutir la atención al paciente. En algunas unidades de cuidados intensivos, los médicos y las enfermeras participan en grupos de investigación para investigar temas específicos. El comité de ética de la Sociedad Francesa de Cuidados Críticos aprobó el estudio en diciembre de 2004. Una carta de invitación y un proyecto de estudio fueron enviados a los jefes de enfermería de la UCI 286 que estaban afiliados a la Sociedad Francesa de Cuidados Intensivos (que representan la mitad de la UCI en Francia) y que cumplían con los siguientes criterios: se encuentra en una organización sin fines de lucro, hospitales, más de seis camas y más de dos médicos tratantes, y en por lo menos un médico en el sitio las 24 horas del día. Los jefes de enfermería fueron invitados a contestar un cuestionario a cada enfermera y</p>	<p>socialmente relacionados. Estudios previos en el entorno de cuidados críticos han señalado que el MBI fue fiable para medir el burnout en el personal de cuidados intensivos . Los instrumentos de mercado se compone de tres subescalas: el cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems), y la realización personal (8 ítems). <i>Las puntuaciones altas de cansancio emocional y despersonalización y bajas puntuaciones de resultado realización personal en las puntuaciones indican el Síndrome de Burnout.</i> Cada ítem se puntúa de 0 (nunca) a 6 (todos los días). La tercera y última página del cuestionario que se les entregó al personal incluía los 22</p>				<p>sí (p < 0,0001). CONSECUENCIAS COMPORTAMENTALES Y EMOCIONALES: DEPRESION: Los síntomas de la depresión en la escala CES-D se observó en 287 (12%) de los encuestados, incluidos 223 (28,4%) de los encuestados con BOS graves y 64 (4%) de los encuestados sin Síndrome de Burnout grave (p <0,0001).</p>		
--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--

			<p>enfermera asistente en la UCI. Los cuestionarios fueron completados de forma anónima. las enfermeras Jefe completaron un cuestionario adicional en la UCI (Tabla 1). Las reuniones de personal se han definido para el estudio de las reuniones al menos una vez a la semana por médicos y enfermeras para discutir la atención al paciente. Los resultados se presentan como mediana (rango intercuartílico [IQR]) o como números (%). Las variables categóricas fueron comparadas usando la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según proceda, y las variables continuas mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon o la prueba de Kruskal-Wallis. Presencia de "BOS grave" fue el resultado de interés variable. Se realizó regresión logística univariante análisis para identificar las variables que influyó significativamente en la probabilidad de BOS severa, medida por la probabilidad estimada ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Todas las variables que los valores de p inferior a</p>	<p>ítems de la Escala de Centro de Estudios Epidemiológicos para la Depresión (CES-D), como se ha recomendado en el estudio de Síndrome de Burnout (29). Se determinó cada una de las tres puntuaciones MBI subescala y la puntuación total. Hemos definido Síndrome de Burnout grave como una puntuación total MBI mayor que -9, de acuerdo con Maslach y sus colaboradores. Los resultados se presentan como mediana (rango intercuartílico [IQR]) o como números (%). Las variables categóricas fueron comparadas usando la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según proceda, y las variables continuas</p>							
--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--

				<p>0,20 se fueron introducidos en un multivariable modelo de regresión logística. Todas las pruebas fueron de dos caras, y los valores de p menor de 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos. Los análisis se realizaron utilizando el software SAS 9,1 paquete (SAS Institute, Cary, NC).</p>	<p>mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon o la prueba de Kruskal-Wallis. Presencia de "Síndrome de Burnout grave" fue el resultado de interés variable. Se realizó regresión logística univariante análisis para identificar las variables que influyó significativamente en la probabilidad de Síndrome de Burnout severa, medida por la probabilidad estimada ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Todas las variables que los valores de p inferior a 0,20 se fueron introducidos en un multivariable modelo de regresión logística. Todas las pruebas fueron de dos caras, y los valores de p menor de 0,05 fueron considerados estadísticamente</p>							
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

						<i>n</i> <i>te</i> significativos. Los análisis se realizaron utilizando el software SAS 9,1 paquete (SAS Institute, Cary, NC).							
43	BURNOUT IN STAFF WORKING AT THE MATHARI PSYCHIATRIC HOSPITAL	AFRICA - KENIA	Como no hay datos sobre el agotamiento del personal en los hospitales psiquiátricos de Kenia, este estudio trata de documentar el nivel de burnout entre el personal del Hospital psiquiátrico Mathari.	Este fue un estudio descriptivo transversal del personal que trabaja en el Hospital Psiquiátrico Mathari. El personal del hospital completó cuestionarios auto-administrados en el socio-demográfico características y el medio ambiente de trabajo y el Maslach Burnout Inventory - Servicios Humanos y de la Encuesta General. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 11.5. El Mathari Hospital Psiquiátrico es sólo de referencia nacional de Kenia y la enseñanza de un hospital psiquiátrico con una capacidad de 600 camas. El personal que presta servicios en el hospital con un total de 243 enfermeras, 7 psiquiatras, dos de los cuales son a tiempo completo administración, los farmacéuticos 2 y varios funcionarios de apoyo.	2008	El Maslach Burnout Inventory (MBI)	Todo el personal que trabaja en el hospital fueron elegibles para participar en este estudio	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA • ANTIGUEDAD REALIZANDO LA TAREA: se relaciona con cansancio emocional un mayor número de años trabajados (p = 0,049) CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • SOBRECARGA LABORAL- BURNOUT: se relaciona con cansancio emocional una pesada carga de trabajo (p <0,001) y baja la moral (p = 0,001). La despersonalización y la pesada carga de trabajo mostró una positiva relación significativa (p = 0,034). En Mathari hospital, el personal de relación del paciente es muy bajo y esto crea una situación donde el personal se siente sobrecargado de trabajo. Es probable que el más el número de pacientes que había que atender, más la agotamiento debido a las experiencias desgaste emocional y mayor es la los niveles de despersonalización, es decir, tener más negativos sentimientos hacia los pacientes. PARA TENER ENCUESTA: CONDICIONES ECONOMICAS DEL PAISEn Kenya, como en otros países subdesarrollados con economías de bajo rendimiento, la gente se acostumbra, se acomoda a trabajar en las malas condiciones reinantes en medio debido a las altas tasas de el desempleo y la pobreza. De este modo, representan la satisfacción con sus condiciones de trabajo y tienen la capacidad para mantenerse saludable en tiempos de estrés, ya que se han adaptado los mecanismos para hacer frente a con las dificultades que encuentran en el curso de su vida.	TAREA: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- EXPERIENCIA REALIZANDO LA TAREA(Entre 20 y 26 años) ORGANIZACIONAL: • BURNOUT- SOBRECARGA LABORAL (una pesada carga de trabajo, s probable que el más el número de pacientes que había que atender, más la agotamiento debido a las experiencias desgaste emocional y mayor es la los niveles de despersonalización, es decir, tener más negativos sentimientos hacia los pacientes.)	AUSENTISMO - INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: Las enfermedades también se ve afectado el desempeño del trabajo y representó una de las razones por el personal del hospital tomó un tiempo fuera del trabajo. 23% de los encuestados informó que había tomado licencia por enfermedad que oscila entre uno y 60 días (promedio 9 días) en los últimos 12 meses anteriores a la estudio. El hecho de que más de la mitad (59%) del personal había o se toma licencia por enfermedad o tomado algún	ORGANIZACIONAL: • AGOTAMIENTO EMOCIONAL – INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD(23% de los encuestados informó que había tomado licencia por enfermedad que oscila entre uno y 60 días (promedio 9 días) en los últimos 12 meses anteriores a la estudio.)	Ndetei DM, Pizzo M, Maru H, Ongecha FA, Khasakhala LI, Mutiso V, Kokonya DA. Burnout in staff working at the Mathari psychiatric hospital. Rev Afr J Psychiatry (Johannesbg).[revista en la internet] 2008 [citado 2011 Mayo 15]; 11(3):199-203. Disponible en: http://www.ajop.co.za/Journals/August2008/August08_7.pdf	69

										tiempo fuera del trabajo dentro de la año pasado pudo haber sido un indicio de que ellos sufrieron algunas nivel de agotamiento. Fagin argumenta que el burnout se relaciona con el aumento carga de trabajo, falta de personal, la inseguridad laboral y la moral baja debido a la malas condiciones de trabajo			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

44	PREVALENCIA AND ASSOCIATED FACTORS OF BURNOUT AMONG DOCTORS IN YEMEN	SANA'A YEMEN-ASIA	Este estudio tuvo como objetivo determinar el nivel y los factores contribuyendo al agotamiento de los médicos en la ciudad de Sana'a, Yemen y para determinar la relación entre Burnout y trastornos psicológicos. Este estudio trató de determinar la prevalencia y los factores asociados de burnout en Yemen médicos. Estos factores incluyen socio-demográficos y las características del trabajo, la morbilidad psicológica y fuentes de estrés en el trabajo en el lugar de trabajo	Este fue un estudio transversal de 563 médicos que trabajan en los cuatro principales hospitales de la ciudad de Sana'a, Yemen. Se utilizó un instrumento de características sociodemográfica y laborales, La 12 versión del elemento de la Cuestionario de Salud General (GHQ12) fue utilizado como una medida de la psicológica morbilidad y el Inventario de 22 ítems Maslach Burnout (MBI) se utilizó para medir el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Las fuentes de estrés en el trabajo se determinaron utilizando un elemento de 37 cuestionario de escala. El cuestionario extrajo información sobre los socioemográficos y características de trabajo. Análisis de los datos se realizó mediante "Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS) versión 13. Después de todos los datos Se entró en SPSS, que fueron revisados por la exactitud de la entrada de datos. Todas las características sociodemográficas continua y el trabajo variables características se categorizaron.	2010	Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventario de Servicios Humanos de la encuesta (MBI-HSS), que es la herramienta más utilizada para evaluar el burnout. Consta de 22 temas que se dividen en tres subescalas: el cansancio emocional, 9 elementos (los sentimientos de estar emocionalmente agotado por saturación y el trabajo de uno); despersonalización, 5 elementos (la tendencia a ver a los demás como objetos y no como personas sensación) y realización o logro personal, 8 elementos (el grado en que una persona percibe que vale la pena). Los elementos se responden en términos de la frecuencia con la que el demandado las experiencias de estos	Participantes Un total de 800 cuestionarios fueron distribuidos manualmente por el investigador a todos los médicos disponibles (especialistas y no especialistas) en el Gobierno cuatro principales hospitales de la ciudad de Sana'a, Yemen, en el período comprendido entre De diciembre de 2006 a julio de 2007. 563 médicos volvieron cuestionario completo con un tasa de respuesta observada de 70,4%. Los doctores con menos de un año la duración del trabajo y / o los que trabajaban en el sector privado fueron excluidos de este estudio.	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: • ANITGUEADAD REALIZANDO LA TAREA: En cuanto a las características del trabajo, la prevalencia de alta grado de Burnout fue significativamente mayor entre los con una duración de trabajo de 10 años que entre aquellos con más de 10 años la duración del trabajo (OR = 2,8, IC 95%: 1,2-6,8, p = 0,015), En cuanto a las fuentes de estrés en el trabajo en el lugar de trabajo, trece de 37 artículos se asociaron significativamente con un alto grado de Burnout: 1. se trata de pacientes problema, 2. afrontar los problemas psicosociales del paciente, (p = 0,017),(INTERPERSONAL) CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL • NUMERO DE HORAS DE TRABAJO POR SEMANA:(SOBRECARGA LABORAL) la prevalencia de alta grado de Burnout fue significativamente mayor Entre los que trabajan más de 40 h / semana para el gobierno que entre aquellos que trabajan 40 h / semana (OR = 2,1, IC 95%: 1,3-3,6, p = 0,005), • SALARIO BAJO: la prevalencia de alta grado de Burnout fue significativamente mayor entre aquellos con ingresos 40.000 Rial yemení / mes por parte del gobierno que entre aquellos con ingresos de más de 40.000 Rial yemení (OR = 2,7, IC 95% 1,2-6,0, p = 0,013) (tabla 4). • TRABAJAR CON EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO: la prevalencia de alta grado de Burnout fue significativamente mayor entre los que trabajan para el gobierno sólo que entre las personas que trabajan para el gobierno y sector privado (OR = 2,7, IC 95% 1,5-4,8, p <0,005), En cuanto a las fuentes de estrés en el trabajo en el lugar de trabajo, trece de 37 artículos se asociaron significativamente con un alto grado de Burnout: 3. el ambiente de trabajo, 4. dificultades para encontrar un médico suplente, 5. aumento de la carga de trabajo, 6. largas horas de trabajo. (p = 0,017) 7. la falta de habitaciones confortables para los médicos de guardia, 8. la falta de reconocimiento de los pacientes, 9. la sensación de el aislamiento, (p = 0,027), 10. la gestión de la práctica CAUSAS INTERPERSONALES • ANTECEDENTE DE MORBILIDAD PSCOLOGICA-BURNOUT El Burnout de alto se asoció significativamente con morbilidad psicológica, a los que tenían morbilidad psicológica fueron más propensos a ser quemado que los que no la tenían (OR = 5,3, IC 95%: 2,2 a 12,4, p <0,005). • FUENTES DE ESTRÉS ENCONTRADAS: En cuanto a las fuentes de estrés en el trabajo en el lugar de trabajo, trece de 37 artículos se asociaron significativamente con	TAREA: • BURNOUT- EXPERIENCIA REALIZADO LA TAREA: (haber trabajado por 10 años, en comparación de los que han trabajado más de 10 años) • BURNOUT- TRATAR PACIENTES PROBLEMA ORGANIZACIONAL: • BURNOUT- SOBRECARGA DE TRABAJO (trabajar mas de 40 horas a la semana y dificultades para encontrar un medico suplente) • BURNOUT- PERCEPCION DE SALARIO BAJO (ingresos menores a 40.000 rial yemeni) • BURNOUT –TIPO DE EMPRESA (CON EL GOBIERNO) (trabajar con el gobierno sector "publico") • BURNOUT- CLIMA LABORAL • BURNOUT- FALTA DE HABITACIONES CONFORTABLES PARA LOS MEDICOS INTERPERSONAL: • BURNOUT- AFECTACION EMOCIONAL POR COVIVIR CON SENTIMIENTOS DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES (afrontar problemas psicosociales de los pacientes) • BURNOUT- ANTECEDENTE DE MORBILIDAD PSICOLOGICA • BURNOUT-		Al-Dubai SA, Rampal KG.Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. Rev J Occup Health.[revista en la internet] 2010 [citado 2011 Mayo 14]; 52(1):58-65. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19907108	70
----	---	-------------------	--	---	------	---	--	--	---	--	---	----

				<p>Fuentes de las escalas de estrés en el trabajo se clasificaron para facilitar la interpretación en 3 categorías mediante la combinación de la categorías de respuesta "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo" en un categoría (de acuerdo), "no están de acuerdo" y "totalmente en desacuerdo" en una sola categoría (en desacuerdo) y "no aplicable" y "Indecisos" en una sola categoría. Las tres puntuaciones de la subescala del MBI-HSS se especifica como criterio separado tres variables. Puntajes brutos de las tres subescalas fueron sumandos y luego se transformaron en bajo, moderado o alto. A continuación, se define "alto grado de desgaste" como alto agotamiento emocional y despersonalización y baja la realización personal. Estadística descriptiva de la alto grado de desgaste a través de la socio-demográfica y prevalencia de 'alto grado de burnout' fueron probados con la prueba de Chi-cuadrado (corrección de Yates) para binomial variables. En el caso de variables con tres categorías,</p>	<p>sentimientos, en una escala de 7 puntos que van desde 0 (nunca) a 6 (todos los días) 10, 11). Los tres las puntuaciones se calculan para cada demandado. Una puntuación más alta indica un mayor desgaste, excepto para realización personal que se clasifica la inversa. <i>En concreto, un alto grado de burnout es representado por puntuaciones altas de cansancio emocional (≥ 27) y despersonalización (≥ 13) y puntuaciones bajas de realización personal (≤ 31).</i> El cuestionario MBI-HSS fue traducido al árabe por un traductor profesional. La versión traducida fue comparada con la versión en Inglés por el autor principal para asegurarse de que refleja el</p>	<p>un alto grado de Burnout: 11. la incertidumbre y la inseguridad, 12. alteraciones de la casa / familia por el trabajo ($p = 0,005$), 13. La morbilidad psicológica ($p = 0,016$). 14. No masticar khat ($p = 0,005$), Las variables que siguió siendo significativa en el modelo de análisis multivariado, son las que tienen, el resultado de p en frente.</p>	<p>PROBLEMAS FAMILIARES • BURNOUT- NO MASTICAR KHAT (ANTECEDENTE DE CONSUMO DE DROGAS)</p>				
--	--	--	--	---	---	--	---	--	--	--	--

				odds ratio (OR) fueron obtenidos por logística simple regresión. Análisis de regresión logística múltiple fue realizado para obtener los predictores más importantes de alta Burnout. Se utilizó un coeficiente de regresión logística para estimación de la odds ratio para cada una de las variables en el modelo. Un valor de $p < 0,05$ fue utilizado como el nivel de significación.		original mensaje. Factorial exploratorio y confirmatorio de análisis se realizaron para confirmar la estructura de tres factores de la versión final en árabe del cuestionario MBI-HSS. La consistencia interna fue evaluada por Cronbach coeficiente alfa. Hemos seguido la clasificación original del MBI-HSS, porque no había corte específico puntos de uso entre los yemenies.							
45	RELATIONSHIP BETWEEN TURNOVER AND BURNOUT AMONG JAPANESE HOSPITAL NURSES	JAPON	Hemos investigado los factores asociados con las enfermeras, volumen de ventas a fin de comprender los factores que contribuyen al volumen de negocios de alta cualificación personal de enfermería con el objetivo de mantener la calidad de la enfermería en instituciones médicas. En lo que respecta a la indicación de Tao et al., Que la hipótesis de que la rotación de las enfermeras japonesas se relacionados con el burnout, y se exploró la relación entre la rotación y el agotamiento de un estudio de seguimiento en para certificar nuestra	Los sujetos fueron 385 enfermeras registradas en un hospital japonés privado con cerca de 400 camas y 14 unidades. Antes de iniciar este estudio, se explica su propósito y el contenido y luego obtuvo el consentimiento de los sujetos. En noviembre de 2002, hemos entregado cuestionario con preguntas sobre sexo, grupo de edad (de 20 a 29 años de edad, 30-39 - años de edad, de 40 a 49 años de	2005	En el Maslach Burnout Inventory-General de la Encuesta (MBI-GS), la versión japonesa de la MBI-GS11). Que mide el desgaste en general profesiones, el burnout se compone de tres factores: el agotamiento, el cinismo y la reducción de logro personal.	Los sujetos fueron 385 enfermeras registradas en un japonés hospital privado con cerca de 400 camas y catorce unidades	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA: ANTIGÜEDAD EJERCIENDO LA PROFESION-AGOTAMIENTO: La media de años de trabajo de las enfermeras que se fueron fue significativamente menor que la de los demás, y su media agotamiento emocional fue significativamente mayor que la de los demás (Tabla 2). Después de ajustar por los años de trabajo, agotamiento, cinismo, y la eficacia profesional, el personal de enfermería, con años de trabajo de entre 6-11 años fueron significativamente más altos de la RR (riesgo relativo) incidencia del turnover que la de las enfermeras que trabajan hace más de 11 años.	• AGOTAMIENTO EMOCIONAL-EXPERIENCIA EJERCIENDO LA TAREA (experiencia entre 6 y 11 años de trabajo, que tener más de 11 años trabajando)	CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES: AGOTAMIENTO- TURNOVER: El personal de enfermería con el agotamiento bajo, eran mucho más bajas RR(riesgo relativo) de la incidencia de las enfermeras con el agotamiento de alto (Tabla 3.)	ORGANIZACIONALES • AGOTAMIENTO EMOCIONAL- TURNOVER(EI personal de enfermería con el agotamiento bajo, eran mucho más bajas RR(riesgo relativo) de la incidencia de las enfermeras con el agotamiento de alto (Tabla 3.)	Shimizu T, Feng Q, Nagata S. Relationship between turnover and burnout among Japanese hospital nurses. Rev J Occup Health.[revista en la internet] 2005 [citado 2011 mayo 30]; 47(4):334-6. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096359	71

			hipótesis.	<p>edad, de 50 a 59 años de edad), los años de trabajo como un enfermera (años de trabajo), y la versión japonesa de la MBI-GS11). Los cuestionarios fueron devueltos a finales de noviembre de 2002. Se obtuvieron datos sobre su volumen de negocio a partir de noviembre de 2002 a octubre de 2003 con el acuerdo del hospital, aunque no pudimos para recoger las razones de su volumen de ventas debido a la protección de la privacidad. Hemos sido capaces de hacer seguimiento de 277 enfermeras (72%) por un año y recoger suficiente datos para el análisis. Decidimos que eran elegibles temas para el análisis, a excepción de enfermeros por su tamaño pequeño de la muestra (n = 5). Se compararon los años de trabajo, agotamiento, cinismo, o eficacia profesional de las enfermeras que se había ido con los de los otros por la t de Student prueba, respectivamente. Una mayor puntuación de agotamiento, cinismo, o la eficacia profesional en MBI-GS denota un mayor agotamiento, cinismo, o eficacia profesional. Hemos clasificado años de trabajo en tres grupos</p>	<p>Agotamiento se refiere a la fatiga, el cinismo se refiere a la indiferencia o de una actitud distante hacia el trabajo, la eficacia o logro profesional se refiere</p>				3).			
--	--	--	------------	--	---	--	--	--	-----	--	--	--

				<p>(1-5 años, 6-11 años, 11 <año, como terciles) a causa de una significativa alta correlación de Spearman entre los grupos de edad y años de trabajo ($r = .84, p <.01$). También clasifican agotamiento, cinismo y eficacia profesional en tres grupos (bajo, medio, alto, como terciles). Por el Cox de riesgos proporcionales de model12), se calculó la relaciónriesgos (RR) de la incidencia de la rotación de las enfermeras, antes de y después de ajustar por año de trabajo, el cansancio, el cinismo y eficacia profesional. Se realizó el análisis mediante el uso de dos modelos, debido a la significativaalta correlación entre el agotamiento y cinismo 11) para evitar colinealidad múltiple. Los cálculos se realizaron con SPSS 11.0J.</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

46	HIGH LEVEL OF BURNOUT IN INTENSIVISTS: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS	FRANCI A	Evaluar la prevalencia y factores asociados (los pacientes o de la organización) de burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos (UCI) (incluidos los internos, residentes, becarios y médicos de cabecera).	se llevó a cabo en unidades de cuidados intensivos para adultos en el hospital público francés. Cada participante recibió la UCI dos tipos de documentos validados por los miembros de la junta de estudio (NE, EA, KB, NK, FP, AL, y LP). El primero iba a ser rellenado por el director de la unidad y el objetivo de describir la unidad de cuidados intensivos: información sobre la unidad de cuidados intensivos (hospital universitario o no, tipo, número de camas), la actividad en el año 2003 (número de ingresos, duración de la estancia, simplificado aguda Puntuación Fisiología II [SAPS II] puntuación en la admisión, y la tasa de mortalidad), el número de médicos y su estado (los médicos tratantes, becarios, pasantes, o residentes), y la relación paciente-enfermera. Otro tipo de información se requiere: número de enfermeras y médicos que estaban de baja por enfermedad durante más de 1 semana en 2003. Por último, los directores de la UCI se les pidió que señalaran si había un grupo de discusión y / o un psicólogo en su unidad. El segundo documento es un cuestionario auto-administrado por cada	2007	El Maslach Burnout Inventory (MBI). El MBI es un cuestionario de 22 ítems que ha demostrado ser reproducible y válido. En el MBI se pregunta a los encuestados en una escala de siete puntos de Likert (que no incluye la palabra "burnout") la frecuencia con la que experimentan ciertas sensaciones relacionadas con su trabajo durante la última semana antes del día de la encuesta. El MBI evalúa tres dominios de Burnout. La subescala de agotamiento emocional (9 ítems) evalúa los sentimientos de estar emocionalmente y demasiado agotado por el trabajo de uno. La subescala de despersonalización (5 ítems) mide una insensible respuesta e impersonales hacia los	Un total de 189 unidades de cuidados intensivos y participaron 978 encuestas fueron devueltas (82,3% de respuestas). Se encuentran incluidos médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos (UCI) (los internos, residentes, becarios y médicos de cabecera)	CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA:- DECISIONES DIFÍCILES EN EL TRABAJO- BURNOUT: La decisión de retener o retirar el tratamiento el día de la encuesta fue el único factor asociado con un mayor nivel de agotamiento. • GRAVEDAD DE LOS PACIENTES – BURNOUT: (Para un resumen de los factores asociados con la gravedad de la enfermedad de los pacientes y su relación con el burnout, ver Tabla 3). SAPS II, la tasa de mortalidad, las muertes de pacientes, y la decisión de retener o retirar el tratamiento durante el semana anterior a la encuesta no tuvo ningún impacto sobre el burnout (Tabla 3). CAUSAS DE TIPO ORGANIZACIONAL• SOBRECARGA LABORAL- BURNOUT: En el análisis multivariado carga de trabajo se asoció con el grado de burnout (horas de trabajo semanales, el número de turnos de noche al mes, la compensación por horas extras, el retraso de la últimos no trabajan día o una semana) Después se realizó un análisis multivariado que arrojó los siguientes resultados: Carga de trabajo (el número de turnos de noche al mes, un largo período de tiempo de la semana laborable anterior, y la noche cambio antes de la encuesta) • RELACIONES CON EL EQUIPO DE TRABAJO (CLIMA LABORAL)- BURNOUT: Las relaciones estaban relacionadas con el Burnout. De hecho, los mayores niveles de burnout se asociaron con los conflictos con las enfermeras, colegas, o familiares de los pacientes durante los últimos 7 días. El número de conflictos con las enfermeras intensivistas y otros también relacionados con el nivel de Burnout. Finalmente, las relaciones con las enfermeras, enfermeras jefe, los empleadores o los médicos no-UCI fue peor para los médicos de la UCI que experimentan un alto nivel de burnout (Figura 4). EN EL ANALISIS MULTIVARIADO el deterioro de las relaciones como un conflicto con otro colega intensivista y el conflicto con una enfermera se asociaron independientemente con un mayor MBI puntuación. Por el contrario, la calidad es decir buenas relaciones con las enfermeras jefe y personal de enfermería se asociaba con una menor puntuación de MBI (de protección del efecto).	TAREA:• BURNOUT- DECISIONES DIFÍCILES EN EL TRABAJO (La decisión de retener o retirar el tratamiento el día de la encuesta fue el único factor asociado con un mayor nivel de agotamiento.) ORGANIZACIONAL• BURNOUT- SOBRECARGA DE TRABAJO (horas de trabajo semanales, el número de turnos de noche al mes, la compensación por horas extras, el retraso de la últimos no trabajan día o una semana) • BURNOUT- CLIMA LABORAL (mayores niveles de Burnout, cuando había conflictos con las enfermeras y colegas o familiares de los pacientes en los últimos 7 días, Cuando hay mejores relaciones ,funciona como protector para el síndrome)	CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES: INTENCION DE ABANDONAR EL LUGAR DE TRABAJO- BURNOUT: En total, el 39,5% de los encuestados quería dejar sus puestos de trabajo. Este porcentaje fue mayor (51,4%) de los intensivistas exhibiendo un alto nivel de burnout (Figura 3). CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES: SINTOMAS DE DEPRESION- BURNOUT: Cuando la puntuación CES-D se considera, los síntomas de la depresión se identificaron en el 24% de los intensivistas y el 80,6% de los intensivistas con síntomas de depresión presentan un alto nivel de burnout. Los niveles más	ORGANIZACIONALES: BURNOUT- INTENCION DE ABANDONAR EL TRABAJO- BURNOUT- DEPRESION	Embriaco N , E Azoulay , K Barrau , N Kent , F Porrón , Loundou A , L Papazian .High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. Am J Respir Crit Care Med.[revista en la internet] 2007 [citado 2011 Mayo 2] 1;175(11):1209-10.Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17234905?dopt=Abstract	53
----	---	----------	--	---	------	--	---	---	---	--	---	---	----

				<p>médico que trabaja en la UCI. Una carta de presentación delineando el propósito del estudio junto con un cuestionario de tres páginas fue enviada a cada participante. La carta señaló que el propósito del estudio era comprender mejor los sentimientos de los intensivistas. La carta también explicaba que las respuestas serían anónimas. El cuestionario se divide en cuatro partes. Parte 1 incluye datos demográficos básicos (edad, sexo, estado civil, estado, número de hijos, la religión, y el tiempo para llegar a su hospital), los datos relativos a su actividad profesional, algunas preguntas sobre las experiencias durante la semana pasada (número de turnos de noche, el número de los pacientes que murieron, el número de decisiones sobre la retención / retirada y entrar en conflicto con otros intensivistas, enfermeras de la UCI, o familiares de los pacientes), y cinco preguntas acerca de su situación el día de la encuesta: número de pacientes bajo su responsabilidad, la noche cambio antes de la encuesta, frente al día anterior a la encuesta, la probable muerte de un paciente, la decisión sobre la retención /</p>	<p>destinatarios de su servicio, la atención, o el tratamiento. La subescala de realización personal (8 ítems) evalúa los sentimientos de logro y éxito de la competencia en su trabajo con la gente. <i>Para este estudio, se definió el burnout como una alta puntuación de MBI. Para la población francesa, un alto nivel de desgaste es definido por una puntuación de MBI de -8 a 34, un nivel moderado se define por una puntuación de -21 a -9, y un bajo nivel de desgaste es indicado por un marcador de MBI de -45 a -22.</i></p>				<p>altos de burnout se asoció con una mala calidad de la vida privada (ver Figura E1 en el suplemento en línea).</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

				<p>retirar. Dos preguntas más se acerca del número de conflictos con las enfermeras intensivistas y otros en 2003. A los Intensivistas se les pidió que calificaran sus relaciones con las enfermeras, enfermeras jefe, los médicos no la UCI, y la dirección del hospital en una escala de 0 a 10. Los intensivistas se les preguntó sobre su carga de trabajo (número medio de horas de trabajo por semana durante los últimos 6 meses, el número medio de los turnos de noche al mes en los últimos 6 meses, el tiempo transcurrido desde su última semana de vacaciones / fin de semana pasado fuera / último día de descanso). Parte 2 consistió en el Maslach Burnout Inventory (MBI). Parte 3 consistió en el Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión Scale (CES-D. Parte 4 de la encuesta, que consta de siete preguntas sobre la vida privada de los intensivistas, que se utiliza una categórica de cuatro puntos de escala, como por el CES-D, de la que nunca con frecuencia. Todos los datos estadísticos se realizaron con SPSS 13.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). Los</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>datos se expresan como media \pm desviación estándar o como mediana con rango intercuartil (RIC), de acuerdo a la distribución de los datos. Una forma de análisis de varianza o el Wilcoxon test (de acuerdo a la distribución de los datos) se realizó para comparar las variables continuas. Un modelo de regresión logística ordinal se construyó de acuerdo a la metodología descrita por McCullagh y Nelder. <i>Todas las variables con un valor de p inferior a 0,20 se incluyeron en el modelo. Un valor de p menor de 0,05 indica significación.</i></p>									
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--