



**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

TESINA DE LICENCIATURA  
EN PSICOLOGÍA

***“SINDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO EN MEDICOS RESIDENTES DE  
MEDICINA”***

*Alumna: Girotti María Florencia*

*Vía mail: florencia.girotti.p@hotmail.com*

*Director: Lic. Casari Leandro*

*Co-Directora: Lic. Muñoz Mariela*

**Mendoza, Octubre de 2015.**

**HOJA DE EVALUACIÓN**

**TRIBUNAL**

**Presidente:**

**Vocal:**

**Vocal:**

**Profesor Invitado:**

- Licenciado Leandro Casari.
- Licenciada Muñoz Mariela

**Nota:**

**Observaciones:**

## **AGRADECIMIENTOS**

*“Mucho mejor atreverse a hacer cosas grandes, a obtener triunfos gloriosos, aun cuando matizados con fracasos, que formar en las filas de aquellos pobres de espíritu que ni gozan mucho ni sufren mucho porque viven en el crepúsculo gris que no conoce la victoria ni la derrota...”*

*Theodore Roosevelt*

Más allá de los agradecimientos típicos, quería resaltar el sentido de la tesina, que es el final de un camino largo lleno de expectativas, miedos, y lo más importante: de logros obtenidos con esfuerzo y felicidad.

Quiero agradecer a todos, a cada uno de los que formaron parte de estos cinco años de cursado y de mi vida, estando a mi lado cuando estaba nerviosa en cada mesa, y que festejaron conmigo cada materia aprobada como si fuera la última.

A mi familia: mi mamá, mi papá, mis hermanos y mis abuelos, que sin ellos no podría haber cursado esta carrera, desde la ayuda económica hasta el apoyo emocional.

A mi novio Gonza que estuvo en cada momento, desde que decidí que quería estudiar esto hasta el día que rendí mi última materia, siempre presente acompañándome en todo.

A mis amigas de la vida Lau y Joha, que están a mi lado desde que tengo cinco años y fueron parte de esto y de muchas cosas más.

A mis amigas facultativas del alma Pau, Flor, Agos, Juli y Vicki, con las que compartí los mejores cinco años de mi vida, con risas, llantos y aventuras que siempre vamos a recordar.

A Liz, a Rubén y a todos los residentes de medicina que colaboraron para que esto pudiera realizarse.

Y por último a Leo y Mariela, quienes confiaron en mí y desinteresadamente me guiaron para que pueda lograr este tan ansiado título.

A todos MUCHAS GRACIAS!!!

## **RESUMEN**

El presente trabajo tiene como objetivo detectar la existencia de Síndrome de Burnout en un grupo de médicos residentes de pediatría, así como también, determinar distintas estrategias de afrontamiento utilizadas por los mismos. Además, se pretendió analizar si existen relaciones significativas entre las dimensiones del MBI con variables socio profesionales. De esta manera, se intentó establecer la relación existente entre el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento que implementan, con el fin de detectar posibles relaciones entre ambas.

El diseño de investigación es de tipo transversal. Se trabajó con una muestra intencional de 40 médicos residentes, a quienes se les aplicó el MBI (Inventario Burnout de Maslach) para medir el estrés y el CRI (Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos) para determinar las distintas respuesta del afrontamiento utilizadas por los médicos.

Los resultados muestran que no se detectó síndrome de Burnout en la muestra de médicos de esta investigación, sin embargo existen nueve médicos que se encuentran en riesgo de desarrollarlo. Parecería que ser hombre, mayor cantidad de guardias mensuales realizadas y años de residencia inferiores son factores predisponentes para padecer síndrome de burnout. La mayoría de los médicos de la muestra utilizan mayormente estrategias de afrontamiento de acercamiento tanto cognitivo como conductual como lo son Análisis Lógico y Solución de Problemas.

Palabras claves: Burnout, residentes, Afrontamiento

**ABSTRACT**

The purpose of this work is to detect the presence of Burnout Syndrome in a group of Pediatrics Residents, as well as to determine different coping strategies used by them. Thus, it was tried to establish the relationship between occupational stress and the coping strategies implemented, in order to detect possible relationship between them. Also it pretends to analyze if there are significant relations between the MBI dimensions and the socio - professional variables.

A transversal study design is used. It was worked with a purposive sample of 40 Resident Physicians, who were administered the MBI (Maslach Burnout Inventory) to measure stress and CRI (Moos' Coping Response Inventory) to determine the different coping strategies used by resident doctors.

The results show that burnout was not detected in the sample of resident doctors in this study; however there are nine doctors who are at risk to develop it. It seems that being a male, the higher amount of guards, and belonging to the first years of residence, are predisposing factor for suffering from the Burnout Syndrome. Most of the sample doctors use mostly approach coping strategies both cognitive and behavioural, as the logic analysis and problem solving.

Keywords: Burnout, residents, coping.

## ÍNDICE

Título.....	1
Hoja de evaluación.....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Abstratc.....	6
Índice.....	7
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>10</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
<b><u>Capítulo I: El Síndrome de Burnout.....</u></b>	<b>20</b>
1.1: Antecedentes y evolución del término.....	21
1.2: Definiciones.....	23
1.3: Dimensiones.....	24
1.4: Síntomas del Burnout.....	26
1.5: Causas o factores desencadenantes del Síndrome.....	28
1.6: Consecuencias del Burnout.....	29
1.6.1: Consecuencias para los individuos.....	30
1.6.2: Consecuencias organizacionales.....	30
1.7: Evolución del Burnout.....	31
<b><u>Capítulo II: Afrontamiento.....</u></b>	<b>33</b>
2.1: Breve reseña histórica del concepto.....	34

2.2: Definiciones de Afrontamiento.....	36
2.3: Diferencia entre Recursos, Estrategias y Estilos de Afrontamiento.....	37
2.3.1: Recursos de Afrontamiento.....	37
2.3.2: Estrategias de Afrontamiento.....	39
2.3.3: Estilos de Afrontamiento.....	40
2.4: Modelo teórico de Moss.....	42
<b>Capítulo III: El Personal de la Salud.....</b>	<b>45</b>
3.1: Introducción.....	46
3.2: El médico residente.....	46
3.2.1: Factores de estrés laboral en el médico residente.....	47
3.2.2: El sistema de residencias médicas en Mendoza.....	51
3.2.3: El síndrome de burnout en el médico residente.....	54
3.2.4: El síndrome de burnout en el médico residente de pediatría.....	56
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>59</b>
<b>Capítulo IV: Metodología de la Investigación.....</b>	<b>60</b>
4.1: Objetivos.....	61
4.2: Método.....	62
4.2.1: Diseño y tipo de estudio.....	62
4.2.2: Sujetos.....	63
4.2.3: Tipo de muestra.....	66
4.2.4: Instrumentos.....	66
4.2.4.1: MBI: Maslach Burnout Inventory.....	66
4.2.4.2: CRI (Adult Form) Coping Responses Inventory.....	70



4.2.4.3: Encuesta de datos socio-demográficos.....	76
4.2.5: Procedimiento.....	78
<b>Capítulo V: Resultados.....</b>	<b>79</b>
<b>Capítulo VI: Discusión.....</b>	<b>88</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>96</b>
Bibliografía.....	103
Anexos.....	112

# INTRODUCCIÓN

El estudio del síndrome de burnout en el personal sanitario se ha incrementado sustancialmente en las últimas dos décadas en todo el mundo. Esto sucede dado su impacto potencial tanto en la salud de los trabajadores que lo padecen como en la calidad de atención brindada a la población beneficiaria de los servicios de salud.

El síndrome de burnout aparece en el individuo de forma cada vez más frecuente, como una respuesta al estrés laboral crónico. Es el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación, entre las demandas y los recursos del sujeto. Este constructo, abarca tres dimensiones: el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y la Baja realización Personal. El Agotamiento Emocional se caracteriza por una pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento, a causa del contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La despersonalización se manifiesta a través de la irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías hacia las personas. La falta de realización personal, es la tendencia de los profesionales, a evaluarse negativamente (Ramos y Buendía, 2001). A su vez, el estrés en la práctica médica es mayor durante la residencia, ya que se establece por primera vez la relación con el paciente y es la etapa de aprendizaje más rápido, a lo que se añaden cambios vitales (Granada Jiménez, Morales Socorro y Lopezlbor Aliño, 2010).

La presencia de dicho síndrome puede tener resultados muy negativos, tanto para el sujeto que lo padece, como para la institución en la que desempeña su rol profesional. Para el sujeto, puede afectar a su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones psicosomáticas o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. Para la organización, puede dar lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto, que trae como consecuencia un deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas e inclusive, el abandono del puesto de trabajo

afectando diariamente a la calidad de los servicios que prestan, viéndose perjudicados los pacientes, llegándose a cometer errores y un mala atención (Martínez Pérez, 2010).

Por otra parte, aunque se subraya que el síndrome de Burnout surge como una respuesta al estrés laboral crónico, cabe destacar que aparece como el resultado de un proceso continuo, en el que sobre todo, fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear en sujeto.

Cuando hablamos de afrontamiento, hacemos referencia a cualquier tipo de respuesta (física, psicológica o conductual) que una persona emite, con el fin de controlar, disminuir o eliminar la experiencia de estrés (Lazarus y Folkman, 1986 citado en Piamontesi y Heredia, 2009)

Hasta el momento no se han realizado investigaciones que intenten indagar el grado de burnout en los profesionales residentes de pediatría de la provincia de Mendoza, aunque si se han encontrado numerosas investigaciones que estudian la presencia de dicho síndrome en residentes de medicina, médicos de planta y en los trabajadores de la salud en general (Baidal, 2006; Boetto, 2014; Jiménez, 2012 y Ramos, 2012).

La presente investigación tiene como objetivo general indagar variables asociadas al burnout en profesionales residentes de pediatría, y como objetivos específicos evaluar el porcentaje de profesionales residentes de pediatría que presentan indicadores de burnout; evaluar el síndrome en relación a variables sociodemográficas- sexo, estado civil, edad- y educativo-laborales- año de residencia, cantidad de horas trabajadas y cantidad de guardias realizadas por mes-, indagar las estrategias de afrontamiento empleadas por el personal residente , como también analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada por los mismos, y el nivel de burnout que presentan.

Teniendo en cuenta el tema del presente estudio, Marruco en el año 2008 realizó una investigación con residentes de pediatría de la ciudad de Buenos Aires en la cual se

evidencia la presencia de índices elevados de síndrome de burnout. Cabe aclarar que también se observó la existencia de sujetos en riesgo de padecer este síndrome.

Diversos estudios evidencian niveles moderados o altos de burnout en profesionales de la salud (Blandin y Martínez Araujo, 2005; Encinas, Reyes y Gómez, 2007; Fernández Martínez, Cabrera, Tapia, Moreno Suarez y García del Rio, 2007; López Morales, González Velázquez, Morales Guzmán y Espinoza Martínez, 2007 y Ordenes, 2004). A la hora de considerar las dimensiones del burnout en algunos estudios sobresalía cansancio emocional (Aranda Beltrán, 2006 y Salomón, Alos y Carena, 2007); en otra investigación la baja realización personal fue la dimensión que puntuó más alto en residentes de medicina general de la ciudad de México (López Morales et. al, 2006). Por otro lado, un estudio realizado por Encinas et. al en el año 2007 evidencia que la dimensión que mayor incidencia tuvo en la aparición del síndrome de burnout en residentes de medicina y enfermeros , fue la despersonalización la dimensión más afectada, coincidiendo con otro estudio en donde despersonalización obtuvo un puntaje muy alto en relación a los médicos residentes que realizaban guardias en servicios de urgencia ( Fernández Martínez et al, 2007).

En lo referido a las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por el personal residente, Arias Congrains (1998) evidenció que las estrategias de afrontamiento de mayor utilización por los mismos fueron aquellas enfocadas en la emoción, como lo son aceptación- resignación y búsqueda de apoyo social. En dicha investigación también se pudo observar que casi la mitad de los residentes participantes tienen dificultades en el aspecto emocional del estrés, hecho que afecta negativamente la relación médico-paciente y su rendimiento.

Por otro lado, Marín Sánchez et. al (2005) sostienen que los profesionales aquejados del síndrome de burnout tienden al uso de estrategias más de tipo pasivas, como por ejemplo: búsqueda de apoyo. También plantea que los sujetos que no cumplieron con los indicadores de burnout utilizan frecuentemente estrategias más activas, como por ejemplo: solución de problemas. En dicho estudio se observó más precisamente que la variable cansancio emocional se correlaciona significativamente de forma negativa con la estrategia de afrontamiento solución de problemas y positivamente con la estrategia de evitación. Por otro lado la dimensión realización personal se correlaciona significativamente con la estrategia solución de problemas.

En cuanto al objetivo de indagar las variables sociodemográficas y educativo-laborales asociadas a la presencia del síndrome de burnout se encontró lo siguiente:

En relación a la variable sexo en residentes de clínica médica el burnout se presentó significativamente más veces en varones, quienes puntuaron más alto en la dimensión despersonalización, como puede constatarse en diferentes investigaciones (Cuevas, Fuente, Alviani y Ruiz, 1995 citado en Aranda Beltrán y Menea, 2007).

Sin embargo otras investigaciones arrojan resultados contrarios, en donde las mujeres puntúan más alto que los hombres en agotamiento emocional, mientras que en las dimensiones realización personal y despersonalización no se encontraron diferencias significativas (Aranda Beltrán, 2006 y Atance Martínez, 1997). Otros estudios simplemente revelan no haber encontrado asociación o diferencias estadísticamente significativas entre la variable mencionada y el síndrome de burnout (Fernández Martínez et al, 2007; Morales, Gallego y Rogter, 2004 y Ordenes, 2004).

En cuanto a la cantidad de horas de trabajo semanales, Ordenes (2004) observó que la frecuencia de casos sintomáticos de burnout aumenta linealmente con las horas de trabajo semanal, llegando hasta un 83% entre los trabajadores con más de 60 horas a la semana. También se relacionaron las manifestaciones de despersonalización y agotamiento emocional con el número de horas de trabajo y el servicio clínico desempeñado (López Molaes et al, 2007 y Ávila Toscano, Gómez Hernández y Montiel Salgado, 2010).

Durante la residencia los médicos son formados y sometidos a una gran carga horaria, a la necesidad frecuente de reprimir emociones personales y a la exposición constante a estrés emocional e intelectual, por lo que es esperable la aparición del síndrome de burnout, que podría ser la causa de errores en la atención y en el deterioro en la calidad de vida del profesional (Atance Martínez, 1997 y Menea, 2007).

Por otro lado, la realización de guardias con amplios turnos, también influye negativamente sobre la calidad asistencial, generando una predisposición a que se cometan errores graves en el ejercicio de la profesión. Asimismo contribuye de forma negativa sobre la propia salud del médico, ya que favorece el desarrollo de enfermedades, accidentes y conflictos con compañeros. (Santos, 2007)

Una investigación realizada por Domínguez (2009) con residentes de pediatría evidencia que la privación de sueño luego de realizar guardias prolongadas y recurrentes en el tiempo, tienen gran impacto sobre el estado de ánimo, el estado de alerta y algunas funciones cognitivas de los profesionales de la salud. En dicho estudio también se pudo

observar que en lo que concierne al síndrome de burnout, las áreas más afectadas fueron cansancio emocional y la falta de realización personal.

Dichos resultados coinciden con diversos autores que mencionan el número de guardias realizadas por mes como uno de los factores principales para la prevalencia del síndrome de burnout en residentes tanto de medicina general (Granada Jiménez et. al ,2010 y Santos, 2007) como específicamente en pediatras (Schonhaut et. al, 2009).

Teniendo en cuenta la variable año de residencia, se puede mencionar la investigación realizada por Arias Congrains (1998), quien observó que los residentes de medicina general que sufren mayormente del síndrome de burnout y simultáneamente poseen modos de afrontamiento menos adaptativos, son los médicos pertenecientes al primer año de la misma. Por otro lado, Belthelmy Rincón y Guarino (2008) coinciden con dichos resultados ya que observaron que el mayor porcentaje de indicadores del síndrome de burnout se observa en profesionales que están comenzando su residencia médica, no aclarando la especialidad elegida. Estos resultados pueden relacionarse por un lado con la cantidad de guardias y horas de trabajo, que a medida que pasan los años van disminuyendo, y por lado, con la falta de experiencia y de herramientas necesarias que poseen los residentes apenas ingresan al sistema hospitalario.

Sin embargo, Boetto (2014), difiere de los resultados recién descritos, ya que manifiesta que no se encontraron relaciones significativas en relación al año de residencia y la presencia del síndrome de burnout. Cabe aclarar que dicha investigación se realizó con residentes de salud mental.

Si se indaga sobre el estado civil, hay investigaciones que postulan que residentes casados o que conviven en pareja estable, cumplen con menos indicadores de burnout que los profesionales solteros, considerando dicho estado civil como uno de los factores de riesgo (Arias Congrains, 1998 y Tommasen et. al, 2001). Por el contrario, López Morales



et. al (2006) no observaron ninguna relación entre dicha variable y la aparición de algún indicador de burnout.

Por último, teniendo en cuenta la variable edad, existen investigaciones que datan que los residentes que utilizan estrategias de afrontamiento de tipos pasivas o basadas en la emoción eran los más jóvenes de la muestra o cursaban en su mayoría, el primer año de la residencia. La experiencia de desgastarse en el trabajo se encontró con mayor frecuencia entre los médicos jóvenes que recién se inician en la práctica profesional. Se cree que esto se relaciona a que los médicos de reciente graduación no se encuentran debidamente preparados para enfrentar los conflictos emocionales y laborales que se les presenta (Arias Congrains, 1998 y Salomón et. al, 2007).

Sin embargo, una investigación realizada por López Morales et. al (2006) no identificó a la variable edad como influyente en la posibilidad de desarrollar el síndrome de burnout en residentes de medicina.

Este proyecto se enfoca hacia el conocimiento del porcentaje de residentes de pediatría que padece de síndrome de burnout, investigando las variables que inciden en la aparición de dicho síndrome y principalmente en la relación que existe entre lo nombrado anteriormente y las estrategias de afrontamiento que utilizan los médicos residentes para enfrentar situaciones laborales estresantes.

Finalmente este trabajo se desarrollará en dos partes; la primera de ellas consiste en el Marco Teórico, referido a la temática del Síndrome de burnout, sus características, síntomas y manifestaciones, para continuar con las estrategias de afrontamiento y su clasificación y por último, se caracterizará a los profesionales residentes de pediatría, que son los sujetos de dicha investigación y sus condiciones académicas propias de la formación de la residencia.

El segundo apartado tendrá que ver con el Marco Metodológico, los participantes de la investigación, los instrumentos utilizados, el procedimiento que se llevará a cabo, los resultados a los que se llegaron, junto con la discusión y las conclusiones de dicha Tesina.

**PRIMERA PARTE:  
MARCO TEÓRICO**

# CAPÍTULO 1: EL SINDROME DE BURNOUT

### 1.1 ANTECEDENTES Y EVOLUCION DEL TERMINO

La palabra “burnout” es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo (Aranda Beltrán, 2006).

Se entiende al síndrome de burnout o de quemarse en el trabajo, como una patología derivada del estrés laboral, ya que reúne los requisitos para ser llamado “síndrome”, es decir, es un conjunto de signos y síntomas característicos de una enfermedad, todos ellos agrupados en tres dimensiones: agotamiento emocional (cansancio físico y mental), despersonalización (sentimientos de impotencia y desesperanza) y falta de realización personal en el trabajo (evitación, desmotivación, baja autoestima, etc.) debida a una exposición gradual y continuada, a los estresores que el trabajador percibe como negativos para la salud, existentes en el medio que lo rodea (Aranda Beltrán, 2006).

Este síndrome es frecuente en profesionales de la salud, de la educación y en profesionales que trabajan en los servicios humanos, sin embargo, no está restringido a los profesionales que trabajan en este tipo de servicios. Actualmente, se aplica a una gran cantidad de profesionales (Buendía y Ramos, 2001).

El estudio del síndrome de burnout en el personal sanitario, se ha incrementado sustancialmente en las últimas dos décadas en todo el mundo, dado su impacto potencial tanto en la salud de los trabajadores que lo padecen, como en la calidad de atención brindada a la población beneficiaria de los servicios de salud (Encinas, Gómez y Reyes, 2007).

El concepto de Burnout fue mencionado por primera vez por Freudenberguer en el año 1974, como una manera de describir el estado físico y mental que observó entre jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación en Nueva York. Luego de un año de trabajo, muchos de ellos se sintieron agotados, se irritaban con

facilidad, habían desarrollado una actitud cínica hacia sus pacientes y tendían a evitarlos (Freudenberguer, 1974, citado en Martínez Pérez, 2010).

El propósito que tuvo Freudenberguer al desarrollar este concepto fue el de describir un tipo de estrés diferente que surge, generalmente, en profesionales más vinculados al área asistencial o que se relacionen con labores de servicios, ya que experimentan un agotamiento de energía, debido a que se sienten sobrepasados por los problemas de los demás (Freudenberguer, 1974, citado en Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001).

Más tarde, Maslach lo dio a conocer en el ambiente psicológico en 1977, en una convención de la Asociación Americana de Psicólogos. Desde entonces el término Burnout se utiliza para referirse al *desgaste profesional* que sufren los trabajadores de los servicios humanos (educación, salud, administración pública, etc.) a causa de condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales (Maslach, 1976, en Ramos y Buendía, 2001).

En la década del 80 surge la aparición del Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), como instrumento de evaluación. Este instrumento permitió la realización de diferentes tipos de investigaciones acerca del desarrollo del Burnout y los factores asociados al mismo (Schaufeli, Maslach y Marek, 1993 citados en Olmedo et. al, 2001).

En la actualidad, el término Burnout es probablemente uno de los términos más utilizados en hospitales, centros educativos y empresas, aceptándose que el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el cual las estrategias de afrontamiento que utilizan no son eficaces. A su vez, los trabajos acerca de este concepto se han multiplicado en todo el mundo (Ramos y Buendía, 2001).

## 1.2 DEFINICIONES

Actualmente, existen numerosas definiciones de síndrome de Burnout.

Si bien no existe una definición aceptada en forma unánime, hay consenso en considerar que el síndrome de Burnout aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico, que surge al trabajar bajo condiciones difíciles, en contacto directo con los usuarios (clientes, pacientes, alumnos y personal penitenciario.) de tales instituciones y que tiene consecuencias muy negativas para la persona y para la organización (Ramos y Buendía, 2001).

Entre las definiciones más populares encontramos las siguientes:

Burke (1987 citado en Martínez Pérez, 2010), entiende que el síndrome de Burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, culpabilidad por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

Por otro lado, Pines y Arosón (1988, citados en Martínez Pérez, 2010) lo consideran como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, pérdida de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima. Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes.

Gil-Monte y Peiró (1997, citado en Martínez Pérez 2010), definen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales.

Farber (2000, citado en Martínez Pérez 2010) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

Sin dudas, la definición más conocida es la de Maslach y Jackson. Estas autoras sostienen que el síndrome de Burnout abarca tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal (Maslach y Jackson, 1981, en Savio, 2008).

A partir de descubrimiento de estas dimensiones, se elaboró el MBI, utilizado para medir el Síndrome de Burnout en el personal de las áreas de servicios humanos, por lo que se considera la definición más extendida y más utilizada en el último tiempo.

### **1.3 DIMENSIONES**

En un primer momento Maslach realizó estudios que estaban orientados a analizar las características del trabajo propio del personal sanitario, los problemas emocionales de esos profesionales y el comportamiento con sus clientes. Los resultados de estas primeras investigaciones mostraron la presencia de dos factores en el fenómeno de Burnout: cansancio emocional y la despersonalización. Luego de extender la investigación a diferentes profesiones, apareció el tercer factor que, actualmente, completa el modelo de Burnout propuesto por la autora: la falta de realización personal. Para poder evaluar estas tres variables se elaboró el Maslach Burnout Inventory (MBI), de



Maslach y Jackson (Moreno, Bustos, Matallana y Miralles, 1997, citados en Olmedo et. al, 2001).

Ramos, (1999, citado en Ramos y Buendía, 2001), describe las características de las dimensiones del Síndrome de Burnout:

- **Cansancio Emocional:**

Se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, etc. Es una situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Se manifiesta a través del agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios. La persona experimenta agotamiento emocional, a causa del contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

- **Despersonalización:**

Se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas. Puede considerarse como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada, debido a un endurecimiento afectivo, lo que lleva a que los culpen de sus problemas (por ejemplo, al paciente le estaría bien merecida su enfermedad)

- **Falta de Realización Personal:**

Consiste en respuestas negativas hacia sí mismo y hacia el trabajo. Es la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente. Esta evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y también a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos

consigo mismos, desmotivados en el trabajo e insatisfechos con sus resultados laborales.

#### **1.4 SINTOMAS DEL BURNOUT**

Maslach y Schaufeli (1993, citado en Martínez Pérez 2010) mencionan una serie de síntomas:

- Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el cansancio emocional.
- Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima.

Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna psicopatología anteriormente. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.

Desde Freudenberg (1974) a la actualidad varios autores han descrito los síntomas que presenta una persona con burnout. Gil Monte, (1997 citado en Savio, 2008) agrupó los síntomas en cuatro categorías:

- Síntomas emocionales: Ansiedad, sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia o de omnipotencia.
- Síntomas actitudinales: Hostilidad, suspicacia, cinismo apatía, tendencia a no verbalizar.

- Síntomas conductuales: agresividad, cambios repentinos de humor, aislamiento frecuente, enojo, irritabilidad.
- Síntomas somáticos: Palpitaciones, hipertensión, dolor precordial, asma, catarros frecuentes, infecciones frecuentes, alergias, dolores cervicales, dolor de espalda, fatiga crónica, alteraciones menstruales, diarrea, insomnio, ulcera gastroduodenal, jaqueca.

Las alteraciones físicas son las mayormente percibidas por el individuo que las sufre y las que causan un mayor impacto sobre su calidad de vida. Los síntomas actitudinales, emocionales y conductuales, son los que más afectan las relaciones interpersonales y son mayormente percibidos por las personas del entorno (Savio, 2008).

En el ambiente laboral los signos de aparición de desgaste profesional son (Pines y Maslach, 1978, citado en Baidal 2006):

- a) Falta de energía y entusiasmo.
- b) Descenso del interés por los usuarios, o, en este caso, pacientes.
- c) Alto ausentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación.
- d) Percepción de falta de satisfacción en el trabajo: debido a la sobrecarga y sus tipos, condiciones de trabajo inadecuadas y diversas quejas, que se traducen en una reducción de la eficacia y calidad del desarrollo personal.

Cuando se dice que una persona padece del Síndrome de Burnout y que ésta sufre de fatiga o está cansada, en realidad se refiere a un agotamiento mayor que el

cansancio habitual que puede ser reparado con unos días de descanso, y envuelve una serie de padecimientos a nivel psicológico, físico, social y también en relación con la empresa, lo que da su connotación de Síndrome.

### **1.5 CAUSAS O FACTORES DESENCADENANTES DEL SINDROME**

Dada la amplia gama de consecuencias o síntomas que caracterizan al síndrome de Burnout, es difícil establecer una única causa para la enfermedad, sin embargo; los estudios en el campo de la salud y la psicología organizacional han encontrado algunos factores promotores del Burnout que merecen especial atención.

El estrés en los profesionales de la salud está causado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden, especialmente, estresores como la escasez de personal, la sobrecarga laboral, trabajo en turnos, el trato diario con enfermedades y el dolor de los pacientes, y en ocasiones, su muerte (Gil Monte, 2001).

Gil-Monte y Peiró, (1997 citado en Gil Monte, 2001) identificaron cuatro niveles o factores desencadenantes del Síndrome de Burnout:

- Nivel individual: la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios. Consecuentemente, se sienten culpables cuando fallan, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.
- Relaciones interpersonales: las relaciones con los usuarios y con los compañeros, de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a

aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

- *Nivel organizacional:* los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen a problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.
- *Entorno social:* se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.).

## **1.6 CONSECUENCIAS DEL BURNOUT**

Podemos distinguir consecuencias del Síndrome de Burnout tanto para los individuos como para las organizaciones, ya que estas también se ven afectadas cuando sus trabajadores padecen del síndrome (Ramos, 1999 citado en Martínez Pérez, 2010).

### **1.6.1 Consecuencias para los individuos**

El trabajador, se comienza a sentir afectado en su salud debido a su exposición a determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables a pesar de poner en juego todos sus recursos personales (Baidal, 2006).

Más específicamente, las consecuencias que se producen en el individuo que padece del síndrome de burnout son:

- Un deterioro general cognitivo, conductual y físico.
- Aumenta la desmotivación del trabajador, por lo que aumenta la pasividad en las tareas que realiza y como consecuencia, la indiferencia.
- Se produce una disminución en la calidad de vida personal y un aumento de los problemas familiares y/o conyugales, debido a que las interacciones se vuelve más hostiles, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento (Martínez Pérez, 2010).

### **1.6.2 Consecuencias organizacionales**

En cuanto a las organizaciones, los síntomas del Síndrome de Burnout también tienen consecuencias negativas que la afectan y complican el ambiente de trabajo.

Una de las principales consecuencias es la insatisfacción laboral, lo que produce un alto grado de ausentismo y un aumento de accidentes laborales o errores por reiteradas situaciones de indecisión.

Como consecuencia, también podemos mencionar la disminución de la productividad y la calidad del trabajo y por consiguiente, del rendimiento del personal, que afecta diariamente a la calidad de los servicios que prestan.

Esto ocurre cuando la organización no favorece el necesario ajuste entre las necesidades de los trabajadores y los fines de la institución (Martínez Pérez, 2010).

## 1.7 EVOLUCION DEL BURNOUT

Edelwich y Brodsky (1980, citado en Carloto y Gobbi 2001) explican las fases del Burnout, haciendo una descripción detallada de cada una de ellas. Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout:

- **Etapa de idealismo y entusiasmo:** El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hipervalorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.
- **Etapa de estancamiento:** Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.
- **Etapa de apatía:** Es la fase central del síndrome Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de

profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de Burnout, la del distanciamiento.

- **Etapas de distanciamiento:** La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.



# CAPÍTULO 2: AFRONTAMIENTO

## 2.1 BREVE RESEÑA HISTORICA DEL CONCEPTO

El término afrontamiento es relativamente nuevo dentro del campo de la psicología, y su origen se remonta al clásico concepto psicoanalítico de mecanismo de defensa (Waelder, 1960; en Parker y Endler, 1996).

Los siguientes datos históricos, fueron tomados de un trabajo de investigación realizado por Parker y Endler (1996, en Vezzoni, 2002).

Uno de los temas de los que se ocupó Freud en sus primeras épocas, fue el hacer un bosquejo de las distintas maneras que utilizan los individuos para defenderse, distorsionar o encubrir ideas o sentimientos inaceptables. Fue en el año 1926 que utiliza a la palabra “defensa” para denominar a esta lucha del yo contra esos sentimientos e ideas.

Posteriormente, su hija Anna Freud, publica un artículo denominado “El Yo y los mecanismos de Defensa”, que fue un evento importante en la evolución y popularización de las ideas psicoanalíticas acerca del concepto de defensa. Realizó un compendio de los diez mecanismos de defensa descritos por su padre e introdujo otros nuevos mecanismos.

Una contribución importante de los trabajos de Anna Freud fue la observación de que a pesar de que existe una gran variedad de mecanismos de defensa potenciales, los individuos tienden a seleccionar solo unos pocos. Otra idea influyente publicada por Anna Freud fue que algunos mecanismos de defensa deberían ser conceptualizados como más “patológicos” que otros.

La idea de que los individuos tienen estrategias habituales para responder a situaciones estresantes, no es solamente importante para los investigadores que trabajan en la teoría de los mecanismos de defensa, sino que es importante también para los investigadores del término afrontamiento.

Fue en los años sesenta, que una nueva línea de investigación, que en un principio estaba relacionada con trabajos acerca de los mecanismos de defensa, comenzó a ligarse al término afrontamiento. Algunos comenzaron a llamar actividades de afrontamiento a ciertos mecanismos de defensa adaptativos, como por ejemplo, la sublimación. A partir de este momento, el término empezó a adquirir un significado técnico para algunos investigadores. Antes de este período, la palabra afrontamiento había sido usada de forma informal en la literatura de las ciencias médicas y sociales.

Fue recién en el año 1967 que el concepto de afrontamiento fue incluido en los Psychological Abstracts.

De acuerdo a lo postulado por Haan (1965, en Parker y Endler, 1996), las conductas de afrontamiento difieren de las conductas defensivas. Las conductas defensivas son rígidas; obligatorias y deforman la realidad, mientras que las conductas de afrontamiento, son flexibles, tienen un objetivo y están orientadas a la realidad. En un primer momento, los trabajos sobre afrontamiento todavía se encontraban inmersos en la investigación tradicional sobre los mecanismos de defensa.

Es recién en la década del 70 que para un gran número de investigadores el trabajo sobre las defensas adaptativas los llevó a un interés independiente, en el estudio de estrategias conscientes, utilizadas por los individuos, tropezando con situaciones estresantes o desconcertantes. Estas estrategias fueron posteriormente conceptualizadas, en esta nueva literatura como "afrontamiento".

La primera generación de investigadores sobre el afrontamiento compartió intereses que tiene posterior impacto en esta área. Aunque en principio un número ilimitado de estrategias de afrontamiento estaban disponibles a un individuo en una situación estresante particular, la primera generación de investigadores del afrontamiento tales como, Averill y Rosen en 1972; Cohen y Lazarus en 1973, entre otros, comenzaron a investigar en sus estudios un número limitado de respuestas básicas de afrontamiento.

Así fue como más adelante, se comienzan a discriminar las llamadas dimensiones del afrontamiento, las cuales se desarrollarán en apartados posteriores.

## **2.2 DEFINICION DE AFRONTAMIENTO**

Lazarus y Folkman (1986 citado en Piamontesi y Heredia, 2009) desde el Modelo Transaccional conceptualizan al Afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que las personas evalúan como desbordantes en relación a sus recursos.

Estos autores caracterizaron al afrontamiento como un conjunto de respuestas ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de una situación estresante, como un intento del individuo para manejar los estresores.

Para los autores Holaham, Moos y Schaefer (1996, citado en Vezzoni, 2002), el afrontamiento es planteado como un factor de adaptación, ya que sostienen que puede ayudar a mantener la adaptación psicosocial durante períodos estresantes. Estos autores afirman que el afrontamiento abarca esfuerzos cognitivos y conductuales, para reducir o eliminar aquellos estresores asociados con la angustia emocional.

Kenneth Matheny (1998, citado en Vezzoni, 2002), definió al afrontamiento como cualquier esfuerzo saludable o malsano, consciente o inconsciente, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial.

Podemos decir, por lo tanto, que cuando hablamos de afrontamiento, hacemos referencia a cualquier tipo de respuesta (psíquica, psicológica o conductual) que

una persona emite con el fin de controlar, disminuir o eliminar la experiencia de estrés (Jiménez, 2012).

## **2.3 DIFERENCIA ENTRE RECURSOS, ESTRATEGIAS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

La autora Elisabeth Meneghan considera el afrontamiento en términos de tres aspectos: recursos, estrategias y estilos (Meneghan, 1983 citado en Vezzoni, 2002).

- Los **Recursos de Afrontamiento** constituyen una línea de suministro de las estrategias de afrontamiento. Son las ventajas físicas, personales y sociales que una persona lleva consigo a la situación a enfrentar.
- Las **Estrategias de Afrontamiento** son aquellas actuaciones y planes directos utilizados para atenuar o eliminar el estrés.
- Los **Estilos de Afrontamiento** son las formas habituales o estereotipadas de enfrentarse a una crisis.

A continuación se desarrollarán brevemente cada uno de los aspectos mencionados.

### **2.3.1 RECURSOS DE AFRONTAMIENTO**

La efectividad del afrontamiento va a depender del hecho de poseer ciertos recursos preparados para alimentar el esfuerzo. Estos recursos pueden ser rasgos personales, sistemas sociales o atributos físicos (Vezzoni, 2002).

Lazarus y Folkman (1986) definieron a los Recursos del Afrontamiento como “aquello que el individuo utiliza con el fin de afrontar”. Estos autores también dicen que: “los recursos preceden e influyen al afrontamiento” (Lazarus y Folkman, 1986, citado en Vezzoni, 2002).

Navarro, (2000 citado en Piamontesi y Heredia, 2009) clasifica a estos recursos en:

- **Recursos físicos y biológicos:** que incluye a todos los elementos del ambiente y los recursos orgánicos del sujeto. Por ejemplo, la nutrición adecuada, clima, estructura de su vivienda, padecimientos inmunológicos, entre otros.
- **Recursos psicológicos o psicosociales:** comprenden desde la capacidad intelectual de la persona, el nivel de dependencia o autonomía, las creencias, valores y habilidades en la resolución de problemas.
- **Recursos sociales:** incluyen desde las habilidades sociales, hasta el apoyo social, es decir la red de relaciones que el sujeto establece y que propician alternativas funcionales para afrontar las consecuencias.

Estos recursos juegan un papel de importancia dentro del proceso de afrontamiento ya que pueden influir en la elección de las estrategias de afrontamiento a ser empleadas. Por ejemplo un recurso social como la confianza, interpersonal de los estudiantes con sus profesores, reduce de manera significativa el uso de apoyo social de los estudiantes durante los exámenes orales (Buchwald y Schwarzer, 2003 citado en Piamontesi y Heredia, 2009).

### 2.3.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La delimitación del concepto estrategias de afrontamiento, es menos precisa, debido a los diferentes rótulos verbales utilizados, ya que su definición ha sido relacionada al desarrollo de instrumentos de medida de las mismas (Martin Díaz, Jiménez Sánchez, y Fernández Abascal, 1999).

Las estrategias de afrontamiento son pensamientos y conductas particulares que son llevadas a cabo en respuesta a situaciones estresantes y que pueden cambiar con el tiempo (Piamontesi y Heredia, 2009).

El equipo de Matheny (Matheny et.al, 1986 citado en Cabello, 1998) basó su esquema de investigación en un meta análisis sobre los estudios de afrontamiento. Este equipo propuso que las estrategias de afrontamiento pueden agruparse en dos amplias categorías:

- *El afrontamiento combativo*: se refiere a una reacción provocada ante algún estímulo estresante. El propósito es suprimir o terminar con un estímulo estresante.
- *El afrontamiento preventivo*: es proactivo. Intenta activamente evitar que aparezcan los estímulos estresantes. Aprendemos a anticipar el comienzo de un estímulo aversivo y damos respuestas por adelantado para evitar que aparezca el suceso aversivo.

### 2.3.3 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Los estilos de afrontamiento se entienden como predisposiciones de la personalidad, que trascienden la influencia del contexto situacional y del tiempo. Su estudio se caracteriza por destacar la estabilidad del afrontamiento en diferentes situaciones, más que por el cambio en el uso de estrategias (Piamontesi y Heredia, 2009).

Muchos autores han utilizado uno de dos enfoques principales para clasificar el afrontamiento. El primer enfoque enfatiza el *foco del afrontamiento* que es la orientación de una persona y su actividad de respuesta a un estresor. Una persona puede por ejemplo, enfocar el problema y hacer esfuerzos activos para resolverlos, o tratar de evitar el problema y focalizar principalmente en el manejo de las emociones asociadas con este. Un enfoque alternativo enfatiza el *método de afrontamiento* que la gente emplea, es decir si una respuesta implica esfuerzos primariamente cognitivos o primariamente conductuales (Vezzoni, 2002 citado en Jiménez, 2012).

El enfoque que enfatiza en el foco del afrontamiento, lo clasifica en tres categorías:

- **Afrontamiento orientado al problema**

Este tipo de estrategias tienden a dirigir o a solucionar el problema, para eliminar el estrés. Incluye estrategias que intentan resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de una situación estresante (Piamontesi y Heredia, 2009).

Generalmente las personas que utilizan más esta clase de afrontamiento, tienden a adaptarse mejor a los estresores vitales y experimentan menor sintomatología



psicológica. Además, pueden moderar la potencial influencia adversa de cada cambio negativo de la vida y tolerar el papel de los estímulos estresores en el funcionamiento psíquico (Holahan, Moos, y Schaefer, 1996, en Vezzoni,2002).

- **Afrontamiento orientado a la emoción**

El afrontamiento focalizado en la emoción, está dirigido a regular, reducir o eliminar el estrés emocional relacionado a la situación de estrés. Abarca a la búsqueda de apoyo social, tanto instrumental como emocional, centrarse en las emociones y desahogarse, entre otras (Piamontesi y Heredia, 2009).

Este segundo tipo de afrontamiento incluye, en la mayoría de los casos, estrategias de afrontamiento cognitivo que no modifican la situación actual de forma directa, pero sí ayudan a darle un nuevo significado a ésta. Este tipo de estrategias puede requerir una reestructuración interna, que puede implicar un esfuerzo muy costoso (Vezzoni, 2002).

Algunos autores tratan al afrontamiento focalizado en la emoción como una forma de afrontamiento evitativo. Tanto uno como el otro, son opuestos al afrontamiento focalizado en el problema, en tanto los dos primeros no se dirigen a la resolución y confrontación directa con los estresores, sino que se focalizan más en la regulación de procesos mediacionales (Wills y Hirky, 1996, en Vezzoni,2002).

- **Afrontamiento orientado a la evitación:**

Está referido al uso de estrategias evasivas. Se dirige a rodear o evitar la situación estresante. Incluye distanciamiento conductual y mental, y negación, entre otras (Piamontesi y Heredia, 2009).

Esta dimensión del afrontamiento fue conceptualizada involucrando respuestas evitativas, orientadas hacia las personas y/o hacia la tarea. Un individuo puede reaccionar a situaciones estresantes buscando a otras personas (diversión social), o puede ocuparse en tareas sustitutivas (distracción).

Menaghan (1982) sostiene que los esfuerzos para manejar sentimientos displacenteros como son la resignación y el apartamiento del problema, pueden incrementar la angustia, y de esta manera, incrementar futuros problema (Menaghan 1982, citado en Vezzoni, 2002).

Holahan, Moos, y Schaefer (1996 citado en Vezzoni, 2002) combinaron ambas propuestas del foco y el método de afrontamiento y desarrollaron una concepción más integrada del afrontamiento .

## **2.4 EL MODELO TEORICO DE MOOS**

El modelo teórico que se tomará como punto de referencia para la realización de este trabajo, es el de Rudolf Moos.

Como se expuso en el anterior apartado, existen dos enfoques básicos para categorizar las estrategias de afrontamiento: uno pone énfasis en el foco del afrontamiento, y el otro, en el método.

Moos (1993) combinó esos dos enfoques, para desarrollar una conceptualización del afrontamiento más abarcativa. Tuvo en cuenta la orientación de un individuo hacia un estresor y dividió al afrontamiento en dominios de acercamiento o evitación. Cada uno de estos dominios fue separado en categorías que reflejan afrontamiento cognitivo o conductual. Por consiguiente, se propusieron cuatro categorías

básicas de procesos de afrontamiento: Acercamiento Cognitivo, Acercamiento Conductual, Evitación Cognitiva y Evitación Conductual (Moos, 1993, citado en Jiménez, 2012).

Por lo general, afrontamiento por aproximación, se focaliza en el problema, y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. En cambio, el tipo de afrontamiento por evitación, tiene a estar centrado en la emoción. Refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar el afecto asociado al mismo (Mikulic y Crespi, 2006 citado en Jiménez, 2012)

Cada una de estas categorías se divide en subtipos de afrontamiento: el Acercamiento Cognitivo se divide en Análisis Lógico y Reformulación Positiva; al Acercamiento Conductual, en Búsqueda de Ayuda o Guía y en Solución de Problema; la Evitación Cognitiva en Evitación Cognitiva y Aceptación-Resignación y la Evitación Conductual, en Búsqueda de Gratificaciones Alternativas y Descarga Emocional.

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento: Manual de Formato para Adultos, creado por Moos, (1993), evalúa esas cuatro categorías:

Tabla 1.

*Categorías y subtipos de afrontamiento*

Categorías Básicas de Afrontamiento	Subtipos de Afrontamiento
<b>Acercamiento Cognitivo</b>	<b>Análisis Lógico:</b> Comprende los esfuerzos cognitivos para entender y prepararse mentalmente para enfrentar un elemento generador de estrés y sus consecuencias.

---

	<b>Reformulación Positiva:</b> Abarca los intentos cognitivos para percibir un problema en un sentido positivo, aceptando la realidad de la situación.
<b>Acercamiento Conductual</b>	<b>Búsqueda de Apoyo y Guía:</b> Comprende los esfuerzos conductuales para buscar información, guía o apoyo.  <b>Solución de Problema:</b> Comprende los esfuerzos conductuales para actuar directamente sobre el problema.
<b>Evitación Cognitiva</b>	<b>Evitación Cognitiva:</b> Son los intentos cognitivos para evitar pensar de un modo realista acerca del problema en cuestión.  <b>Aceptación-Resignación:</b> Se refiere a los esfuerzos para reaccionar frente al problema a través de su aceptación.
<b>Evitación Conductual</b>	<b>Búsqueda de Gratificaciones Alternativas:</b> Abarca los esfuerzos conductuales para comprometerse en actividades nuevas y crear fuentes sustitutivas de satisfacción.  <b>Descarga Emocional:</b> Son los esfuerzos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de los sentimientos negativos

---

# **CAPÍTULO 3: EL MEDICO RESIDENTE**

### **3.1 INTRODUCCION**

El trabajo del médico residente se caracteriza por ser complejo, genera una situación altamente estresante desde el punto de vista psicológico. Esto se debe al manejo cotidiano de situaciones límites vinculadas a la muerte, la carga horaria y la demanda constante de sus servicios; lo cual repercute inevitablemente a nivel físico y emocional, contribuyendo a la aparición del Síndrome de Burnout, el cual se caracteriza principalmente por la presencia de los siguientes síntomas: fatiga crónica, insomnio, ausentismo laboral, distanciamiento afectivo, baja autoestima, falta de energía y entusiasmo, entre otros como ya se mencionó en el capítulo I (Pines y Maslach, 1978, citado en Baidal 2006).

El grupo elegido para la realización de la siguiente investigación es el de los médicos que se encuentran realizando la residencia, en cualquiera de sus años.

### **3.2 EL MEDICO RESIDENTE**

La residencia médica, es un programa de formación en servicio, que posibilita a un médico recién recibido alcanzar, en un determinado lapso, las competencias necesarias para desempeñarse como un profesional idóneo, en el marco de una especialidad (Busaniche y Eymann, 2009).

Este sistema de aprendizaje, permite la adquisición de nuevos y cambiantes conocimientos. También otorga la posibilidad de integrarse a un equipo de trabajo, con modelos con quienes identificarse (Busaniche y Eymann, 2009).

A diferencia de los médicos residentes, los médicos que permanecen a planta permanente de los hospitales o de cualquier institución poseen beneficios laborales tales como estabilidad en el trabajo, mejores salarios, jubilación, obra social, entre otros.

### **3.2.1 FACTORES DE ESTRÉS LABORAL EN EL MEDICO RESIDENTE**

Como en cualquier otro trabajo, existe innumerable cantidad de factores estresores. Se mencionarán aquellos que caracterizan de modo particular, al trabajo del médico residente.

Los principales factores de estrés laboral reportados entre médicos residentes son los siguientes:

- **Largas jornadas de atención y sobrecarga de trabajo:**

Los sistemas de formación de especialistas en las distintas áreas de la medicina, históricamente han implicado una gran demanda física e intelectual, producto de largas jornadas laborales diurnas, además de las guardias (Millan, Rojas y Schonhautb, 2009).

Durante estas extensas jornadas diarias de trabajo, el médico residente suele estar sometido a intensas demandas laborales, producto de la sobrecarga de trabajo.

- **El trato con sus superiores:**

Según una investigación realizada por Busaniche y Eymann en el año 2009, se enumera una serie de factores que generan estrés laboral, en lo que respecta a la relación del residente con sus superiores, los siguientes son:

- Percepción de falta de apoyo por parte de superiores.
- Tener que tomar decisiones sin la seguridad de que sean acertadas, sin que haya criterios de actuación claros, a causa de la falta de supervisión.
- La presión constante por parte de los especialistas para que mejore el trabajo.

- **Las guardias y la privación de sueño:**

De acuerdo a un estudio que realizó Santos en el 2007 se pudo observar que la mayoría de los residentes realiza entre cinco y seis guardias al mes y duerme menos de cuatro horas durante la guardia. Manifiestan que preferirían hacer menos guardias y que se sienten mucho más cansados de lo habitual tras hacer una guardia. Muchos reconocen haber usado fármacos para inducir o evitar el sueño y creen que durante su labor asistencial han cometido errores graves al día siguiente de la guardia. Además, creen haber sufrido alguna enfermedad o trastorno físico causado por el trabajo y han tenido algún conflicto con algún otro médico o enfermero por causa de las guardias o durante las mismas. También creen que su estado de ánimo ha empeorado por falta de horas de sueño y piensan que las guardias han influido de forma negativa sobre su calidad de vida.

Algunos estudios consultados muestran que tras la jornada de guardia, los niveles de somnolencia diurna en médicos residentes son similares a los de pacientes con narcolepsia (somnolencia irresistible durante el día) y que padecen privación crónica parcial de sueño. También se ha visto que el trabajo de los residentes favorece el desarrollo de arritmias. Por otro lado, se sabe que el estado de ánimo y el humor se ve



empeorado de forma inequívoca con la fatiga (Menendez-Gonzalez, Ryan Murúa y Garcia Sallaverry, 2005).

Además, la privación de sueño produce efectos similares a los de una intoxicación alcohólica, pues realizar una tarea tras 24 horas de vigilia, equivale a realizarla con una concentración de alcohol en sangre de 0,10%, descendiendo la capacidad de atención visual, la velocidad de reacción, la memoria y el pensamiento creativo. Por ejemplo, se ha demostrado que los errores en la anestesia epidural dependen de forma significativa, de la hora de actuación; de forma tal que si se realiza tras la privación de sueño, los errores son más frecuentes. También se ha demostrado que la habilidad de reconocer arritmias en un electrocardiograma, se reduce considerablemente después de una guardia. También se ha comprobado que la privación del sueño afecta a la coordinación mano-ojo de los cirujanos que realizan cirugía laparoscópica o que aquellos que se habían sometido a la privación de sueño tardaba más tiempo en realizar intervenciones quirúrgicas, que los que habían descansado.

En dicha investigación, Santos observó que cuando el médico residente se encuentra cansado, desarrolla una estrategia para rentabilizar el tiempo e intentar, inequívocamente, maximizar la eficacia: evita realizar actividades en las que se pierda mucho tiempo, como por ejemplo, una anamnesis o exploración física extensa, con lo cual también se afecta la empatía médico paciente y se aumentan los errores.

Concluyendo, podemos decir que la realización de guardias con amplios turnos, influye negativamente sobre la calidad asistencial, generando una predisposición a que se cometan errores graves en el ejercicio de la profesión. También influye de forma negativa sobre la propia salud del médico, ya que favorece el desarrollo de enfermedades, accidentes y conflictos con compañeros.

- **Percepción de maltrato**

De acuerdo a un estudio que se realizó en el año 2010, con 78 médicos residentes de diferentes especialidades y de distintos hospitales de la ciudad de Mendoza, donde se evaluó la percepción de maltrato, las situaciones de maltrato fueron, en orden de frecuencia las siguientes: ser criticado por no realizar tareas administrativas ,ser criticado o humillado públicamente por errores ,recibir gritos falta de respeto al trabajo realizado ,realizar tareas que no tienen que ver con la formación médica, como lavar platos, y limpiar ,realizar exceso de trámites burocráticos, sentirse ignorado o subestimado ,exceso de carga horaria y manejo de situaciones límites sin consejo de superiores ,inversión de dinero en elementos del servicio o agasajos ,exigencias horarias no cumplidas por otros .

Otras situaciones de maltrato fueron: robo ,ser privado de días obligatorios de descanso, poca estimulación a realizar proyectos científicos, ateneos, bibliográficas y haber realizado trabajo en beneficio de otros ,críticas por aspectos de la vida privada ,guardias castigo ,ser privado de necesidades fisiológicas ,haber recibido amenazas de agresión física, comentarios sexuales sobre su cuerpo o parte de él ,recibir golpes o empujones, comentarios desagradables respecto a nacionalidad, raza, religión o físico y ser expuesto a material de contenido sexual o pornográfico ofensivo .

Los principales responsables o perpetradores del maltrato, fueron: Jefe de residentes, instructor de residentes, residente superior, jefe de servicio, médico de planta, enfermería, pacientes/familiares, médicos de otros servicios, administrativos, técnicos y residente del mismo año

Los resultados obtenidos demuestran con crudeza que el maltrato es la regla en las residencias de medicina, sea este físico o verbal. El mismo es percibido de diferentes maneras, principalmente en la forma de comentarios peyorativos de distinta índole, sobreexigencias muchas veces no relacionadas con la formación médica, críticas expresadas en términos agresivos, castigos que incluyen la privación de descanso, entre

otros, y que llevan al residente a sentirse humillado y subestimado. La residencia es una etapa de aprendizaje, no sólo de conocimientos científicos, sino también de normas sociales, de solidaridad y respeto al prójimo. Si estas conductas y normas no son incorporadas como propias, pueden conducir a convertir a los agredidos en agresores o perpetradores del futuro e impedir el desarrollo y adquisición de cualidades y conductas imprescindibles para la formación y crecimiento como profesional y ser humano (Parera, Santolin, Zabala, Salomón y Carena, 2010 citado en Jiménez, 2012).

### **3.2.2 EL SISTEMA DE RESIDENCIAS MÉDICAS EN MENDOZA**

El concurso para el sistema de residencias se encuentra regulado por el Ministerio de Salud de la provincia. Cada año mediante un comunicado o resolución que emite dicho ministerio, se dan a conocer las fechas, los requisitos y la cantidad de plazas disponibles para cada especialidad (Ley No.7.857. Ley de normalización del funcionamiento del sistema de residencias. Publicada en el Boletín Oficial el 27 de junio de 2008.Argentina).

Por cada disciplina se detallan las plazas a ocupar, es decir, la cantidad de residentes que tendrá la posibilidad de ingresar ese año; y los establecimientos tanto públicos como privados en donde podrán hacerlo.

Las residencias pueden ser de 1° o de 2° nivel. Podrán inscribirse como postulantes al concurso de ingreso a la residencias del ministerio de salud de Mendoza, los profesionales que tengan, para las residencias de primer nivel, hasta cinco años de la carrera profesional, y para las residencias de segundo nivel, hasta nueve años de egresados de la carrera profesional.

Por cada especialidad se cuenta con plazas expedidas por la provincia, en donde la ayuda económica mensual la realiza el ministerio de salud de Mendoza, y con plazas

expedidas por la Nación, en donde la ayuda de la misma la realiza el ministerio de salud de la Nación.

El modo de ingreso al sistema de residencias es mediante examen escrito, otorgándole la posibilidad de ingresar a toda persona con la condición de poseer la matrícula profesional o el título al momento de las inscripciones a dicha residencia.

Cada año lectivo se cuenta desde el primer día hábil de junio al último día hábil de mayo del año siguiente, debiendo el residente cumplir con sus obligaciones como mínimo, excluido el mes de vacaciones, once meses.

Tanto para las Residencias de Primer Nivel como las de Segundo Nivel, el Residente debe cumplir con una asistencia de nueve horas diarias (de 8:00 a 17:00 horas), de lunes a viernes, con una hora libre para almorzar y cuatro horas (de 8:00 a 12:00 horas) los sábados.

El residente deberá además realizar guardias en su servicio. La cantidad de guardias mensuales para las residencias de primer nivel no será mayor de ocho para los residentes de primer año; no mayor de seis para los de segundo año y no mayor de cuatro para los siguientes años. Para las residencias de segundo nivel la cantidad de guardias mensuales no será mayor de cuatro, cualquiera sea el año de que se trate.

El residente cuenta con una serie de derechos, deberes y obligaciones que se detallarán a continuación.

#### Deberes y obligaciones del residente

El residente deberá cumplir estrictamente con el Programa de Capacitación establecido para la Residencia. Deberá realizar, actividades correspondientes a cada una

de las áreas de formación: asistencial, investigación, gestión, educación para la salud y tecnologías de la información y la comunicación.

Bajo la supervisión del profesional de Planta encargado del Sector, irá responsabilizándose de la realización de actos profesionales cada vez más complejos, en forma progresiva y consultará obligatoriamente a sus superiores y en su ausencia al Jefe de Guardia, frente a todo paciente con problemas diagnósticos o terapéuticos, de carácter grave, que no pueda resolver.

Con respecto a las actividades académicas y docentes, el Residente, según Programa de Capacitación deberá participar de clases a cargo de residentes, ateneos clínicos, búsquedas bibliográficas, reuniones de discusión de casos clínicos, participación de todas aquellas reuniones que se realicen en el establecimiento y que estén relacionadas con la bioética, preparación de clases o conferencias y coloquios.

El profesional deberá presentar al finalizar cada año lectivo un trabajo de investigación; el Subcomité de Evaluación de Residentes lo tendrá en cuenta al momento de realizar la evaluación anual de los Residentes

#### Derechos del residente

El Residente tiene como primordial derecho el ser capacitado y a recibir una remuneración mensual de acuerdo a lo establecido por la ley que regula dicha residencia.

El Residente y Jefe de Residentes gozarán de treinta días corridos en total de vacaciones por año lectivo. No se podrán exponer razones para no conceder vacaciones. Recibirán el almuerzo, de lunes a viernes, en el establecimiento sede de la residencia. El

residente cuando esté de guardia recibirá alojamiento transitorio durante la misma y desayuno, almuerzo, merienda y cena.

Cabe destacar la importancia de la posibilidad de realizar dichas residencias, ya que brinda la oportunidad a los profesionales más jóvenes de adquirir experiencia y seguir formándose, al mismo tiempo que adquieren una remuneración.

### **3.2.3 EL SINDROME DE BURNOUT EN EL MEDICO RESIDENTE**

Salomón, Alós y Carena (2007) realizaron un estudio en el que compararon el grado de Burnout en los médicos de planta, y en los médicos residentes, o en formación de un hospital público. Los resultados fueron los siguientes:

El análisis arrojó que los médicos residentes poseen mayor cansancio emocional, despersonalización y realización personal que los médicos de planta. Estos perciben con más frecuencia que obtienen cosas valiosas de su trabajo que los médicos de planta, y consideran a la profesión médica de mayor prestigio (Salomón, et al, 2007).

Se atribuyen estos resultados a que los médicos residentes tienen ilusiones, grandes expectativas y proyectos de formación y de futuro. En cambio, aquellos que han pasado esta etapa (médicos de planta), no tienen una visión tan positiva. La edad parece desempeñar un papel moderador, quizá porque el médico, con el correr de los años, tiene un crecimiento profesional y personal, adquiere experiencia y mayor seguridad en las tareas que desempeña y se hace menos vulnerable al estrés laboral (Salomón, et al, 2007).

Al igual que en otros trabajos, la experiencia de “desgastarse” se encontró con mayor frecuencia entre los médicos jóvenes que recién se inician en la práctica

profesional. Se cree que esto se relaciona a que los médicos de reciente graduación no están debidamente preparados para enfrentar los conflictos emocionales y laborales que se les presentan y tienen menor capacidad para controlar y manejar sus propios sentimientos y conflictos (Salomón, et al, 2007).

En relación a la variable sexo, parece ser que los hombres se despersonalizan con mayor frecuencia que las mujeres (Cuevas, Fuente, Alviani y Ruiz, 1995 citado en Aranda Beltrán, 2006); pero en muchos otros estudios los resultados no son concluyentes, pues refieren que los sentimientos de quemarse en el trabajo en general, son mayores en las mujeres (Etzion y Pines, 1986; y Morales, 2004 citado en Aranda Beltrán, 2006). Otros estudios, simplemente revelan no haber encontrado asociación o diferencias estadísticamente significativas entre la variable mencionada y el síndrome de burnout ( Guevara, Henao y Herrera, 2004; Ordenes, 2004 ; citado en Aranda Beltrán, 2006).

Una investigación realizada en México con médicos residentes que trabajaban más de cien horas por semana, evidencia también la relación entre las jornadas laborales extensas y la presencia de síndrome de burnout. En dicha investigación también se pudo asociar el tipo de especialidades, siendo más frecuente el síndrome en las especialidades quirúrgicas. (Lopez-Morales, Gonzalez-Velasquez, Morales-Guzmán y Espinoza- Martínez, 2007)

Según un estudio realizado con profesionales de la salud de habla hispana sobre las consecuencias del síndrome de burnout en los mismos, se pudo observar que la dimensión agotamiento emocional fue la variable asociada al ausentismo, la intención reiterada de renunciar a la profesión y al deterioro personal y de las relaciones familiares. Por lo contrario, la dimensión despersonalización, fue asociada mayormente a los errores diarios que comenten lo médicos en relación a su labor diaria (Rosasuner-Soler, 2014).

Por último, cabe mencionar una investigación reciente realizada en la provincia de Mendoza, con residentes de salud mental, en la cual se encontraron resultados significativos en relación a la cantidad de horas diarias y guardias mensuales que realizan los mismos, obteniendo puntuaciones más altas en la dimensión cansancio emocional en sujetos que realizan más de ocho horas diarias y entre cuatro y más de cuatro guardias al mes. En dicha investigación se observó que la carga horaria y la cantidad de guardias mensuales en exceso son factores predisponentes para padecer síndrome de burnout (Boetto Flavia, 2014).

#### **3.2.4 EL SINDROME DE BURNOUT EN EL MEDICO RESIDENTE DE PEDIATRÍA**

El trabajo del médico pediatra se caracteriza por ser diferente al de los médicos formados en otras especialidades, ya que el profesional no solo trata al niño (su paciente), sino que también lo hace con su familia y su entorno. El pediatra es el encargado de la salud del niño conjuntamente con él (cuando sea posible), con sus familiares, la comunidad, el estado y la sociedad en general (Schonhaut, 2009).

Pedraza Anguera (2011) realizó un estudio en el que enumera las competencias que debe poseer un médico residente en pediatría, entre las cuales se encuentran: el médico pediatra debe ser capaz de establecer una interacción profesional con el recién nacido, el niño, el adolescente y su familia, demostrando habilidades, conocimientos para la relación terapéutica, con la finalidad de identificar áreas de cuidado, contribuir a la adquisición de habilidades de autocuidado, favorecer el bienestar y acompañar en los procesos que conlleven una pérdida o un cambio de vida, realizar educación para la salud al niño, al adolescente, a la familia y a la comunidad identificando sus necesidades, valorar de forma integral y contextualizada al recién nacido, al niño, al adolescente y a su familia, detectando cualquier anomalía y posibles déficits en sus necesidades, detectar y actuar en situaciones de sospecha de abuso sexual o maltrato infantil, siguiendo los protocolos de



actuación establecidos para asegurar el bienestar del recién nacido, el niño y el adolescente (Pedraza Anguera, 2011).

La demande de asistencia pediátrica ha aumentado considerablemente en los últimos años en todo tipo de servicios médicos, tanto hospitalarios como de atención primaria. Se ha observado que este aumento en la demanda de asistencia, así como la precocidad de la consulta respecto al tiempo transcurrido desde el inicio del proceso, están motivados en numerosas ocasiones por la preocupación que genera en los padres los síntomas de la enfermedad, en los que se destaca, entre otros, fiebre en los niños pequeños (Trejo Varela y Damborenea García, 2011).

Este reciente aumento trae como consecuencia directa el ingreso de pacientes por la vía no programada: “urgente”, lo que lleva a la máxima ocupación de turnos, los sobretornos y la saturación del sistema. Esto conjuntamente con otros factores son los que condicionan la vulnerabilidad del pediatra al padecimiento del Síndrome de Burnout (Trejo Varela y Damborenea García, 2011).

Una investigación realizada aquí en la Argentina con médicos residentes de pediatría evidencia que el poco reconocimiento del médico por su jefe o superiores, el reconocido aumento de la demanda en este sector, y la baja remuneración, como los principales factores causales de la aparición del síndrome de Burnout (Marucco, Gil Monte y Flamenco, 2007).

A los factores nombrados anteriormente, Domínguez, le agrega la privación prolongada del sueño. Dicha investigación demostró que la privación del sueño tiene gran impacto sobre el estado de alerta, algunas funciones cognitivas y el estado de ánimo del médico, influyendo de forma negativa sobre su calidad de vida. En lo que concierne al

Síndrome de Burnout, las áreas más afectadas en los médicos pediatras que lo padecían, fueron el cansancio emocional y la falta de realización personal (Domínguez et al., 2009).

Los datos proporcionados anteriormente, junto al porcentaje de residentes que se consideran en riesgo, supone un deterioro importante en la atención pediátrica ofrecida a la población (Domínguez et al., 2009).

Por ello se considera necesario que los departamentos responsables de la atención sanitaria a la población y, en especial, los responsables de la atención pediátrica, desarrollen una política de prevención e intervención para la disminución de los riesgos psicosociales que afectan a los profesionales, y la creación de servicios internos de atención y apoyo psicológico a los mismos (Marucco et al., 2007).

**SEGUNDA PARTE:  
MARCO METODOLÓGICO**

**CAPITULO 4:  
METODOLOGIA DE LA  
INVESTIGACION**

#### 4.1. Objetivos:

Los objetivos para la realización del presente trabajo, son los siguientes:

- Explorar los recursos psicosociales para enfrentar la actividad profesional en el ámbito de la salud pública. Indagar la presencia de indicadores del síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en los residentes de medicina de los hospitales públicos de la ciudad de Mendoza.
- Identificar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal residente de medicina de los hospitales públicos de la ciudad de Mendoza.
- Describir las Estrategias de Afrontamiento empleadas por el personal residente.
- Analizar los resultados de las tres dimensiones del síndrome de burnout , teniendo en cuenta sexo, edad, año de residencia, cantidad de trabajo (guardias realizadas en una semana) y estado civil.
- Analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada por los residentes de medicina, con el nivel de burnout, que los mismos presentan.

## 4.2. Método

### 4.2.1. Diseño y tipo de estudio:

El presente trabajo está dentro de la categoría de diseño **no experimental**. Este tipo de investigación se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, se trata de una investigación en la que no hacemos variaciones intencionales en las variables independientes (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010).

Lo que se hace en la investigación no experimental, es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos. Los sujetos son observados en su ámbito natural, en su realidad. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador (Hernández Sampieri et al., 2010).

El que los sujetos de la muestra sean médicos que se encuentran realizando la residencia, así como las modalidades de afrontamiento y el grado en que se presenta el síndrome de Burnout en los sujetos, son variables que no vamos a manipular, sólo vamos a trabajar con la presencia de la primera variable, y estableceremos una cuantificación de la segunda y tercer variable (Hernández Sampieri et al., 2010)

Dentro del diseño no experimental de investigación, que es el que estamos utilizando en el presente trabajo, encontramos el tipo de diseño transversal (Hernández Sampieri et al., 2010).

El diseño de la presente investigación es de **tipo transversal**, porque se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. El objetivo de la misma es describir a una población determinada en un momento dado, y establecer diferencias y

relaciones entre los grupos que componen la población y entre las variables más importantes (Hernández Sampieri et al., 2010).

Se trata además de un diseño transversal de tipo **descriptivo y correlacional**.

- Descriptivo: dado que el procedimiento consiste en medir algunas variables y proporcionar su descripción. Es, por lo tanto, un estudio puramente descriptivo, y cuando se establecen hipótesis, éstas son también descriptivas (Hernández Sampieri et al., 2010).
- Correlacional: porque el propósito fue medir el grado de relación entre dos variables o conceptos en un contexto, como la presencia o no de Burn out y las estrategias de afrontamiento en los residentes frente a la situación de trabajo (Hernández Sampieri et al., 2010).

#### **4.2.2. Sujetos:**

Para el presente estudio se trabajó con 40 profesionales residentes de medicina de diferentes hospitales de la provincia de Mendoza, de distintos años de residencia.

La muestra está conformada por 40 residentes de medicina que cursan de 1° a 4° año de las residencias. Sus edades oscilan entre los 25 y los 34 años, con una media de 27. En cuanto al sexo, 65% de los sujetos son mujeres y el 35% restantes hombres. En relación a la variable estado civil el 85% son solteros y el 15% restante son casados. Respecto a la distribución de la muestra según el año de residencia, en primer año participaron el 35% de residentes; en segundo año 22,5%; 22,5% en tercer año y un 20% en cuarto año. En función de la variable cantidad de horas diarias el 7,5 % realizan entre 6-8 horas; y el 92,5% más de 8 horas. Por último el 5% de los residentes realizan dos

guardias mensuales; el 15% tres guardias mensuales; el 20% cuatro guardias mensuales; y el 60% más de cuatro guardias.

En la tabla 1 pueden observarse las principales variables sociodemográficas y educativo-profesionales del total de residentes.

**Tabla 1:**

***Valores de frecuencia de variables sociodemográficas y profesionales del total de residentes (n=40).***

Sexo	%
Mujer	65
Hombre	35

Año de Residencia	%
Primero	35
Segundo	22.5
Tercero	22.5
Cuarto	20



Guardias Mensuales	%
	5
Dos	15
Tres	20
Cuatro	60
Más de cuatro	

Horas Diarias	%
	7.5
6-8 horas	92.5
Más de 8 horas	

	Media	27
	DE	$\pm 3.2$
Edad	Mínimo	25
	Máximo	34

#### **4.2.3. Tipo de Muestra:**

La muestra que hemos utilizado en el presente trabajo, es una muestra **no probabilística**, también denominada muestra dirigida (Hernández Sampieri et al., 2010).

En este tipo de muestra, la elección de los sujetos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que se buscan, por ende, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de los investigadores (Hernández Sampieri et al., 2010).

Como se trata de una muestra no probabilística, las conclusiones que se derivan de este trabajo no pueden ser generalizadas a toda la población, sino que son válidas para aquellos sujetos que participaron de la investigación (Hernández Sampieri et al., 2010).

#### **4.2.4. Instrumentos:**

**4.2.4.1. MBI: *Maslach Burnout Inventory*, (Cuestionario de Burnout de Maslach) Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). (Adaptación de Hein, 2005):**

##### **Descripción General:**

El inventario “Burnout” fue creado por Maslach y Jackson en el año 1981, en Palo Alto, California, U.S.A. Su versión en castellano, ha sido empleada por muchos profesionales de la salud mental.

Es un cuestionario constituido por 22 ítems, que expresan afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los que reciben su servicio.

Se utilizó la versión adaptada de Hein (2005), compuesta por 27 ítems, que obtuvo una confiabilidad aceptable a través del alfa de Cronbach, de 0,789. Fueron agregados cinco ítems a la subescala de despersonalización para mejorar la consistencia interna de la misma. Estos nuevos ítems fueron construidos por la autora de esta investigación y son los siguientes: *mantengo un trato impersonal y distante con algunas personas a las que doy servicio; algunas circunstancias de mi trabajo me llevan a ser emocionalmente frío con las personas; creo que me cuesta ponerme en el lugar de las otras personas; debido a mi profesión construyo una barrera protectora que me distancia de algunas personas a las que doy servicio; y siento que en mi trabajo trato los problemas de las personas con un poco de frialdad.*

Para la clasificación de los ítems se emplea un sistema de respuesta que puntúan la frecuencia con la que el sujeto experimenta los enunciados en cada ítem, se utiliza el sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles de 0 a 6 (0 = nunca; 1 = pocas veces al año o menos; 2 = una vez al mes o menos; 3 = unas pocas veces al mes; 4 = una vez a la semana; 5 = pocas veces a la semana; 6 = todos los días).

El cansancio emocional (CE): conformado por 9 ítems, explora el sentimiento de que nada se puede ofrecer a otras personas, junto con la sensación de falta de recursos emocionales. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir, entre mayor puntuación obtenida en estos ítems, mayor el riesgo experimentado por el sujeto. La despersonalización (DP): consta de 10 ítems, supone el desarrollo de actitudes negativas, insensibles y distantes hacia los destinatarios de los servicios que se prestan. Mediante esta actitud el sujeto trata de aislarse para protegerse de la falta de energía emocional, tratando a los demás como objetos o números más que como

personas. Esta escala también es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La realización personal (RP): conformado por 8 ítems, éste sentimiento surge al comprobar que las demandas que se le hacen al trabajador exceden de su capacidad para atenderlas, junto a la percepción de inexistencia de posibilidades de promoción personal. Esto produce una disminución de las expectativas personales y una evaluación negativa de uno mismo con sentimientos de fracaso, rechazo de sí mismo y baja autoestima. Es inversamente proporcional a la intensidad del síndrome; es decir a menor puntuación en realización y logros laborales, más afectado o mayor riesgo presenta el sujeto.

Los ítems que corresponden a cada una de las dimensiones mencionadas son los siguientes:

- Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 15, 17,21.
- Despersonalización: 5, 8, 11, 12, 16, 19, 20, 22, 24,25
- Realización personal: 4, 7, 10, 13, 18, 23, 26,27.

#### **Normas de aplicación y corrección:**

En principio, el M.B.I. puede ser autoaplicable, así como administrado en una situación individual o colectiva. Las instrucciones necesarias están impresas en el mismo cuestionario.

El instrumento no tiene tiempo limitado, y la mayoría de las personas demora entre 10 y 15 minutos en completarlo.

Cuando se aplica el M.B.I., se intenta crear un buen clima, que facilite una cumplimentación sincera.

El examinador debe procurar minimizar los sesgos de respuesta, a través de la ayuda de:

- **Carácter privado:** El examinado debe sentirse totalmente libre a la hora de ir dando sus respuestas. Se debe evitar comentar en voz alta el contenido de los elementos, pues las opiniones de los demás pueden influir en las respuestas personales. No es aconsejable, por lo tanto, entregar los cuestionarios para ser cumplimentados en otros momentos o en el hogar.
- **Confidencialidad:** Si es posible, se debe contestar de modo anónimo. Cuando esto no es posible, se puede acudir a procedimientos tales como códigos numéricos, que ayuden a que la persona se sienta cómoda y segura a la hora de responder.
- **Sensibilidad Previa:** Debe evitarse que las creencias personales sobre el síndrome del estrés laboral asistencial afecten a las respuestas. Es por este motivo que no se emplean este tipo de términos en el cuestionario. Este sólo se presenta como una encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante su trabajo. La finalidad de la medición debe aparecer posteriormente, cuando se pretenda realizar alguna intervención terapéutica.

#### **Criterios para la interpretación:**

Para la corrección del cuestionario, se procede sumando el número que se corresponde a la frecuencia que el individuo ha dado a cada afirmación, para cada una de las dimensiones del síndrome. Altas puntuaciones en las subescalas cansancio emocional y

despersonalización, y baja puntuaciones en la escala realización profesional muestran un alto grado de burnout. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización, y de altas puntuaciones en la de realización personal son indicativas de un bajo grado de burnout.

Las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentil para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría alto. Entre el percentil 25 y 75 medio y por debajo del percentil 25, en la categoría bajo (Maslach y Jackson, 1997)

#### **4.2.4.2. CRI (Adult - Form), Coping Responses Inventory (Inventario de Respuestas de Afrontamiento), Rudolph H. Moos, 1993 (Adaptación: Mikulic y Crespi 2008),**

##### **Descripción general**

El CRI – Adultos, es una herramienta utilizada para identificar y monitorear estrategias de afrontamiento en adultos, desarrollando mejores descripciones de los casos clínicos y ayudando en la planificación y finalización de los tratamientos.

Este inventario de auto-reporte, identifica respuestas cognitivas y conductuales utilizadas por el individuo, para afrontar problemas recientes o situaciones estresantes. Es una medida de ocho tipos diferentes de respuestas a circunstancias estresantes de la vida.

Las primeras cuatro escalas miden estrategias de afrontamiento de **acercamiento**, y las últimas cuatro miden estrategias de afrontamiento de **evitación**, tanto cognitivas como conductuales.

A continuación, detallaremos cada una de las subescalas:

**Análisis Lógico:** Comprende los esfuerzos cognitivos para entender y prepararse mentalmente para enfrentar un elemento generador de estrés y sus consecuencias.

**Reevaluación Positiva:** Abarca los intentos cognitivos para construir y reconstruir un problema en un sentido positivo, aceptando la realidad de la situación.

**Búsqueda de Apoyo:** Consiste en los esfuerzos conductuales para buscar información, guía o apoyo.

**Solución de Problemas:** Comprende los esfuerzos conductuales para actuar directamente sobre el problema.

**Evitación Cognitiva:** Son los intentos cognitivos para evitar pensar de un modo realista acerca del problema en cuestión.

**Aceptación - Resignación:** Se refiere a los esfuerzos para reaccionar frente al problema a través de su aceptación.

**Recompensas Alternativas:** Abarca los esfuerzos conductuales para comprometerse en actividades nuevas y crear fuentes sustitutivas de satisfacción.

**Descarga Emocional:** Son los esfuerzos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de los sentimientos negativos.

Cada una de estas ocho escalas está compuesta de seis ítems. Por ejemplo, la escala de Análisis Lógico comprende preguntas como:

¿Elaboró en su mente lo que debía pensar o decir?

¿Trató de anticipar las nuevas exigencias a las que se vería sometido?

El primer grupo de cuatro escalas mide el afrontamiento de acercamiento de las cuales, las dos primeras miden estrategias de acercamiento cognitivo y las otras dos miden estrategias de acercamiento conductual.

El segundo grupo de cuatro escalas, mide el afrontamiento evitativo, de las cuales las dos primeras miden estrategias de evitación cognitiva y el resto, estrategias de evitación conductual.

En este inventario, los individuos seleccionan y describen un estresor reciente (focalizado) usando una escala de cuatro puntos para determinar su acuerdo con cada uno de los cuarenta y ocho ítems de afrontamiento.

Asimismo, esta escala incluye también, un grupo de diez ítems que proporcionan información sobre cómo los individuos evalúan el estresor focalizado y sus consecuencias.

La evaluación de los diez ítems brinda información sobre el contexto del estresor, tales como: si ocurrió antes y si era esperado por el sujeto, como también, si el individuo reaccionó a este estresor como una amenaza o como un desafío.

Del mismo modo estos ítems también evalúan la percepción del individuo sobre la causa del estresor y si el problema fue o no resuelto. Estos son incluidos debido a las conexiones que existen entre las evaluaciones y las respuestas de afrontamiento; por ejemplo, los individuos que ven a un estresor como un desafío es más probable que los afronten activamente.

#### **Normas de Aplicación:**

Este cuestionario puede ser administrado como auto – reporte o como una entrevista estructurada en la primera parte del test, la persona debe consignar datos



demográficos tales como: nombre, fecha, sexo, edad, estado civil y nivel educacional alcanzado.

La consigna consiste en solicitarle a la persona que piense y que luego describa en el espacio provisto en la hoja, acerca de los problemas que haya experimentado en los últimos doce meses (por ejemplo un problema con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un familiar o amigo, un accidente o enfermedad o pérdida financiera o problemas laborales).

En el caso que la persona no haya experimentado un problema con esas características, entonces le pedimos que haga referencia a un problema menor que haya tenido que resolver.

Después se le solicita que responda a diez preguntas, teniendo en cuenta el problema descrito, haciendo un círculo en la respuesta apropiada, teniendo en cuenta si su respuesta es:

- “Definitivamente No”: DN
- “ Principalmente No”: PN
- “ Principalmente Sí”: PS
- “ Definitivamente Sí”: DS

Algunos ejemplos de estas preguntas son:

*¿Ha enfrentado un problema igual a éste antes?*

*¿Tuvo suficiente tiempo para prepararse para manejar este problema?*

En la segunda parte, se presentan cuarenta y ocho preguntas, las cuales, después de ser leídas cuidadosamente, el encuestado debe responder encerrando en un círculo la

respuesta que le parezca adecuada a cada una de las preguntas. Las respuestas que puede elegir, son las siguientes:

- “No, o tiende a no” (N),
- “Sí, una o dos veces” (U),
- “Sí, algunas veces” (A)
- “Sí, Frecuentemente” (F).

En el caso de que la persona decida no responder algún ítem, debe circularlo en su hoja de respuesta para informar que ha decidido saltarlo. Si en cambio, decide que el ítem no es aplicable a sí mismo, entonces debe circular la opción NA (No Aplicable). También podrá cambiar una respuesta marcando una X sobre la respuesta original, y circulando la nueva respuesta.

Cada una de estas respuestas tiene un valor que va desde el 0 a 3. La suma de los valores de las respuestas 1, 9, 17, 25, 33 y 41 dan el valor del puntaje bruto de la escala de Análisis Lógico. Un procedimiento análogo se utiliza para las demás escalas. Los valores de las respuestas son:

- N = 0
- U = 1
- A = 2
- F = 3

Para la corrección del cuestionario, se procede sumando los valores que pueden ir de 0 a 18 pertenecientes a cada una de las 8 escalas que está compuesta por 6 ítems. Altas puntuaciones en cada una de las escalas informan sobre la utilización de las estrategias de afrontamiento ante la situación o problema planteado (en este caso frente al trabajo cotidiano que tienen los residentes) de los participantes de la muestra. La

presencia de bajas puntuaciones en cada una de estas escalas son indicativas de la ausencia de utilización de estas estrategias de afrontamiento por parte de los sujetos. Las puntuaciones de los sujetos luego son clasificadas mediante un sistema de percentil para cada escala.

### **Fundamento del Inventario de Respuestas de Afrontamiento:**

Las teorías contemporáneas enfatizan los aspectos multidimensionales de las evaluaciones y los procesos de afrontamiento. Los investigadores han usado dos abordajes conceptuales para clasificar las respuestas de afrontamiento. Uno de estos abordajes enfatiza la orientación o **foco** del afrontamiento (focalizado en el problema o focalizado en la emoción), mientras que otros enfatizan el **método** del afrontamiento (cognitivo o conductual).

El CRI – Adultos, combina esos dos abordajes. Este inventario evalúa ocho tipos de respuestas de afrontamiento que reflejan estas dos dimensiones (el foco y el método). El inventario divide las respuestas de afrontamiento en respuestas Acercamiento o Evitación. Cada uno de esos grupos de respuestas está dividido en dos categorías que reflejan métodos de afrontamiento cognitivos o conductuales.

En términos generales, el afrontamiento de acercamiento está focalizado en el problema. Éste refleja esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver estresores vitales. En contraste, el afrontamiento evitativo tiende a ser focalizado en las emociones y refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar acerca de los estresores y sus implicaciones, o de manejar el afecto asociado con estos.

El primer conjunto de 4 escalas mide Afrontamiento de Acercamiento, el segundo conjunto de 4 escalas, mide Afrontamiento de Evitación.

#### 4.2.4.3. Encuesta de Datos Socio-Demográficos:

Se consideró además una breve encuesta, en la que se indagó acerca de algunos datos demográficos:

- Edad: Actualmente la ley que regula el sistema de residencias, no consigna ninguna edad específica o límite para ingresar a la misma. El único requisito con respecto al límite de tiempo reside en tener hasta 5 años de egresado de la carrera de medicina para las residencias de primer orden, y 9 años para las residencias de segundo orden.
- Estado Civil: se tomaron como sub-categorías

-soltero

-casad

- Cantidad guardias realizadas durante un mes: Aquí utilizamos cuatro subcategorías:

-1

-2

-3

-4

-Más de 4

A medida que se avanza de año en la residencia, van disminuyendo las horas de guardias que deben realizar los residentes.

- Horas diarias en promedio que trabaja: las sub-categorías utilizadas son:

- Entre 0 y 6 horas

- Entre 6 y 8 horas

- Más de 8 horas

A medida que se avanza en la residencia disminuyen las horas de guardia que se deben realizar, por lo tanto también disminuyen las horas promedio que se trabajan en general.

- Año de Residencia: La residencia de medicina se divide en 4 años, por ello, las sub categorías utilizadas en esta variable fueron:

- Primer año

- Segundo año

- Tercer año

- Cuarto año

Cada año de la residencia cuenta con una capacitación diferente y cada vez mas especializada, y a su vez van cambiando los regímenes de trabajo y de tareas asignadas. En general el residente de primer año (R1) cuenta con la mayor carga horaria del total de la residencia y tiene asignadas tareas varias. A medida que se va avanzando, esto se va modificando.

#### **4.2.5. Procedimiento**

Para llevar a cabo este estudio, se pidió autorización para poder ingresar a los establecimientos públicos, donde también se explicaron los motivos del presente trabajo. Posteriormente, y de forma individual, se inició el contacto con los médicos, con el objetivo de aplicar las escalas seleccionadas para la investigación. Previo a la administración de las escalas, se explicaron los objetivos de la investigación y se les hizo firmar a los residentes, el consentimiento informado para participar en la investigación, en donde se les informa que la publicación de datos será anónima, que no aparecerán dichos nombres en ninguna publicación sino que serán identificados por un número o código. Por último se les comunica que el investigador podrá responder oportunamente a cualquier pregunta respecto de los procedimientos cuando haya terminado la investigación.

Tanto los registros del MBI, como del inventario de respuestas de afrontamiento, se realizaron en los horarios en que los médicos estaban trabajando. Las escalas fueron completadas durante los momentos de descanso. En algunos casos, se acordó pasarlas a buscar al día siguiente, debido a que no podían ser completadas en el momento.

Los instrumentos de medida seleccionados, fueron ambos inventarios auto-administrados, de fácil comprensión y cumplimentación. En primer lugar se administró el Inventario de Respuestas de Afrontamiento. Posteriormente, el Inventario de Burnout

# CAPÍTULO 5: ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En función del primer objetivo el cual establecía identificar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal residente de medicina de los hospitales públicos de la ciudad de Mendoza, se calcularon los percentiles de cada dimensión del MBI (ver tabla 1) para de esta forma, poder determinar en los sujetos quienes poseen las condiciones que indicarían la presencia de Burnout: puntuaciones altas en Cansancio Emocional y Despersonalización, y puntuaciones bajas en Realización Personal (Maslach y Jackson, 1981).

**Tabla 1**

*Puntajes percentiles y puntajes brutos*

<b>Percentiles</b>	<b>Cansancio Emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización Personal</b>
5	10.00	6.15	27.00
25	19.00	18.25	32.25
75	33.75	36.75	40.00
95	41.85	46.95	46.95

Seguidamente, se analizó qué cantidad de sujetos que cumplían con los indicadores antes mencionados, como también aquellos que presentan 2 de los 3 requisitos establecidos. Los resultados se exponen a continuación.



**Tabla 2***Porcentaje de sujetos en riesgo de burnout*

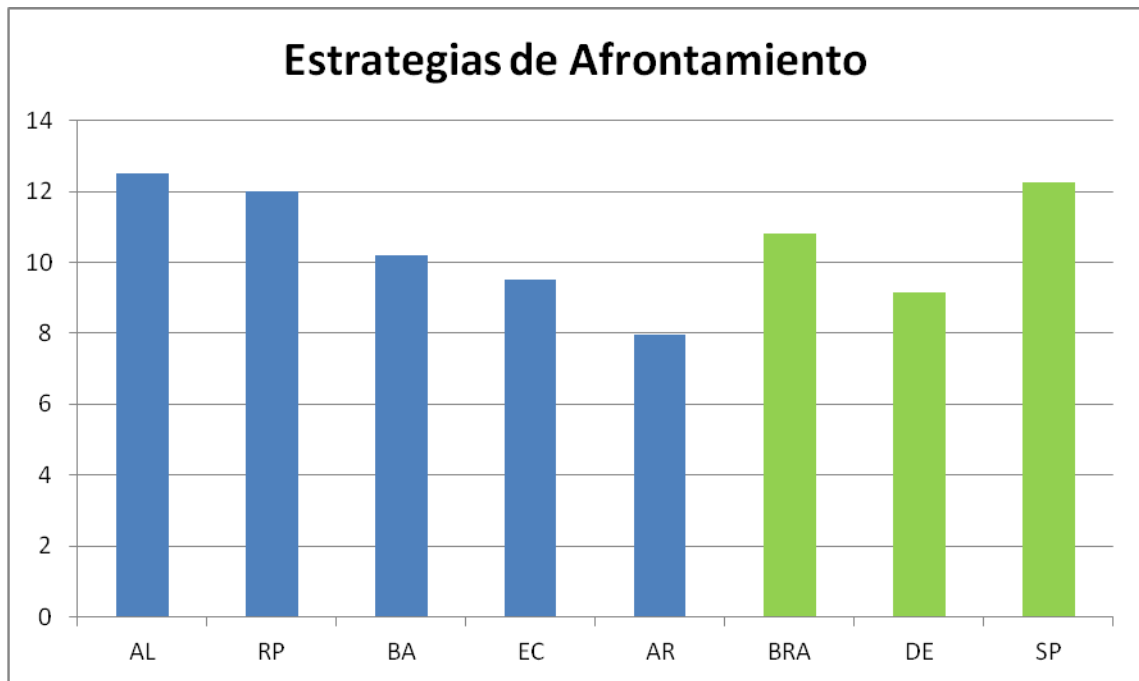
	n	Año de Residencia	
Sujetos en riesgo de burnout	9(36%)	Primero	4
		Segundo	1
		Tercero	2
		Cuarto	2

Como resultado, ninguno de los sujetos cumplía con los tres requisitos para presentar el Síndrome de burnout. En tanto que 9 de ellos presentaron dos de los tres indicadores, considerándose en riesgo.

Con respecto al segundo objetivo, el cual establecía describir las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales residente, los resultados arrojaron que las estrategias utilizadas con mayor frecuencia son, a nivel cognitivo, Análisis Lógico con un puntaje de 12.50, y a nivel conductual, Solución de Problemas con 12.25 puntos.

**Tabla 3***Puntajes estrategias de afrontamiento*

Tipo de estrategias	Estrategias	Puntaje Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Cognitivas	<b>Análisis Lógico</b>	12.50	2.19	8.00	18.00
	Reevaluación positiva	12.00	3.11	5.00	18.00
	Evitación cognitiva	9.52	3.44	2.00	17.00
	Aceptación resignación	7.95	3.20	1.00	15.00
Conductuales	Búsqueda de apoyo	10.20	3.53	1.00	18.00
	<b>Solución de problemas</b>	12.25	3.40	5.00	18.00
	Búsqueda de recompensas y alternativas	10.80	2.98	5.00	15.00
	Descarga emocional	9.15	3.34	2.00	16.00



**Figura 1:** *Puntajes medios correspondientes a las estrategias de afrontamiento*

En función del tercer objetivo, el cual planteaba analizar si existían relaciones significativas entre las dimensiones del síndrome de burnout, con variables socio profesionales como sexo, edad, año de residencia, cantidad de horas de trabajo y de guardias realizadas por mes y estado civil, los resultados arrojaron lo siguiente:

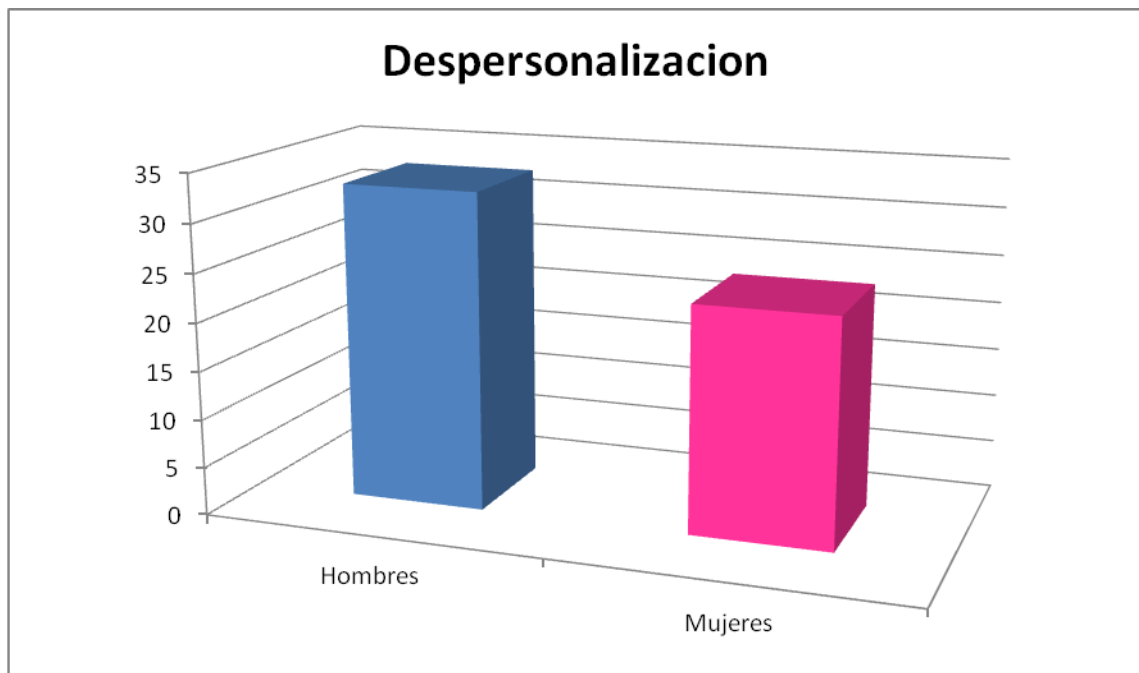
En primer lugar, se analizó si existían diferencias significativas en función del sexo (ver tabla 4). Para ello se utilizó la prueba de U de Mann Whitney.

**Tabla 4**

*U Mann Whitney en relación a sexo de los profesionales.*

	U	P
Cansancio Emocional	154	n.s.
Despersonalización	99.50	<.05
Realización personal	164	n.s.

En el análisis se encontraron diferencias significativas en función del sexo y la dimensión despersonalización del síndrome de burnout (U=99.50  $p< .05$ ).



**Figura 2:** *Medias de Despersonalización en relación al sexo de los residentes.*

En segundo lugar se observó si existía correlación en función de la cantidad de guardias realizadas por mes por el personal residente, para lo cual se utilizó la prueba de correlación de Pearson (ver tabla 5)

**Tabla 5**

*Correlaciones entre cantidad de guardias realizadas por mes y dimensiones de Síndrome de Burnout.*

		Cantidad de guardias por mes
Cansancio emocional	<i>r</i>	.246
Despersonalización	<i>r</i>	.050
Realización personal	<i>r</i>	-.400*

Nota: \* $p < .05$

Se encontró una correlación significativa de tipo negativa de intensidad débil entre la cantidad de guardias realizadas por mes y la dimensión realización personal ( $r = -.400$ ;  $p < .05$ )

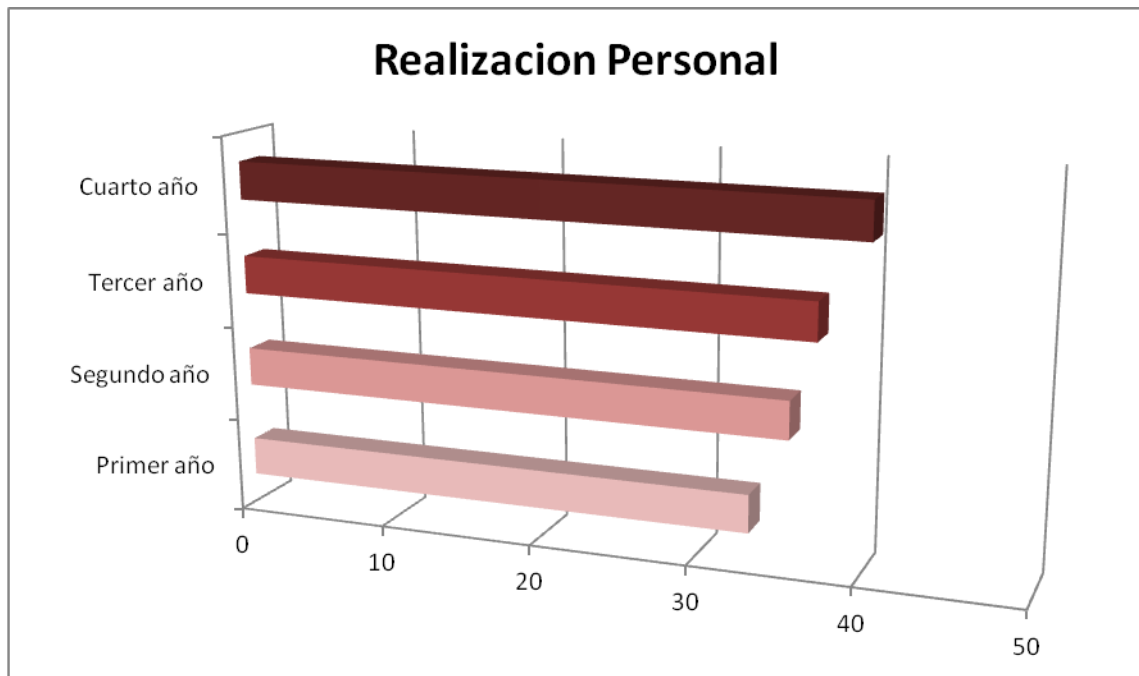
En tercer lugar se estudió si existían diferencias significativas entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los años de residencia. Para ello se utilizó la prueba ANOVA de Kruskal-Wallis (ver tabla 6)

**Tabla 6**

*ANOVA de Kruskal-Wallis en relación a los años de residencia*

<b>Dimensiones del MBI</b>	<b>Chi</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
	<b>cuadrado</b>		
Cansancio emocional	3, 558	3	n.s.
Despersonalización	,282	3	n.s.
Realización personal	8,759	3	< .05

Se encontró una diferencia significativa entre la variable años de residencia y la dimensión Realización Personal (Chi 8,759;  $p < .05$ ).



**Figura 3:** *Medias de Realización personal según año de residencia.*

En relación a las variables cantidad de horas de trabajo, edad y estado civil, no se encontraron diferencias significativas.

Con respecto al cuarto objetivo, el cual plantea analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada por los residentes de medicina, con el nivel de burnout que los mismos presentan, se observó lo siguiente: (Ver tabla 8)

**Tabla 8**

*Correlaciones entre estrategias de afrontamiento y dimensiones del Síndrome del burnout.*

		Aceptación Resignación	Búsqueda de recompensa y alternativas	Solución de Problemas
Cansancio Emocional	<i>r</i>	.511**	n.s.	n.s.
Realización Personal	<i>r</i>	-.317*	.371*	n.s.
Despersonalización	<i>r</i>	n.s.	n.s.	-.344*

Nota: \*\* < .01; \* < .05

Se observaron 4 correlaciones significativas entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones del Síndrome de burnout. Dos de ellas negativas: realización personal- aceptación resignación ( $r = -.317$ ;  $p < .05$ ) y despersonalización- solución de problemas ( $r = -.344$ ;  $p < .01$ ); y dos positivas: cansancio emocional- aceptación resignación ( $r = .511$ ;  $p < .01$ ) y realización personal- búsqueda de recompensas y alternativas ( $r = .371$ ;  $p < .05$ ). Todas de intensidad muy débil.

# CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN



El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general indagar las variables asociadas al burnout en profesionales de la salud en 40 residentes de pediatría de la provincia de Mendoza de 1° a 4° año. Se discutirán los resultados de acuerdo a cada objetivo específico.

El primer objetivo corresponde a evaluar el porcentaje de profesionales residentes que presentan indicadores de burnout. Los resultados arrojaron que ningún sujeto presenta indicadores de burnout y 9 sujetos (36%) se encuentran en riesgo de padecer dicho síndrome. La teoría manifiesta que altas puntuaciones en la sub-escala cansancio emocional y despersonalización y bajas puntuaciones en la escala realización personal, están relacionados con la presencia de indicadores de burnout (Maslach y Jackson, 1997).

A partir de los datos obtenidos se puede afirmar que dentro de los sujetos que se encuentran en riesgo de padecer burnout, el 45% están cursando primer año de la residencia, el 11% segundo año, el 22% tercer año y el 22% el cuarto de la misma.

Como se puede inferir, el índice de indicadores de burnout observado en esta investigación es llamativamente bajo en comparación a la bibliografía consultada, ya que se habla de sujetos en riesgo de padecer el síndrome. Esto puede deberse a la forma en que se corrigió la prueba, es decir, como consecuencia de no existir un baremo para la población Argentina, se calcularon los percentiles para la propia muestra y ello hace más difícil que los sujetos reúnan los tres criterios para padecer el síndrome de burnout.

Dichos resultados difieren de la investigación realizada por Marucco (2008), donde se evidencia la presencia de índices elevados de síndrome de burnout en residentes pediatras, aunque cabe aclarar que en dicho estudio también se observó la existencia de sujetos en riesgo de padecer este síndrome como se observa en la presente investigación.

En relación al segundo objetivo, el cual establece describir estrategias de afrontamiento empleadas con mayor frecuencia por el personal residente, los resultados revelan que son las estrategias de acercamiento, tanto cognitivas como conductuales, es decir que los comportamientos están orientados a acercarse y enfrentar la situación. Estas estrategias que utilizan mayormente son Análisis Lógico y Solución de Problemas. Cabe aclarar que esta última hace referencia a los esfuerzos conductuales para actuar directamente sobre el problema. Con respecto a Análisis Lógico comprende los esfuerzos cognitivos para atender y prepararse mentalmente para enfrentar un elemento generados de estrés y sus consecuencias (Moos, 1993).

Estos resultados se diferencian de los obtenidos en dos investigaciones, una es la investigación de Arias Congrains (1998) en la que se concluyó que las estrategias de afrontamiento de mayor uso por los residentes fueron aquellas enfocadas en la emoción, como lo son aceptación-resignación y búsqueda de apoyo social. En dicha investigación también se pudo observar que casi la mitad de los residentes participantes tienen dificultades en el aspecto emocional del estrés, hecho que afecta negativamente la relación médico- paciente y su rendimiento. La segunda es la investigación realizada por Marín Sánchez et. al. (2005) que a diferencia de los resultados arrojados por la presente investigación, sostiene que los profesionales aquejados del síndrome de burnout tienden al uso de estrategias más de tipo pasivas, como por ejemplo: búsqueda de apoyo. No obstante, cabe destacar que dicha investigación coincide en otros aspectos con la presente, ya que plantea que los sujetos que no cumplieron con los indicadores de burnout utilizaron más frecuentemente estrategias de afrontamiento más activas, como por ejemplo: Solución de Problemas.

Con respecto al tercer objetivo que plantea si existen relaciones significativas entre las dimensiones de síndrome de burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) con variables socioprofesionales de los residentes, se contempló lo siguiente:

En relación al sexo se encontraron diferencias significativas entre este y la dimensión despersonalización del síndrome de burnout. Los resultados arrojaron que los hombres obtuvieron mayor puntaje que las mujeres en la dimensión despersonalización.

Estos resultados coinciden con dos investigaciones previas, ambas realizadas con residentes de medicina general, sin discriminar especialidades. La primera es el estudio de Ordenes (2004), donde no se observaron diferencias significativas de sexo en las puntuaciones de burnout, y por otro lado, un estudio realizado por Boetto (2014) con residentes de salud mental, en donde también se concluye que no existen relaciones significativas en relación al sexo ni un grupo que se aproxime más a los niveles de riesgo.

Por otro lado, estos resultados difieren de lo observado en otras investigaciones: la primera realizada por Morales, Gallego y Rotger (2004), donde se pudo observar que los sentimientos de quemarse por el trabajo son mayores en las mujeres residentes de medicina en general que en los hombres y la segunda, un estudio de Atance Martínez (1997), en el cual también manifiesta que las mujeres, sin discriminar especialidad, serían el grupo más vulnerable a padecer dicho síndrome, o al menos a puntuar más alto en algún indicador del mismo.

En cuanto a lo referido a la cantidad de guardias mensuales realizadas por los residentes, se encontró una correlación significativa de tipo negativa entre esta variable y la dimensión Realización Personal. Es decir, a medida que disminuye el número de guardias realizadas por los residentes, aumenta el valor de realización personal de los mismos.

Esto se debe a que la realización de guardias médicas implica una disminución considerable en lo que respecta a las horas de descanso del médico residente. Según una investigación realizada por Domínguez (2009) la privación de sueño luego de una guardia tienen gran impacto sobre el estado de ánimo, el estado de alerta y algunas funciones cognitivas del profesional residente en pediatría. En dicho estudio también se pudo

observar que en lo que concierne al Síndrome de burnout, las áreas más afectadas fueron cansancio emocional y la falta de realización personal, coincidiendo con la presente investigación.

Dichos resultados coinciden con diversos autores que mencionan el número de guardias realizadas por mes como uno de los factores principales para la prevalencia del síndrome de burnout en residentes tanto de medicina general como específicamente en pediatras (Granada Jiménez, Morales Socorro y López-Ibor Aliño ,2010 ;Santos, 2007 ; Schonhaut et. al, 2009).

Teniendo en cuenta el año de residencia, los resultados arrojaron la existencia de una diferencia significativa entre esta variable y la dimensión realización personal, es decir, a mayor año de residencia transitado, aumenta la dimensión realización personal en los profesionales residentes. Cabe aclarar que a medida que se avanza en la residencia el número de guardias disminuye como también se ve afectada la posibilidad de elegir los días de la semana en que las mismas se realizan. A su vez, progresar en los años de residencia aumenta las responsabilidades asumidas y aumenta las injerencias sobre otros residentes de niveles inferiores. Esto muestra que al adquirir mayores conocimientos sumado a mejoría de las condiciones de capacitación hace esperable la modificación en la realización personal.

Estos resultados coinciden con dos estudios previos. El primero realizado por Arias Congrains (1998), quien observó que los residentes de medicina general que sufren mayormente del síndrome de burnout y simultáneamente poseen modos de afrontamiento menos adaptativos, son los médicos pertenecientes al primer año de la misma. Por otro lado, la investigación realizada por Belthelmy Rincón y Guarino (2008), en donde se infiere que el mayor porcentaje de indicadores del síndrome de burnout se observa en profesionales que están comenzando su residencia médica, no aclarando la especialidad elegida.

Por último la investigación realizada por Boetto (2014), difiere de los resultados recién descritos, ya que manifiesta que no se encontraron relaciones significativas en relación al año de residencia y la presencia del síndrome de burnout. Cabe aclarar que dicha investigación se realizó con residentes de salud mental.

No existen relaciones significativas entre edad y dimensiones del síndrome de burnout, ni tampoco un grupo que se aproxime más a niveles de riesgo. Dichos resultados difieren de dos investigaciones, una realizada por Salomón, Alós y Carena, (2007), quien concluye que la experiencia de desgastarse por el trabajo se encontró con mayor frecuencia entre los médicos más jóvenes que recién inician la práctica profesional, y la otra investigación realizada por Arias Congrains (1998) en la que manifiesta que los residentes que utilizaban estrategias de afrontamiento inadecuadas y puntuaban mayores indicadores del síndrome de burnout, eran los más jóvenes de la muestra.

La relación entre estado civil y las dimensiones del síndrome de burnout tampoco manifestaron relaciones significativas, coincidiendo con López Morales et al (2006), quienes no observaron ninguna incidencia de dicha variable con la aparición de algún indicador del síndrome de burnout.

Por otro lado, estos datos no coinciden con el estudio realizado por Arias Congrains (1998), quien postula que los residentes casados cumplen con menos indicadores de burnout que los solteros. Por último, estos resultados también difieren de la investigación realizada por Thonmasen et al (2001), en donde se concluye que uno de los factores de riesgo para el desgaste profesional es ser soltero.

Por último, en lo referido a la cantidad de horas trabajadas por los profesionales residentes, tampoco se encontraron diferencias significativas en dicha muestra. Estos resultados no coinciden con investigaciones previas donde se observó que la frecuencia de casos sintomáticos de burnout aumenta con las horas de trabajo semanal y que se relaciona las manifestaciones de despersonalización y agotamiento personal con el

número de horas de trabajo diarias (Ávila, Gómez Hernández y Montiel Salgado, 2010 citado en Boetto, 2014; Ordenes, 2004). Asimismo, Gopal (2005) identificó el número de horas de trabajo semanales como uno de los factores principales para el síndrome de burnout, presentando como solución la reducción de horas de trabajo para disminuir el desgaste del residente (citado en Carrillo-Esper et .al., 2012).

Esto coincide también con otros dos estudios; uno realizado por Atance Martínez (1997), quien postula que la sobrecarga laboral produciría en profesionales asistenciales una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores; y otro realizado por López Morales et. al. (2006), quienes evidencian la relación entre las jornadas laborales extensas y la presencia del síndrome de burnout.

Con respecto al cuarto objetivo que plantea analizar si existen correlaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de síndrome de burnout se pudo observar la existencia de cuatro correlaciones significativas. Dos de ellas negativas: realización personal-aceptación resignación y despersonalización- solución de problemas; y dos positivas: cansancio emocional-aceptación resignación y realización personal-búsqueda de recompensas y alternativas.

Estos resultados nos señalan que los residentes que utilizan estrategias de afrontamiento de tipo pasivas, tienen mayor probabilidad de padecer el síndrome de burnout o algunos de sus indicadores.

Cabe aclarar que por estrategias de tipo pasivas o evitativas se entienden las respuestas que se dirigen a rodear o evitar la situación estresante. Esto puede incrementar la angustia, y de esta manera, incrementar futuros problemas (Piamontesi y Heredia, 2009). Por el contrario las estrategias como Solución de Problemas y Búsqueda de Recompensas y Alternativas, son estrategias que tienden a dirigir o solucionar el problema para así eliminar el estrés o minimiza sus efectos. Generalmente las personas que utilizan

más esta clase de afrontamiento tienden a adaptarse mejor a los estresores vitales y experimenta menor sintomatología psicológicas (Vezzoni, 2002).

Esto muestra que la utilización de estrategias más activas mejora a capacidad de adaptación a situaciones cambiantes de la vida cotidiana y mayormente cuando se trata de situaciones estresantes frente a las cuales el residente puede responder adaptativamente o utilizar estrategias de tipo pasivas o evitativas, las cuales a largo plazo podrían influir en la aparición del Síndrome de burnout o alguna de sus dimensiones.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Marín Sánchez et. al. (2005), en el cual se observó que la variable cansancio emocional correlaciona significativamente de forma negativa con la estrategia de afrontamiento Solución de Problemas, y positivamente con la estrategia de Evitación; por otro lado la Variable realización personal correlaciona significativamente con la estrategia Solución de problemas. Es decir, que dichos resultados muestran que los profesionales aquejados del síndrome de burnout tienden al uso de estrategias de afrontamiento de tipo pasivas.

Por último, también coinciden con diversas investigaciones que revelan una correlación significativa entre bajos niveles de burnout y estrategias de afrontamiento más adaptativas y funcionales (Belthelmy Rincón y Guarino, 2008; Camacho Avilal, 2010; Quinceno y Vinaccia, 2007).

# CONCLUSIÓN



Como se estableció al inicio de este trabajo, se decidió indagar el porcentaje de residentes de medicina que presentan indicadores de burnout. Además analizar si existen relaciones significativas entre las dimensiones del mismo con variables socio profesionales como sexo, edad, estado civil, año de residencia, cantidad de horas diarias y cantidad de guardias mensuales. Por último se propuso describir las estrategias de afrontamiento empleadas por el personal residente e indagar si existen correlaciones significativas entre estas y las dimensiones del síndrome de burnout.

La muestra estuvo conformada por 40 residentes de 1° a 4° año de medicina de diferentes hospitales de la provincia de Mendoza.

El trabajo del médico pediatra se caracteriza por ser diferente al de los médicos formados en otras especialidades, ya que el profesional no solo trata al niño (su paciente), sino que también lo hace con su familia y su entorno. El pediatra es el encargado de la salud del niño conjuntamente con él (cuando sea posible), con sus familiares, la comunidad, el estado y la sociedad en general (Schonhaut, 2009).

La demande de asistencia pediátrica ha aumentado considerablemente en los últimos años en todo tipo de servicios médicos, tanto hospitalarios como de atención primaria. Se ha observado que este aumento en la demanda de asistencia, así como la precocidad de la consulta respecto al tiempo transcurrido desde el inicio del proceso, están motivados en numerosas ocasiones por la preocupación que genera en los padres los síntomas de la enfermedad, en los que se destaca, entre otros, fiebre en los niños pequeños (Trejo Varela y Damborenea García, 2011).

Este reciente aumento trae como consecuencia directa el ingreso de pacientes por la vía no programada: “urgente”, lo que lleva a la máxima ocupación de turnos, los sobretornos y la saturación del sistema. Esto conjuntamente con otros factores con lo son la privación prolongada del sueño, la cantidad de guardias que realizan los residentes,

entre otros, son los que condicionan la vulnerabilidad del pediatra al padecimiento del Síndrome de Burnout (Trejo Varela y Damborenea García, 2011).

Con los resultados antes expuestos, se puede concluir que ningún sujeto presenta indicadores de burnout y 9 sujetos se encuentran en riesgo de padecerlo. La muestra arrojó que dentro de los sujetos que se encuentran en riesgos de padecer burnout, el 45% están cursando primer año de la residencia, el 11% segundo año, el 22% tercer año, y el 22% cuarto año de la misma.

Respondiendo al primer objetivo planteado, el índice de indicadores de burnout obtenido es llamativamente bajo en comparación a la bibliografía consultada, ya que se habla de sujetos en riesgo de padecer el síndrome. Esto puede deberse a la forma en que se corrigió la prueba, es decir, como consecuencia de no existir un baremo para la población Argentina, se calcularon los percentiles para la propia muestra y ello hace más difícil que los sujetos reúnan los tres criterios para padecer el síndrome de burnout.

No se encontraron correlaciones y diferencias significativas entre las dimensiones del síndrome de burnout y variables como la edad, el estado civil y la cantidad de horas trabajadas; sin embargo, sí se encontraron resultados significativos en relación al sexo, el año de residencia, y la cantidad de guardias mensuales realizadas por los residentes.

Se obtuvieron puntuaciones más altas en la dimensión despersonalización en residentes hombres, pudiéndose inferir que los sentimientos de quemarse en el trabajo son mayores en los hombres que en las mujeres, siendo el grupo más vulnerable a padecer el síndrome de burnout o al menos puntuar más alto en algún indicador del mismo. La explicación de dicha disparidad puede explicarse por la diferencia en los modelos de socialización de la población occidental. Mientras que las mujeres son condicionadas socialmente para cuidar, educar y encargarse de los niños, las tareas del hogar y atender a su familia; en los hombres se enfatiza la dureza e indiferencia

emocional, así como una actitud de orientación al logro opuesto a la independencia y habilidades en las relaciones interpersonales. Puede pensarse entonces que son ellos quienes frente a situaciones estresantes, reaccionan de una forma más fría y distante (Gil Monte, 2002).

En lo que se refiere a la cantidad de guardias mensuales realizadas por los residentes, se encontró una correlación significativa de tipo negativa entre esta variable y la dimensión realización personal. Es decir que a medida que aumenta el número de guardias realizadas por los profesionales de la salud, disminuye el valor de realización personal de los mismos.

Esto podría deberse a que la realización de guardias médicas implica una disminución considerable en lo que respecta a las horas de descanso del médico residente y un aumento notable de pacientes a los que se les brinda atención médica. Según una investigación realizada por Domínguez (2009) la privación de sueño acumulado luego de realizar guardias prolongadas y recurrentes en el tiempo, tienen gran impacto sobre el estado de ánimo, el estado de alerta y algunas funciones cognitivas del profesional residente en pediatría. Esto conlleva luego de un periodo considerable a la aparición del cansancio emocional caracterizado como la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, etc. Como consecuencia de lo nombrado anteriormente el residente disminuye su realización personal como profesional, aumentando las respuestas negativas hacia sí mismo y hacia el trabajo. Esta evaluación negativa que realizan afecta a la habilidad en la realización del trabajo y también a la relación con las personas a las que atienden. Los residentes pediatras se sienten descontentos consigo mismos, desmotivados en el trabajo e insatisfechos con sus resultados laborales.

Por último, teniendo en cuenta el año de residencia se observaron diferencias significativas entre dicha variable y la dimensión realización personal, pudiéndose

observar que a mayor año de residencia transitado, aumenta la dimensión realización personal en los residentes. Cabe aclarar que a medida que se avanza en la residencia el número de guardias disminuye como también se ve afectada la posibilidad de elegir los días de la semana en que las mismas se realizan. A su vez, progresar en los años de residencia aumenta las responsabilidades asumidas y aumenta las injerencias sobre otros residentes de niveles inferiores. Esto muestra que al adquirir mayores conocimientos sumado a mejoría de las condiciones de capacitación hace esperable la modificación en la realización personal.

Por lo expuesto anteriormente, se puede comprender que los hombres, años de residencia inferiores y una mayor cantidad de guardias mensuales realizadas, son factores predisponentes para sufrir desgaste laboral y como consecuencia, padecer el síndrome de burnout.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento que utilizan con más frecuencia los profesionales residentes son Análisis Lógico y Solución de Problemas, siendo estas estrategias de acercamiento activas, tanto cognitivas como conductuales, es decir, que sus comportamientos están orientados a aproximarse y enfrentar la situación estresante.

Con respecto al último objetivo de dicha investigación, se puede observar la existencia de correlaciones significativas entre las dimensiones del síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento. La dimensión realización personal se correlaciona significativamente de forma negativa con la estrategia de afrontamiento aceptación-resignación y despersonalización con la estrategia solución de problemas. Por otro lado, la dimensión cansancio emocional se correlaciona significativamente de forma positiva con la estrategia aceptación-resignación y realización personal con la estrategia búsqueda de recompensas y alternativas. A partir de dicho análisis, se puede observar que los profesionales aquejados del síndrome de burnout tienden a la utilización de estrategias de tipo negativas. Estos resultados evidencian que residentes que utilizan estrategias de

afrontamiento no funcionales o de tipo pasivas, tienen mayor posibilidad de padecer el síndrome de burnout o alguno de sus indicadores.

Cabe mencionar las limitaciones presentes en la presente investigación, la cual tuvo que ver con el reducido tamaño de la muestra, lo que pudo deberse a que no todos los residentes accedieron colaborar por diferentes motivos. En base a esto, sería conveniente ampliar la cantidad de sujetos participantes para posteriores investigaciones que sigan esta temática.

Con respecto a las fortalezas de la investigación se puede mencionar la utilización de instrumentos adaptados a la población participante de la investigación.

En síntesis, este estudio de carácter descriptivo y correlacional pudo lograr responder a los objetivos, aproximándonos al conocimiento de las variables que podrían estar asociadas al síndrome de burnout, así como también la utilización con mayor frecuencia por los residentes de las estrategias de afrontamiento y la correlación de las mismas con dicho síndrome.

Sería interesante que los resultados obtenidos de esta investigación sean conocidos no solo por los residentes que participaron de la misma sino también por los jefes de residentes y por sus superiores como jefe de servicio, entre otros, ya que es de suma importancia que las instituciones estén informadas acerca de este síndrome , y en este caso, que conozcan que cuentan con personal en riesgo de burnout, para desarrollar estrategias que disminuyan los efectos que tiene dicho trabajo sobre los profesionales.

Ante los resultados obtenidos, se propone entrenar a aquellos profesionales que se encuentran en riesgo de desarrollar burnout, en técnicas que permitan adquirir y mejorar las estrategias de afrontamiento. Con respecto a los residentes que no se

encuentran en riesgo todavía, una alternativa podría consistir en la implementación de grupos de reflexión en los que los residentes de pediatría puedan contar con un espacio físico y emocional que les brinde la posibilidad de expresar aquellos sentimientos que les genera el trabajo. Por otro lado, puede considerarse como alternativa, la creación de espacios propicios para la relajación y recreación de los residentes.

Por último, se considera de gran importancia profundizar en trabajos posteriores las variables que influyen en la aparición del síndrome de burnout, como por ejemplo, indagar si la variable especialidad influye o no en la aparición de dicho síndrome, así como también poder realizar esta investigación con muestras constituidas por un mayor número de residentes.

# **BIBLIOGRAFÍA**

Aranda Beltrán, C. (2006). Diferencias por sexo, síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud [Versión electrónica]. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 29. 15-19.

Arias Congrains, J. (1998). Modos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina. *Revista Médica Herediana*, 9 (2), 63-68.

Artazcoz, L.; Escriba-Agüir, V. y Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 4, 300-308.

Atance Martínez, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 3 (71), 299-303.

Ávila Toscano, J; Gómez Hernández, L y Montiel Salgado, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Redalyc*, 15 (8), 39-52.

Baidal, J. (2006). Síndrome de burnout en enfermeros, un factor individual u organizacional en este universo. (Tesina de Licenciatura en Psicología). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.



- Bethelmy Rincón, L. y Guarino, L. (2008). Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista colombiana de psicología*, 17,43-58.
- Blandin, J y Martínez Araujo, D. (2005). Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. *Archivos venezolanos de psiquiatra y neurología*, 51 (104), 12 – 14
- Boetto, F. (2014). Síndrome de burnout en profesionales residentes de salud mental. Tesina de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). Empleo, estrés y salud. Madrid. Ed. Pirámide.
- Busaniche, J. y Eymann, A. (2009). Todavía falta mucho por comprender y mejorar en las residencias médicas. *Archivos argentinos de pediatría*, 107 (3), 195-200.
- Camacho Ávilal, A. Juárez García, A. y Arias Galicia, F. (2010). Síndrome de Burnout y Factores Asociados en Médicos. *Ciencia y Trabajo*, (35), 251-256.
- Carloto, M. S.; y Gobbi M. D. (2001). Desempleo y síndrome de burnout. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 1 (5), 131-139.

- Carrillo Esper, R; Espinoza de los Monteros Estrada, I y Gómez Hernández, K. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México, 6* (28), 579-584.
- Domínguez, P; Grosso, L; Pagotto, B; Taliercio, V y Allegri, R. (2009). Efectos de la privación del sueño en el desempeño de los médicos residentes de pediatría. *Sociedad Argentina de Pediatría, 107* (3). 30-38.
- Encinas, C., Gómez, K., y Reyes, J. (2007). El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del hospital de la localidad de San Luis del Palmar, Corrientes, Argentina. *Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina, 174*, 5-11.
- Fernández Martínez, O; Hidalgo Cabrera, C; Martín Tapia, A; Moreno Suarez, S y García del Río, B. (2007). Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencia. *Emergencias, 19*.116-121.
- Gil Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo: aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica*.
- Gil Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio, 7* (1). 3-10.

- Granada Jiménez, O.; Morales Socorro, M.P y López-Ibor Aliño, J. J. (2010). Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia. *Actas de servicio de psiquiatría*, 38 (2), 65-71.
- Hein, N. (2005). *Estudio del síndrome de burnout en pastores adventista y su relación con la satisfacción laboral y las características de personalidad*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Adventista del Plata, Libertador San Martín, Entre Ríos.
- Hernández Sampieri, R; Collado, C. y Lucio, P. (1998) .*Metodología de la Investigación*. 2° ed. México. Editorial Mac Graw – Hill Interamericana.
- Jiménez, A. (2012). Habilidades de afrontamiento y síndrome de burnout en médicos de guardia de emergencia. Tesina de Licenciatura en Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Ley No.7.857. Ley de normalización del funcionamiento del sistema de residencias. Publicada en el Boletín Oficial el 27 de junio de 2008. Argentina
- López Morales, A; González Velásquez, F; Morales Guzmán, M y Espinosa Martínez, C. (2006). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica*, 45, (3).233-242.

Marín Sánchez, N; Esteban Díaz, A; Palma Bernardo, C; Vega Lorenzo, M; Mestre Moya, M y Fornes Vives, J. (2005). Burnout en profesionales sanitarios en formación del hospital universitario San Dureta. *Psiquiatría*, 9, (4).

Marruco, M; Gil Monte, P y Flamenco, E. (2007). Síndrome de quemarse por el trabajo en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI y el RESQT. *Información Psicológica*, 91. 32-42.

Martín Díaz, M. D.; Jimenes Sanchez, M.P. y Fernandez-Abascal, E. (2004). Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3 (4).

Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 12 (112) 4- 17.

Maslach, C. y Jackson, S. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA

Meana, M. A. (2007). *Síndrome de burnout. Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de capacitación en la especialidad de Clínica Médica* (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Mikulic, I. y Crespi, C. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, 15 (3), 75-86.

- Millan, T., Rojas, P. y Schonhautb, L. (2009). Calidad de vida de los médicos residentes del programa de Formación de especialistas en Pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 1, 30-38
- Morales, G; Gallego, L y Rotger, D. (2004). La incidencia y relaciones de la ansiedad y el burnout en los profesionales de intervención en servicios sociales. *Interpsiquis*.
- Moos, Rudolf. (1993). *CRI-Adult Form Item Booklet*. Psychological Assessment Resources, Inc., USA.
- Olmedo, M., Santed, R, Jiménez, R. & Gómez, D. (2001). El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 22 (3), 117-129
- Órdenes, N. (2004). Prevalencia de burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista chilena de pediatría*, 5 (75), 449-454.
- Páramo, M. A. (2009). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA), 5ª edición*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Parera, J., Santolín, L., Zabala, P., Salomon, S. y Carena, J. (2010). Problemática de maltrato durante la formación médica. Jornadas de Investigación 2010. Facultad de Ciencias Médicas. U.N. Cuyo, Mendoza, Argentina.

- Pedraza Anguera, A. (2011). Aspectos conjuntos profesionales pediatría/enfermería. El equipo pediátrico de atención primaria: aspectos formativos y asistenciales. *Revista de Atención Pediátrica*, 20. 71-80.
- Piemontesi S. E. y Heredia E. D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología*, 1 (25), 102-111.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de psicología*, 10 (2), 117-125.
- Ramos, P. (2012). Bienestar psicológico y Burnout en profesionales de la salud que trabajan con pacientes en rehabilitación. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Salomón, S., Alós, M. y Carena, J. (2007) Estrés profesional: Diferencias entre médicos en formación y médicos de planta. *Revista Argentina de Educación Médica*, 1, 31-35.
- Santos, E. (2007). Los médicos avisan: Levo 32 horas sin dormir, ¿Te opero? *Revista Discovery De Salud*, 94.
- Savio, S. (2008). El síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Homogramática*, 8, 121-138.

Schonhaut, L; Rojas, P y Millán, T. (2009).Calidad de vida en los médicos residentes del programa de formación de especialistas en pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (1). 30-38.

Tommasen, H; Lavanchy, M; Canelly, I; Berkavitz, J y Grzybowski, S. (2001).Mental health, job satisfaction and intention to relocate. *Can Fam Physic*, 47.737-744.

Trejo Varela, M y Damborenea García, A. (2011). Demanda y atención a la población pediátrica por médicos no pediatras en un punto de atención continuado. *Emergencia*, 23. 299-302.

Vezzoni, M. Documento de la cátedra: “Psicología y Deprivación”, de la carrera “Minoridad y Familia”; Facultad de Psicología, UDA.

# **ANEXO**



**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

Facultad de Psicología

**Consentimiento informado**

Los siguientes cuestionarios forman parte de la Tesina de Grado titulada “Síndrome de Burnout y estrategias de Afrontamiento en residentes de medicina”, llevada a cabo en la UDA. Para participar deben ser residentes de medicina, en cualquiera de sus niveles y años de la misma.

A continuación se presentan dos cuestionarios: el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (Moos-1993. Adaptación: Mikulic, I y Crespi, C- 2006) y el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson -1981. Adaptación: Hein -2005).

La participación es anónima. Cada cuestionario será catalogado con un número e ingresado a una matriz de datos para su análisis. El completamiento total tiene una duración aproximada de 10 minutos.

Doy mi consentimiento informado para participar en esta investigación. Consiento la publicación de los resultados del estudio, siempre que la información sea anónima y presentada de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna. He sido informado además que, aunque se guardara registro de mi participación, todos los datos recogidos solo estarán identificados por un número o código. Mi participación no implica ningún riesgo o molestia conocido o esperado. El investigador responderá oportunamente a cualquier pregunta respecto de los procedimientos cuando haya terminado la investigación.

Tesinista: Florencia Girotti. Correo electrónico: florencia.girotti.p@hotmail.com

Firma:..... Aclaración:..... DNI:..... Teléfono.....

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**Muchas gracias por su colaboración.**

DATOS PERSONALES

- Género (marque la opción correcta): M- F
- Edad:
- Estado civil:
- Año de residencia:

Primer año	
Segundo año	
Tercer año	
Cuarto año	

- Horas diarias en promedio de trabajo:

Entre 0-6 horas	
Entre 6-8 horas	
Más de 8 horas	

- Guardias mensuales: (considerar la cantidad de guardias hechas en el último mes)

1	
2	
3	
4	
Más de 4	

- Especialidad:
  
- Correo electrónico (en caso de que desee recibir una devolución):

**CRI-A: INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO**  
(Rudolf H. Moos, 1993. Adaptación: Mikulic, I y Crespi, C. 2006)

Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a aquellos problemas significativos que han tenido trascendencia en su vida, Por favor, piense en los problemas más importantes o las situaciones más estresantes que le hayan sucedido en los últimos doce meses (por ejemplo, problemas con un familiar o amigo, la enfermedad o muerte de un pariente o amigo, un accidente o enfermedad, problemas económicos o de trabajo, etc.). Elija uno de ellos y descríballo brevemente en los espacios correspondientes. Si no ha tenido ningún problema relevante, escriba una lista con problemas menos importantes que ha enfrentado en este último tiempo y luego elija uno de ellos para relatarlo.

**PARTE I**

**Describa el problema o situación:**

Conteste, por favor, cada una de las preguntas que se refieren a la situación que describió anteriormente, haciendo una cruz en el casillero seleccionado.

Hacer una cruz en “**N**” si su respuesta es **NO**

Hacer una cruz en “**GN**” si su respuesta es **GENERALMENTE NO**

Hacer una cruz en “**GS**” si su respuesta es **GENERALMENTE SI**

Hacer una cruz en “**S**” si su respuesta es **SI**

		<b>N</b>	<b>GN</b>	<b>GS</b>	<b>S</b>
1	¿Tuvo que enfrentar un problema como este antes?				
2	¿Sabía que este problema le iba a pasar?				
3	¿Tuvo tiempo para prepararse para enfrentar el problema?				
4	Cuándo sucedió este problema, ¿pensó en él como una amenaza?				
5	Cuándo sucedió este problema, ¿pensó en él como un desafío?				
6	Este problema ¿fue causado por algo que Ud. Hizo?				
7	Este problema ¿fue causado por algo que alguien hizo además de Ud.?				
8	¿Hubo algo positivo al enfrentar este problema?				
9	¿Se resolvió este problema o situación?				
10	Si el problema está resuelto, ¿se resolvió en forma favorable para Ud.?				

**PARTE II**

Lea cuidadosamente cada uno de los 48 ítems de las siguientes hojas, haga una cruz en la respuesta apropiada, en conexión con el problema o situación que Ud. describió en la PARTE I.

Todas sus respuestas son estrictamente confidenciales, y no hay respuestas correctas o incorrectas. Recuerde marcar todas las respuestas.

Si **no desea responder** a un ítem, **circule el número** del mismo en su hoja de respuestas para informar que ha decidido saltarlo.

Si un ítem **no es aplicable** a Ud., por favor escriba **NA** (No Aplicable) en el espacio de la izquierda, al lado del número del ítem.

Si **desea cambiar una respuesta**, tache su respuesta original y **circule la nueva respuesta**.

		Nunca	Raras veces	Algunas veces	Muy a menudo
1	¿Pensó en diferentes formas de resolver este problema u otros similares?				
2	¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?				
3	¿Habló con su esposo/a u otros familiares sobre este problema?				
4	¿Hizo un plan de acción para enfrentar este problema y lo cumplió?				
5	¿Trató de olvidar todo?				
6	¿Pensó que el tiempo arreglaría las cosas, que lo único que tenía que hacer era esperar?				
7	¿Trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?				
8	¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido, bajoneado, triste?				
9	¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?				
10	¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podrían haber sido peores?				
11	¿Habló con algún amigo de este problema?				
12	¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				
13	¿Trató de evitar pensar en el problema?				
14	¿Se dio cuenta que no tenía control sobre este problema u otros similares?				
15	¿Se ocupó en nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?				
16	¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				
17	¿Se imaginó más de una vez, qué decir o hacer?				
18	¿Trató de ver el lado positivo de la situación?				
19	¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, psicólogo, abogado, etc.)?				

20	¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				
21	¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor en el que Ud. podría estar?				
22	¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?				
23	¿Trató de hacer nuevos amigos?				
24	¿Se mantuvo alejado de la gente en general?				
25	¿Trató de preveer o de anticiparse a como resultaría todo?				
26	¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?				
27	¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con el mismo tipo de problemas?				
28	¿Trató de resolver el problema al menos en dos formas diferentes?				
29	¿Evitó pensar en el problema, aún sabiendo que en algún momento tenía que enfrentarlo?				
30	¿Aceptó el problema, porque pensó que nada se podía hacer?				
31	¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32	¿Gritó o lloró como forma de descargarse?				
33	¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?				
34	¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?				
35	¿Trató de averiguar más sobre esa situación?				
36	¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?				
37	¿Deseó que el problema hubiera desaparecido o pasado?				
38	¿Esperó que sucediera lo peor?				
39	¿Le dedicó más tiempo a actividades recreativas?				
40	¿Lloró para permitir descargar o aliviar sus sentimientos?				
41	¿Trató de preveer o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?				
42	¿Pensó como podría este suceso cambiar su vida en un sentido positivo?				
43	¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44	¿Tomó las cosas de una por vez?				
45	¿Trató de negar lo serio que era en realidad el problema?				
46	¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como antes?				
47	¿Se avocó al trabajo o a otras actividades distintas que lo ayudaran a enfrentar las cosas?				
48	¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacerlo?				

**MBI: INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH**  
(Maslach y Jackson ,1981. Adaptación: Hein ,2005)

Lea atentamente cada afirmación e indique en qué medida se siente de ese modo. Se encontrará con 27 frases relacionadas con los sentimientos que UD. Experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo a la siguiente escala.

0=Nunca

1=Pocas veces al año o menos

2=Una vez al mes o menos

3=Unas pocas veces al mes

4=Una vez a la semana

5=Pocas veces a la semana

6=Todos los días

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4. Fácilmente comprendo como se sienten las personas	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas	0	1	2	3	4	5	6
8. Mantengo un trato impersonal y distante con algunas personas a las que doy servicio	0	1	2	3	4	5	6
9. Me siento "quemado" por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás	0	1	2	3	4	5	6
11. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
12. Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento muy activo/a	0	1	2	3	4	5	6
14. Me siento frustrado/a en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6

15. Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
16. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que le doy servicios	0	1	2	3	4	5	6
17. Trabajar directamente con personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
18. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicios	0	1	2	3	4	5	6
19. Algunas circunstancias de mi trabajo me lleva a ser emocionalmente fría con las personas	0	1	2	3	4	5	6
20. Creo que me cuesta ponerme en el lugar de otras personas	0	1	2	3	4	5	6
21. Me siento acabado/a	0	1	2	3	4	5	6
22. Debido a mi profesión construyo una barrera protectora que me distancia de algunas personas a las que doy servicio	0	1	2	3	4	5	6
23. Me siento estimulada/o después de trabajar en contacto con personas	0	1	2	3	4	5	6
24. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6
25. Siento que en mi trabajo trato los problemas de las personas con un poco de frialdad	0	1	2	3	4	5	6
26. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
27. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6