

Síndrome de *burnout* en médicos de Terapias Intensivas de General Roca y Cipolletti

FERNANDO MONESTEROLO,* JULIA TOLEDO,* ANDREA MORENO,** SILVINA VARGAS,* MARÍA CRISTINA ORLANDI#

* Clínica Roca, General Roca, Río Negro

** Hospital Moguillansky, Cipolletti, Río Negro

Hospital López Lima, General Roca, Río Negro

Correspondencia:

Dra. María Cristina Orlandi

orlandi.mariacristina@gmail.com

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Palabras clave

- Síndrome de *burnout*
- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Baja realización personal
- Estrés laboral crónico
- Prevención
- Rol institucional

Resumen

Objetivo: Conocer la existencia del síndrome de *burnout* en médicos intensivistas de General Roca y Cipolletti, y correlacionarlo con factores de estrés laboral.

Diseño: Encuesta a los médicos intensivistas de adultos, pediátricos y neonatólogos, de General Roca y Cipolletti, utilizando el Maslach Burnout Inventory Manual (MBI), la encuesta hospitalaria de estrés/satisfacción laboral (HCJSSQ) y una autoevaluación del nivel de estrés/satisfacción. Se identificaron los profesionales que están por encima de la mediana en agotamiento emocional y despersonalización, y por debajo en realización personal. La presencia de las tres dimensiones definió la existencia del síndrome. Se correlacionaron las encuestas con el coeficiente de Pearson, vinculando el *burnout* con los factores que provocan estrés.

Resultados: Respondieron 52 intensivistas (92% del total); 12 presentaron *burnout* (21,4%), en su mayoría, mujeres (58,33%). Cinco (41,7%) de ellos consideraron al estrés intenso; 6 (50%), moderado y uno (8,33%), leve. Casi el 60% de los afectados no reconoció su existencia.

Los intensivistas de instituciones públicas, de terapias pediátricas/neonatólogas y de Cipolletti manifestaron más afectación. Los factores que provocan estrés fueron: falta de tiempo, mayor complejidad tecnológica, necesidad de cubrir guardias y dar malas noticias, amenaza de litigio, restricciones institucionales, conflictos con el equipo de trabajo, falta de autonomía, exceso de responsabilidad y sensación de no hacer bien la tarea. Un factor de satisfacción fue el trabajo en equipo.

Conclusión: Se evidenció el rol institucional en la prevención, el reconocimiento y el empleo de estrategias de abordaje orientadas al afectado y a mejorar el clima organizacional, las condiciones laborales, la comunicación y el trabajo en equipo.

Key words

- Burnout syndrome
- Emotional exhaustion
- Depersonalisation
- Low personal achievement
- Chronic work-related stress
- Prevention
- Institutional role

Abstract

Objective: To establish the occurrence of burnout syndrome in critical care physicians from General Roca and Cipolletti, and correlate it with factors found in work-related stress.

Design: A survey involving all adult, pediatric and neonatal critical care physicians in General Roca and Cipolletti. The Maslach Burnout Inventory Manual (MBI) questionnaire, the Hospital Consultants Job Stress & Satisfaction questionnaire (HCJSSQ) and an auto-evaluation of stress and satisfaction levels were used. The investigation identified professionals of above-average emotional exhaustion and depersonalisation, and below-average personal achievement. The presence of these three indicators defined the existence of the syndrome. The questionnaires were correlated using the Pearson coefficient to link burnout with factors causing stress.

Results: Fifty-two critical care physicians responded to the survey (92% of the target group): 12 presented burnout (21.4%), the majority being women (58.33%). Five (41.7%) of them considered their stress to be "severe", 6 (50%) "moderate" and 1 (8.33%) "mild". Almost 60% of those affected were unaware of its presence. Critical care physicians working in public institutions, in pediatric/neonatal care and in Cipolletti were the most affected. Correlating stress-inducing factors: lack of time, high levels of technological complexity, need to cover ER/A&E and deliver bad news, threat of litigation, institutional restrictions, conflicts within a team, lack of autonomy, excess responsibility and the feeling of underperforming. Teamwork was a factor in deriving satisfaction.

Conclusion: The role played by the institution was identified as a factor in the prevention and recognition, and the use of hands-on strategies aimed at the sufferer and at improving the organisational climate, working conditions, communication and teamwork.

Introducción

El término anglosajón *Burnout* significa "estar quemado". Tiene su origen en la industria aeroespacial y hace referencia al agotamiento del carburador de los cohetes. En la década de 1970, se utilizaba para describir el fracaso de los deportistas en alcanzar la meta, pese al entrenamiento y el esfuerzo realizados.

En 1974, Fraudenberger,^{1,2} psiquiatra de Nueva York, especialista en toxicomanías, hace la primera descripción del síndrome, al observar que voluntarios y jóvenes colegas dedicados al cuidado de sus pacientes, al poco tiempo de realizar esta tarea, presentaban agotamiento, disminución de la motivación, ansiedad, depresión, y trato distante y agresivo hacia los pacientes. Lo definió como *Burnout*, tal como llamaba a sus pacientes adictos.

En 1977, Maslach,³⁻¹⁰ psicóloga social de Berkeley, describió el síndrome en los profesionales que atienden a personas. En 1981, lo definió como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y baja realización personal (RP), que afecta a profesionales que trabajan en contacto directo con personas. Es una respuesta

negativa al estrés laboral crónico que aparece en trabajadores de profesiones de asistencia emocionalmente demandantes (salud, docencia, servicio social). Es un estado de agotamiento mental, físico y emocional, que incluye sentimientos y actitudes negativas hacia el trabajo, las personas con las que se trabaja y el propio rol profesional, ocasionado por la interacción del entorno laboral y las características personales del sujeto, en quien fallan las estrategias de afrontamiento, con consecuencias nocivas para el afectado y la organización.

Es importante reconocerlo para mejorar la calidad de vida de los profesionales y la calidad del servicio que se brinda a la población.

Los médicos intensivistas son especialmente vulnerables, dado que se enfrentan a continuas situaciones de estrés, al tomar decisiones que involucran el mantenimiento de la vida y tratar con familias en situaciones de vulnerabilidad afectiva. Creemos que el síndrome es frecuente en ellos y que las condiciones actuales de trabajo favorecen su desarrollo.

Llevar a cabo estrategias de prevención e intervención a nivel organizacional, interpersonal e individual, deberían ser puntos clave.

Objetivos

Conocer la in/satisfacción laboral, la existencia de *burnout* y relacionarlo con los factores estresores y de satisfacción laboral en los médicos intensivistas de General Roca y Cipolletti.

Comprobar si las condiciones laborales favorecen el desarrollo del síndrome de *burnout* en esta población.

Materiales y Métodos

Se realizó una encuesta a los médicos intensivistas de las Terapias Intensivas de adultos, pediátricas y neonatales de las ciudades rionegrinas de General Roca y Cipolletti. Las seis instituciones de salud de las dos ciudades son: CR, SJ, SRN, PM, HGR y HC. Este universo es altamente gravitante en términos sanitarios, pues representa el conjunto de intensivistas responsables de la atención y derivación de pacientes de más de la mitad de la provincia de Río Negro. El relevamiento se realizó entre el 15 de agosto y el 10 de septiembre de 2013. El procesamiento de datos finalizó el 28 de octubre de 2013.

La encuesta se inicia con dos preguntas que indagan sobre el grado de estrés y de satisfacción laboral. A continuación, para identificar síntomas de estrés y correlacionarlos con variables de in/satisfacción laboral, se empleó el cuestionario del *Maslach Burnout Inventory Manual* (MBI) y la encuesta hospitalaria de estrés laboral y satisfacción del *Royal College of England* (HCJSSQ).

Se compararon los resultados en cuanto al MBI con dos estudios realizados en la Argentina y los Estados Unidos.^{10,11}

El MBI cumple con criterios de confiabilidad y de validez convergente y discriminante. Utiliza un enfoque tridimensional: 1) RP, 2) AE y 3) D. El cuestionario está compuesto por 22 ítems de tipo Likert. No arroja un puntaje total que determine presencia o ausencia de *burnout*, sino puntajes para cada una de las tres dimensiones. Los puntajes altos en las escalas de AE y D, y los bajos puntajes en la RP componen el síndrome. La consistencia interna por alfa de Cronbach es de 0,90 para AE; 0,79 para D y 0,71 para RP.

Las tres dimensiones se configuran así:

- AE. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. El puntaje máximo es 54, cuanto mayor es el puntaje, mayor el AE y el nivel de *burnout*.
- D. Valora las actitudes de frialdad y distanciamiento con el paciente. El puntaje máximo es 30, cuanto más alto, mayor la D y el nivel de *burnout*.
- RP. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y RP en el trabajo. El puntaje máximo es 48, cuanto más

alto, mayor la RP, es inversamente proporcional al nivel de *burnout*.

Los requisitos para identificar a los profesionales con *burnout* fueron:

- a. Identificar a los que se encuentren por encima de la mediana de AE y D, y por debajo de la RP.
- b. Entrecruzar los casos de profesionales con síntomas por cada categoría, hasta identificar a los intensivistas que coinciden en las tres dimensiones.

La HCJSSQ es un cuestionario de 109 ítems diseñado para evaluar los niveles y las fuentes de estrés y satisfacción laboral. A partir de las respuestas, generamos indicadores que permitieron valorar el grado de satisfacción y de estrés que ocasionaban cada uno de los factores y se ponderaron como más importantes los tres más positivos en relación con la satisfacción y los tres más negativos con respecto al estrés. El propósito de utilizar la HCJSSQ fue comprender las razones que condicionan cada una de las dimensiones del MBI. La HCJSSQ es cualitativa, a diferencia del MBI que es cuantitativo. Para poder correlacionarlos, a cada una de las opciones cerradas de respuestas de la HCJSSQ se le otorgó los valores que se muestran en la Tabla 1. Con esta adaptación, los valores cercanos a -1 expresan relaciones inversamente lineales a los factores que provocan estrés o al grado de satisfacción. En contrapartida, un indicador que se acerque a 1 vincula positivamente la influencia de los factores relevados con el comportamiento de las tres dimensiones del MBI.

Al transformar esta versión de la HCJSSQ en una secuencia cuantitativa, la correlacionamos con los resultados del MBI, utilizando el coeficiente de Pearson, intentando descubrir los vínculos de las dimensiones del *burnout* con los factores que provocan estrés/satisfacción.

Se discriminaron sexo, edad, estado civil, estructura familiar, antigüedad laboral, función organizacional y número máximo de pacientes atendidos según la capacidad de la institución. Pero estos factores no condicionaron o ponderaron el muestreo, pues el objeto del estudio fue relevar síntomas de estrés y detectar sus causas.

TABLA 1
Adaptación de las respuestas de la HCJSSQ para transformarlas en cuantitativas

Respuesta HCJSSQ	Escala provista
Nada	-1
Poco	0
Bastante	0,5
Mucho	1

Resultados

El 91,8% de la población encuestada respondió. Esta participación refleja una alta validación del estudio, que se ha beneficiado del compromiso y la participación de los profesionales, quienes ubican al estrés como uno de los temas centrales de la agenda médica.

Todas las instituciones de las dos ciudades participaron, con excepción de la Terapia Intensiva de adultos del PM, lo que provocó una merma de 5 participantes sobre el universo total de 61 intensivistas. Este 91,8% de participación valida el tipo de respuesta sobre el universo, pero con implicancias que disminuyen el peso relativo de los intensivistas de Cipolletti (-25%), de adultos (-13,8%) y del PM (-71,4%).

La muestra está compuesta por la siguiente prevalencia: 1) 60,7% de profesionales de instituciones privadas, 2) 55,3% intensivistas de adultos y 3) 64,3% de General Roca.

El 68,51% tiene menos de 45 años, y los menores de 35 años forman el segmento con mayor participación relativa en la población. Son un grupo de profesionales jóvenes, la mayoría, médicos de planta (78,5%) por sobre jefes de Servicio y Residentes. Están casados (71,43%) y en su mayoría tienen hijos (82,1%).

Relación entre grado de estrés y satisfacción

(Tabla 2)

1. En el 50% de los casos, se observa un equilibrio entre los grados de estrés y satisfacción. Esta valoración simétrica estaría indicando una relación neutra, producto de la compensación entre el esfuerzo laboral y la satisfacción que el trabajo genera.
2. En 14 profesionales, el grado de satisfacción percibida es superior al nivel de estrés. Esta relación es positiva y hasta ideal, indica que este grupo valora

con mayor grado los beneficios de la experiencia laboral por sobre los sacrificios, inconvenientes y adversidades.

3. La definición de un grado de estrés intenso los pone en zona de riesgo, independiente de la sensación de satisfacción. De igual modo, pero en sentido inverso, los profesionales con leve satisfacción laboral son vulnerables a cualquier factor de estrés. Es la situación de 18 casos.

Existencia de *burnout* según el MBI

1. Se identificó en el 21,4% de los encuestados; este valor es coherente y compatible con lo encontrado en los otros estudios (Tabla 3).
2. Nuestra investigación tiene una media superior de D, producto de evaluar exclusivamente a intensivistas, una población en contacto con situaciones adversas, con pacientes críticos y familiares en zona de vulnerabilidad afectiva. Adicionalmente, la RP alcanza una media por debajo de los otros dos estudios. La investigación logra dos escalas negativas, mayor D y menor RP. El AE se ubica entre las dos medias en un valor intermedio.
3. La desviación estándar es superior en comparación con los otros dos estudios, la explicación es:
 - a. El número de encuestados es inferior al de las mediciones de la Argentina y los EE.UU. Estadísticamente, a menor número del muestreo relevado, mayor dispersión.
 - b. La dispersión puede ser indicio de la heterogeneidad de la población en relación con la sintomatología. Mientras mayor presencia de síntomas de *burnout*, la diferenciación de los extremos sobre la media tiende a crecer y se traduce en una tendencia directamente proporcional entre mayor estrés laboral y mayor desviación estándar.

TABLA 2
Resultados de la autoevaluación del grado de estrés/satisfacción laboral

Preguntas combinadas	¿Qué grado de estrés considera Ud. que le provoca su trabajo?				
	Intenso	Leve	Moderado	Ninguno	Total general
¿Qué grado de satisfacción considera Ud. que le provoca su trabajo?					
Intensa	2	3	3	1	9
Leve	6	1	6		13
Moderada	3	7	23		33
Ninguna				1	1
Total general	11	11	32	2	56

TABLA 3
Comparación de las tres dimensiones del MBI en nuestra investigación y la bibliografía comparada (Argentina y EE.UU.)

	Agotamiento emocional			Despersonalización			Realización personal		
	Argentina	EE.UU.	Investigación	Argentina	EE.UU.	Investigación	Argentina	EE.UU.	Investigación
Media	18,73	22,2	19,50	6,12	7,10	7,50	37,28	36,5	35,0
Desviación	11,44	9,50	13,24	5,83	5,20	6,52	7,79	7,3	10,7
BAJO	<12	<19	<13	<3	<6	<4	<36	<34	<30
MEDIO	12-21	19-26	13-26	3-6	6-9	4-11	36-40	34-39	30-40
ALTO	>21	>26	>26	>6	>9	>11	>40	>39	>40

Se graficaron las nubes de dispersión de cada una de las dimensiones del MBI. En la Figura 1, se muestra el gráfico que representa la dispersión del AE; en el eje horizontal, se ubican los 56 casos relevados y, en eje vertical, el puntaje de la escala; la media se ubica dividiendo el gráfico en dos parantes sobre los 19,5 puntos. Se pone en evidencia la existencia de síntomas agudos de *burnout*, expresados en la mayor superficie del parante superior, ya que la tendencia se dispersa, a medida que se aleja de la media.

La mayor desviación de los síntomas de AE demuestra que es propenso a manifestarse con intensidad gradual y que se expresa a través de una degradación paulatina y sistémica del equilibrio emocional que deviene en desgano, fatiga y carencia de motivación que alteran negativamente la predisposición personal al trabajo.

En la Figura 2, se muestra la dispersión de la D, ubicando la media en 7,50 puntos y distribuyendo los ejes como en la Figura 1. Nuevamente, el parante superior es más amplio para distribuir la misma cantidad de casos, 28 para cada superficie, lo que pone de relieve que, al momento de distribuir los casos con *burnout*, los puntos se ramifican y dispersan por sobre la media estadística, sin ninguna referencia que unifique los criterios. La constante vuelve a ser los matices y los distintos grados de intensidad de los síntomas, lo que evidencia que la indiferencia hacia el entorno laboral o hacia los pacientes tiende a deteriorarse con el paso del tiempo. Si los síntomas son avisos o señales paulatinas y de intensidad gradual, la patología podría ser diagnosticada en forma temprana y abordada preventivamente en sus estadios más precoces.

La Figura 3 corresponde a la RP. A diferencia de los anteriores, el parante de mayor superficie es el

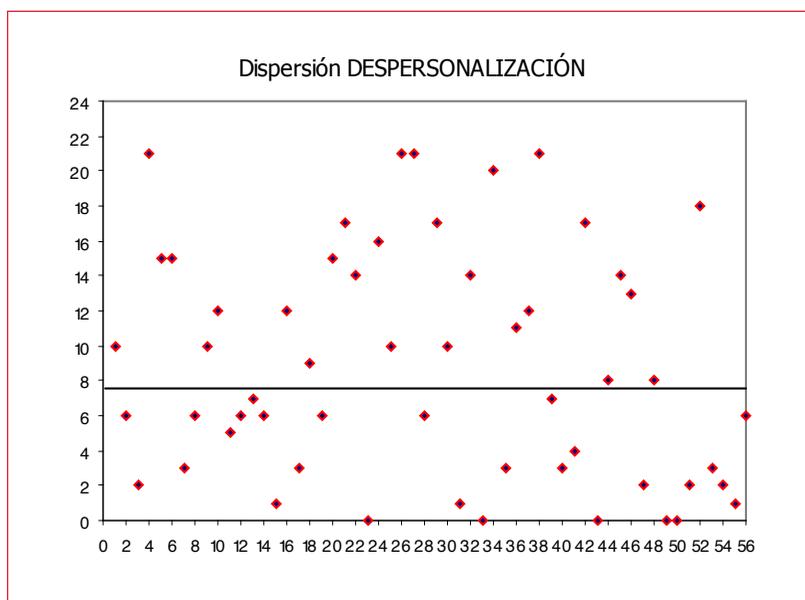


Figura 1. Dispersión de la Despersonalización en los encuestados.

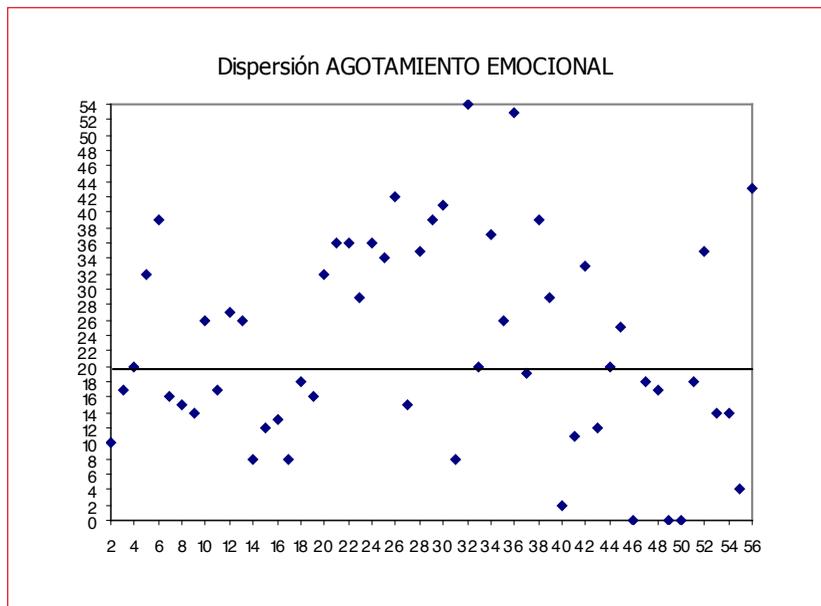


Figura 2. Dispersión del Agotamiento Emocional en los encuestados.

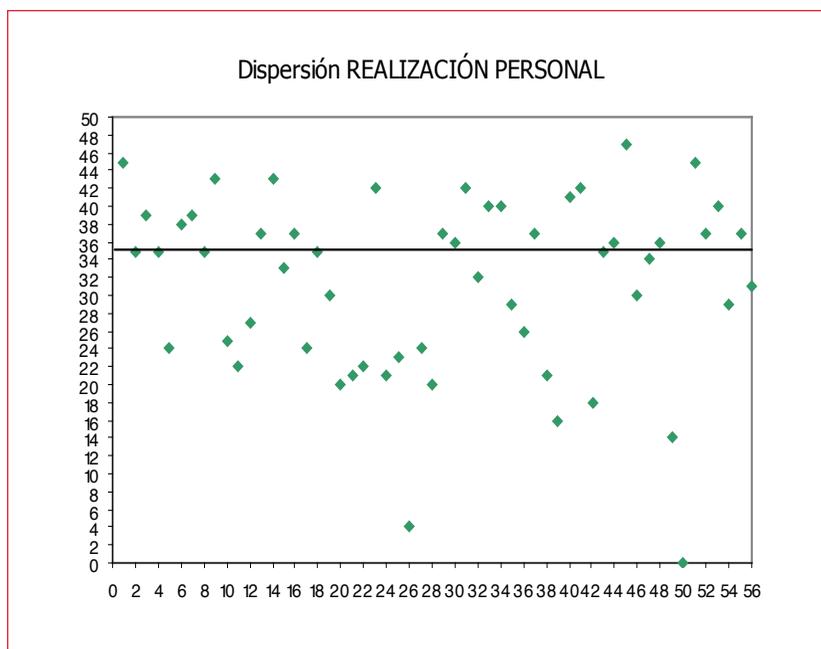


Figura 3. Dispersión de la Realización Personal en los encuestados.

inferior, en el que se ubican los casos que manifiestan baja RP; funcional en términos de *burnout* al mayor AE y la D.

No se observan marcadores grupales que expliquen el comportamiento de los puntos que representan los casos personales; sin embargo, es evidente:

- a. Observar que los síntomas del *burnout* van expresándose a través de señales con distintos grados de intensidad, que deben ser comprendidas como alertas.
- b. Analizar los síntomas a través de un comportamiento evolutivo. El síndrome no interrumpe intempestivamente, sino que es producto de una cons-

trucción psicológica sobre la conducta de los sujetos, que paulatinamente va degenerando los tejidos afectivos y emocionales hacia el vínculo laboral.

Afecta más a las mujeres: 58,33% (7/12). El 42% de los pacientes tiene entre 40 y 45 años y los que menos estrés sufren son los de 35 a 40 años.

Los más afectados son aquellos que tienen entre 5 y 10 años de antigüedad laboral y, en segundo lugar, aquellos con 11-20 años. Los casados o en pareja son los más afectados (83%). Un 30% de los que no tienen hijos está afectado (3/10) contra el 19,57% de los que son padres (9/46).

Ningún corte sobre estos factores podría discriminar con relevancia la dispersión de casos, lo que nos focalizó en analizar el *burnout* vinculado a las prácticas estresantes que las instituciones generan en los intensivistas. La segmentación más eficiente, en términos analíticos y explicativos, fue la discriminación institucional.

En la Tabla 4, se pueden observar las tres dimensiones del MBI por institución, tipo (privada y pública), especialidad (terapia pediátrica/neonatal y de adultos) y localidad.

Se pueden extraer las siguientes apreciaciones:

1. Los intensivistas del sector público manifiestan levemente más afectación que los del privado. El 60,71% de los profesionales trabaja en el subsector privado con un 20,6% de afectados (7/34) y el 39,29% trabaja en el subsector público con un 22,73% de afectados (5/22). Una menor RP (31 contra 37 puntos) sería tendencia en los hospita-

les públicos, lo que condiciona una mayor D (+0,5 puntos) y un crecimiento del AE (+1,5 puntos).

2. El *burnout* se manifiesta con mayor intensidad en las Terapias Pediátricas/Neonatales. Los índices más altos se dan en las Terapias Pediátricas/Neonatales del PM (45%, 15,5%, 33%), del HC (39%, 10%, 37%) y del SRN (36%, 15%, 21,5%), pero como condición previa, la institución debe ser propensa al síndrome. Si bien estas Terapias Pediátricas/Neonatales sobresalen sobre la media, lo mismo lo hacen sus Terapias de adultos. Con la misma lógica, cuando la institución está por debajo de la media, las Terapias Pediátricas/Neonatales siguen a la institución madre. Entonces, la institución condiciona, a través de su cultura organizacional al síndrome de *burnout*, y una vez que lo direcciona en forma adversa, las Terapias Pediátricas/Neonatales son más vulnerables que las Terapias de adultos.
3. Con menor elasticidad que el punto anterior, los intensivistas de Cipolletti están más afectados que los de General Roca. Un postulado, que trasciende la comprobación de este estudio, es el rol de la corporación médica local como elemento asociado a la estimulación/inhibición de los factores estresores del ejercicio laboral.

Identificación del *burnout*

Al comparar la presencia del *burnout* y la percepción del estrés, de las 12 personas afectadas, 5 (41,7%)

TABLA 4
Resultados de las tres dimensiones del MBI por subsector de Salud, Institución y tipo de Terapia Intensiva

Sector	Institución	AE	D	RP
Privada	CR (Neo/Ped)	17,0 (7)	6,0 (4)	39,0 (4)
	CR (Adultos)	18,0 (10)	12,5 (7)	36,5 (6)
	SJ (Neo/Ped)	14,0 (17)	2,5 (2)	34,0 (5)
	SJ (Adultos)	17,5 (13)	5,0 (7)	35,0 (16)
	SRN (Neo/Ped)	36,0 (4)	15,0 (8)	21,5 (10)
	SRN (Adultos)	26,0 (5)	6,0 (5)	25,0 (4)
	PM (Neo/Ped)	45,0 (11)	15,5 (6)	33,0 (10)
	Subtotal Privada	18,5 (13)	7,0 (6)	37 (10)
Pública	HGR (Adultos)	14,5 (8)	6,5 (3)	34,0 (8)
	HGR (Neo)	20,0 (13)	8,0 (9)	35,0 (10)
	HC (Adultos)	34,5 (12)	15,5 (8)	21,5 (9)
	HC (Neo)	39,0 (18)	10 (8)	37,0 (4)
	Subtotal Pública	20,0 (14)	7,5 (7)	31 (10)
TOTAL		19,5 (13)	7,5 (6,5)	35 (10)

AE = agotamiento emocional; D = despersonalización; RP = realización personal.

consideraron al estrés como intenso; 6 (50%), como moderado y uno (8,33%), leve; casi 60% de los afectados no reconoce la patología.

Constatamos una relación directa entre bajo grado de satisfacción y la presencia del síndrome, representó el 58,3% de los casos (7/12), en tanto un 41,7% (5/12) siente una satisfacción moderada. Las nueve personas que sienten una intensa satisfacción y la única que contestó no tener satisfacción no mostraron síntomas de *burnout*.

La ubicación de los 12 casos con *burnout* (Tabla 5) muestra efectores sanitarios con mayor prevalencia de factores que provocan estrés. De las seis instituciones, dos de ellas nuclean el 67% de los intensivistas con síndrome de *burnout* y una cuenta con el 56% de los intensivistas afectados.

Las instituciones se pueden clasificar en:

- Instituciones libres de *burnout*. Son las terapias pediátricas/neonatales de SJ y CR, y las de adultos de SJ y HGR. Estas cuatro instituciones no son un estereotipo, pues coexisten organizaciones públicas y privadas, terapias pediátricas/neonatales y terapias de adultos y una institución, el SJ, logra un estándar similar en las dos terapias; esto manifiesta que el clima institucional, que inhibe y contiene los síntomas del *burnout*, no es privativo de un sector o especialidad, sino que depende del conjunto de valores, normas y condiciones estructurales que favorecen el ejercicio profesional, jerarquizando y motivando al individuo, en un contexto laboral exigente y competitivo.

- Instituciones con prevalencia de *burnout*. Los profesionales afectados se encuentran concentrados en cuatro Terapias Intensivas. Las dos del SRN, la Neonatología del HGR y la Terapia Intensiva de adultos del HC. Con lo cual, no hay un perfil anticipado de institución que induzca o no la prevalencia del síndrome. La probabilidad de desarrollar *burnout* es más elástica a características específicas de las instituciones, ligada a su identidad y fundamentalmente a la sensibilidad de satisfacer las necesidades de desarrollo humano de los profesionales en el ejercicio laboral. El hecho de que cinco de los nueve intensivistas del SRN presenten el síndrome, refleja la existencia de un fenómeno “colectivo” e institucional que trasciende cualquier inclinación o predisposición personal.
- Instituciones con baja prevalencia. Los segmentos intermedios son los más complejos en términos analíticos, pues no se terminan de consolidar como tendencia crítica. Como definimos, el *burnout* es un proceso, la aparición de un caso nunca debería minimizarse, pues podría ser señal de la generalización de nuevos casos, y la baja prevalencia es una situación aparente, sobre la que se mimetiza el problema. Una aparición aleatoria podría expresar falencias organizacionales de inducción, distorsión periférica, típica en los procesos de aprendizajes de las incorporaciones recientes, a revertir en el corto plazo.

TABLA 5
Prevalencia de las tres dimensiones del MBI y los casos con síndrome de *burnout* en los dos subsectores de Salud, Instituciones y tipo de Terapia Intensiva

Sector	Institución	Casos	>AE	>D	<RP*	<i>Burnout</i>
Privada	CR (Neo/Ped)	5	0,0%	40,0%	0,0%	0
	CR (Adultos)	6	50,0%	66,7%	17,0%	1
	SJ (Neo/Ped)	4	25,0%	0,0%	50,0%	0
	SJ (Adultos)	8	25,0%	50,0%	50,0%	0
	SRN (Neo/Ped)	4	100,0%	75,0%	75,0%	3
	SRN (Adultos)	5	80,0%	25,0%	100,0%	2
	PM (Neo/Ped)	2	100,0%	100,0%	50,0%	1
	Subtotal Privada	34	47,0%	50,0%	47,0%	7 (20,6%)
Pública	HGR (Adultos)	8	25%	25%	50%	0
	HGR (Neo)	5	60,0%	60%	40%	2
	HC (Adultos)	4	75%	75%	100%	2
	HC (Neo)	5	80%	60%	20%	1
	Subtotal Pública	22	54,5%	50,0%	50,0%	5 (22,7%)
TOTAL		56				12 (21,4%)

AE = agotamiento emocional; D = despersonalización; RP = realización personal.

* Observación, Orden decreciente de la Realización Personal.

Factores que provocan estrés sobre las dimensiones del MBI

A. **Agotamiento Emocional.** Los resultados indican que las causas son:

- a. Administración del tiempo. Indican que la falta de organización temporal de sus actividades les genera estrés. Debido a la intensidad de su jornada laboral no logran discriminar, con facilidad, la importancia relativa de las demandas, especialmente cuando colisionan los intereses de los ejes funcionales de su trabajo (cuidado de pacientes-gestión-investigación-colegas), que llevan linealmente al AE ($p = 0,6557$).
- b. Mayor complejidad médica. Perciben que nunca están totalmente capacitados y entrenados. Sienten que su habilidad queda obsoleta en forma sistemática y esa sensación de incapacidad los estresa. Sienten que están “perdiendo habilidades generales, porque su tarea se torna más especializada” ($p = 0,6698$). Se rebelan a “tener que cumplir con un aumento de procedimientos burocráticos o normativos” ($p = 0,6297$) y se manifiestan intolerantes a “tener personal inadecuado para hacer el trabajo correctamente” ($p = 0,5254$), pues ambos le agregan una complejidad institucionalmente evitable.
- c. Relaciones interpersonales. Sobre este aspecto el AE es altamente vulnerable. Definen a las Guardias como un verdadero trastorno que afecta su vida familiar ($p = 0,5498$). El agotamiento se debe a una doble incompreensión. Por un lado, la institución no logra organizar eficientemente la cobertura del servicio para satisfacer la necesidad social del médico y, por el otro, el propio entorno familiar no comprende que la Guardia es parte esencial del trabajo del intensivista. Existe correlación entre AE ($p = 0,5388$) y el tener que dar “malas noticias”. El “reproche” de los familiares les genera estrés.

B. **Despersonalización.** Esta dimensión se manifiesta como una alteración que disminuye el ejercicio profesional, no logran hacer coincidir sus sensaciones personales (lo que siente) con la realidad del ejercicio (lo que hace). Los intensivistas reconocen como razones que la provocan:

- a. Límites legales. Un factor estresante ($p = 0,5296$) son las amenazas de litigio, un temor que paraliza al médico en su ejercicio profesional. Lo deja con una sensación de que podría haber hecho “algo más”, pero no lo hizo por haber estado en situación de amenaza legal. La sobreprotección por miedo tiende a despersonalizar al intensivista.
- b. Restricciones institucionales. Se manifiesta como un profesional idealista que se encuen-

tra “maniatado” o frustrado, pues siente que es capaz de producir un cambio positivo en su servicio y no lo dejan ($p = -0,7745$). Por esa razón, se muestra indiferente hacia la institución, como gesto de repudio. La correlación es inversamente proporcional con la D, su anomia institucional aumenta, a medida que crece su sensación de frustración del cambio. Nuevamente el conflicto institucional antecede al *burnout*. Encuentran dificultades de relación con la dirección de la institución ($p = 0,4378$) y manifiestan tener conflictos con otros miembros del equipo-colegas ($p = 0,4086$). La tensión afecta el clima laboral y provoca una ruptura en la identificación del profesional con la institución, que se manifiesta en una D que deviene un “trabajo a reglamento” o de mínimo compromiso.

- c. La D tiende a crecer, a medida que el sujeto percibe que pierde autonomía para ejercer su profesión ($p = -0,6656$), máxime si el tipo de tarea implica la toma de decisiones en circunstancias extremas, bajo presión, con amenaza legal y donde la vida de los pacientes depende de la rapidez y eficiencia asistencial. Mientras más alta es la responsabilidad mayor es el nivel de autonomía que el profesional exige para su desempeño.

C. **Baja Realización Personal.** Esta dimensión es sinónimo de frustración laboral, producto de evaluar a la experiencia profesional en forma negativa, con sensación de insuficiencia profesional y baja autoestima. Las causas vinculadas a esta frustración son:

- a. Exceso de responsabilidad: Les provoca estrés sentirse responsables de la calidad del trabajo del resto del personal ($p = 0,6717$). Subestiman el aporte de los auxiliares, los enfermeros y el personal administrativo, creen que no tienen los recursos necesarios para lograr los objetivos y los consideran inalcanzables ($p = 0,7826$). El estrés es por falta de equipo de trabajo y de recursos. El estrés debido al exceso de responsabilidad es máximo al ser “responsable del bienestar del personal” ($p = 0,6778$), una preocupación creciente en escenarios de inestabilidad, de incertidumbre macroeconómica y de fragilidad financiera. Sienten que las prioridades clínicas están distorsionadas por los objetivos institucionales ($p = 0,7669$), que muta su rol asistencial, siente que es “incapaz de curar a los pacientes” ($p = 0,6527$), pues se encuentra imposibilitado de dar el mejor tratamiento (por restricciones financieras, tratamientos no aprobados) ($p = 0,7321$). Una secuencia de factores que alteran el normal ejercicio profesional.

- b. La RP se ve afectada por la sensación de estar perdiendo habilidades generales. Consideran que su tarea se torna más especializada y exige un nivel de concentración que la rutina laboral no le permite desarrollar ($p = 0,6134$), se frustra al sentirse “incapaz de hacer el trabajo tan bien como le gustaría” ($p = 0,6863$).

Al contrario ponderan como muy positivo el trabajo en equipo, multidisciplinario, el cual es un factor de gran satisfacción, muy por encima de las cuestiones salariales.

Discusión

La presencia de *burnout* en el 21,4% de los encuestados coincide con la literatura, en donde las cifras oscilan entre un 15% y un 20%.

La explicación de la leve supremacía en las mujeres podría ser la doble carga de trabajo familiar y profesional, o el elegir profesiones que prolongan el rol de la mujer.

En cuanto a la edad, el 42% de los casos tiene entre 40 y 45 años y los que menos estrés sufren tienen entre 35 y 40 años. Está descrita una cierta protección en las edades intermedias, para aumentar hasta los 50 años y, luego, descender nuevamente. Los mayores tendrían menor presión laboral o mayor experiencia y recursos de afrontamiento. De todas maneras, es difícil comparar, ya que, en la mayoría de las series, no se realizó de forma unánime el agrupamiento por edades.

Con respecto a la antigüedad laboral, los más afectados son aquellos que tienen entre 5 y 10 años (período de transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana) y, en segundo lugar, entre 11 y 20 años. Se postula una relación inversa entre el *burnout* y la antigüedad laboral, porque los sujetos que lo padecen terminan por abandonar la profesión, por lo que los profesionales con más años de antigüedad laboral son los menos afectados y, por eso, siguen en la actividad.

Pese a que hay evidencia de que el hecho de convivir en pareja o estar casado sería un factor de protección, en nuestro estudio la relación se invierte, este grupo es el más afectado. En cambio, la presencia de hijos es un factor protector.

Cuando analizamos el grado de satisfacción que le ocasiona el trabajo, constatamos una relación directa entre un bajo/moderado grado de satisfacción con la presencia del síndrome, en tanto los que contestaron tener una intensa satisfacción no muestran síntomas de *burnout*.

Al comparar entre la aficción y la percepción del estrés que les provoca el trabajo, casi el 60% de los afectados no reconoce la patología.

Cuando se considera el lugar de trabajo, el mayor número de afectados trabaja en el sector público. De las seis instituciones, dos tienen el 67% de los casos de *burnout* y una cuenta con el 56% de intensivistas afectados. Es interesante observar la importancia que tiene la institución en el desarrollo del síndrome, ya que la mayoría de los encuestados manifiestan que los factores estresores más importantes son aquellos que tienen que ver con las condiciones de trabajo y el clima laboral, dos situaciones que dependen exclusivamente de decisiones de la organización, quien tiene los instrumentos adecuados para realizar los ajustes necesarios, no solamente para corregir los factores que provocan estrés, sino también para prevenirlos.

Este estudio revela el grado de influencia que tienen las organizaciones y los gestores en el desarrollo de la enfermedad. Las instituciones deberían comprometerse en medidas de prevención, porque los resultados muestran que la mayoría de los intensivistas de la región tienen una tendencia gradual a un deterioro progresivo, que puede ser corregido con medidas organizacionales, como reducción de horas de Guardias, el principal factor estresante expresado. Por otro lado, es importante destacar que la mayoría de los encuestados ponderan el trabajo multidisciplinario como un factor de gran satisfacción, muy por encima de las cuestiones salariales, lo que evidencia la necesidad de compartir decisiones.

La herramienta utilizada en esta investigación podría ser aplicada por las instituciones para la vigilancia de la aparición de síntomas de estrés y para el análisis de los factores desencadenantes. Es fundamental el rol institucional en la prevención, el reconocimiento del *burnout* y la implementación de estrategias orientadas al afectado y a mejorar el clima organizacional, las condiciones laborales, la comunicación y el trabajo en equipo, a fin de mejorar la calidad de vida de los profesionales y del servicio brindado.

Conclusiones

Los resultados se acercan a los de la bibliografía en prevalencia y características socio-demográficas.

La importancia de esta investigación radica en revelar el rol fundamental que juega lo institucional en la prevención o en el desarrollo del síndrome de *burnout* en los médicos intensivistas.

Los factores de estrés más importantes son las condiciones de trabajo y el clima laboral, los que dependen exclusivamente de decisiones de la organización, la cual tiene los instrumentos adecuados para realizar los ajustes necesarios, no solamente para corregir los factores de estrés, sino también para prevenirlos.

Nuestra investigación se constituye entonces en una herramienta importante de gestión, a los fines de analizar el grado de influencia que ejercen las institu-

ciones de salud y, por ende, sus gestores, en el desarrollo o, por el contrario, en la prevención, del síndrome de *burnout* en los médicos intensivistas.

Bibliografía

1. Freudenberger H. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-165.
 2. Freudenberger H. The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs* 1974; 18(3): 247-251.
 3. Maslach C. Burnout. A social psychological analysis. Paper presented at the meeting of American Psychological Association, San Francisco, 1977.
 4. Maslach C. Burned out. *Hum Behavior* 1976; 59: 16-22.
 5. Maslach C, Pines A. The burnout syndrome in day care setting. *Child Care Quart* 1977; 6(2): 100.
 6. Maslach C, Jackson S. Lawyer burnout. *Barrister* 1978; 552-554.
 7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occupat Behaviour* 1981; 2: 99-113.
 8. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. En: Jones JW. *The Burnut syndrome*. California: Berkely University of California; 1981.
 9. Maslach C. Understanding burnout definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: WS Paine (ed.): *Job, Stress and Burnout*. Beverly Hills: Sage; 1982.
 10. Maslach C, Jackson S. *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition*. University of California: Consulting Psychologists Press, Palo Alto; 1986.
 11. Neira MC. *Cuando se enferman los que curan*. Río Cuarto: Gambacop Industria Gráfica; 2004.
-