



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

UNIDAD DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA LABORAL:
MENCIÓN DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIONAL**

Título:

**“Desgaste profesional en médicos del Hospital Regional del IESS Dr. Teodoro
Maldonado Carbo”**

En opción al grado académico de Magister en Psicología Laboral:

Mención Desarrollo Humano y Organizacional

Autor: MSc. Luis Alvarado Sánchez

Guayaquil, Julio 2015



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

UNIDAD DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA LABORAL:
MENCIÓN DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIONAL**

Título:

**“Desgaste profesional en médicos del Hospital Regional del IESS Dr. Teodoro
Maldonado Carbo”**

En opción al grado académico de Magister en Psicología Laboral:

Mención Desarrollo Humano y Organizacional

Autor: MSc. Luis Alvarado Sánchez

Tutor: PhD. Jorge Román Hernández

Co-tutor: PhD. Francisco Díaz Bretones

Guayaquil, Julio 2015

DEDICATORIA

A mi padre (+)

A mi esposa e hijos

AGRADECIMIENTOS

A los obreros de la vida,

A los que disfrutaban románticamente de sus quehaceres,

A los que se sienten compensados por los logros cotidianos de su servicio,

A los compañeros de las jornadas que dignifican la dimensión humana,

A los docentes que compartieron saberes en esta área del conocimiento,

Al maestro, al amigo, que acompañó en la construcción de un nuevo proyecto,

Jorge Román Hernández,

Al ciudadano del mundo que asume como misión de vida, estudiar el trabajo,

Francisco Díaz Bretones,

A la institución que me acogió tempranamente para servir a los trabajadores,

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL...

Resumen

Esta investigación presenta como objetivo, caracterizar el proceso de desgaste profesional de los médicos del Hospital Regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo” y sugerir acciones para su prevención. En consecuencia, se realizó un estudio descriptivo cuantitativo de la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en el personal médico de diversas especialidades que laboran en el referido nosocomio. De un total de 213 médicos que prestan servicios en esa institución, participaron 129 médicos, lo que representa un 60,5%. De ellos eran mujeres 51, para un 39,5% y varones 78, para un 60,5%. Los participantes respondieron voluntariamente el Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos (CDPM) de B. Moreno (2006). Este instrumento valora los Antecedentes del desgaste, el Síndrome de desgaste con sus tres componentes: cansancio emocional, distanciamiento e ineficacia; las consecuencias del desgaste y sus factores moderadores. Además, añade un cuestionario de síntomas de estrés. Los resultados más relevantes muestran que un tercio de los médicos declaró padecer de alguna enfermedad crónica, más de la mitad manifestaron que el trabajo afectaba su salud, respecto al desgaste profesional se manifiesta de carácter leve y que no ha lesionado de modo severo los valores profesionales.

Palabras clave: Estrés psicosocial laboral, desgaste profesional, salud organizacional e individual.

Abstract

This investigation has as its objective to characterize the process of professional burnout of doctors from the regional hospital Theodore Maldonado Carbo, belonging to the Ecuadorian Institute of Social Security (EISS), as well as the suggestion of preventing actions to avoid it. In consequence it was carried out a quantitative descriptive study of the presence of the syndrome of professional burnout on doctors of different medical specialization who work in the nosocomial. From a total of 213 doctors who provides their medical service in the institution, it participated 129 ones, which represents 60, 5 %, among them 59 women, being a representation of the 39, 5% and 78 men representing the rest 60, 5%. The participants answered voluntarily the questionnaire of professional burnout for doctors, from B. Moreno (2006). This instrument valuates the antecedents of the burnout, the burnout syndrome with its three components: emotional tiredness, distancing and inefficacy, the consequences of the burnout and its moderator factors. Besides it adds a questionnaire of stress synthon. The most relevant results show that the third part of doctors declared to suffer from a chronical disease, half of them manifested that the job affected their health, in regard with the burnout it manifested in slight way, and it hasn't injured severely the professional values.

Key words: Psychosocial laboring stress, professional burnout, organizational and individual health.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
Resumen	V
Abstract	VI
ÍNDICE.....	VII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Estrés psicosocial laboral.....	5
2.1.1 El estrés laboral afecta el bienestar del trabajador.	5
2.1.2 El estrés laboral afecta el rendimiento y la calidad del trabajo	6
2.1.3 El estrés laboral afecta a la familia del trabajador.....	8
2.2. Las fuentes del estrés laboral. Modelos explicativos	9
2.3. Desgaste profesional.....	16
2.3.1 Las consecuencias del desgaste profesional.....	26
2.3.1.1 Las consecuencias para el profesional de la salud.....	27
2.3.1.2. Las consecuencias para la institución de salud	28
2.3.1.3 Las consecuencias para las personas que reciben los servicios	30
3. CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.1 Situación problemática	35
3.2 Problema y objetivos	36
3.2.1. Problema de investigación:	36
3.2.2. Objetivos	36
3.2.2.1. Objetivo general:	36
3.2.2.2. Objetivos específicos:	36

3.3 Diseño	36
3.4. Preguntas de investigación.....	37
3.5 Variables	37
3.6 Población y muestra	38
3.6.1 Requisitos de participación	38
3.6.1.1 Requisitos de inclusión	38
3.6.1.2 Requisitos de exclusión.....	39
3.7 Tamaño y selección de la muestra.....	39
3.7.1 Caracterización de los participantes	39
3.7.2 Caracterización sociolaboral	39
3.7.3 Caracterización del estado de salud.....	40
3.8 Instrumentos.....	41
3.9 Procedimiento	41
4. CAPÍTULO 3. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	43
4.1 Caracterización psicométrica del CDPM y el ISE	43
4.2 Componentes del síndrome de desgaste profesional y sus asociaciones.....	45
4.3 Estrés y sus síntomas	47
4.4 Prevalencia del desgaste profesional	51
4.5 Desgaste profesional, características organizacionales y personales	53
5. CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
5.1 Conclusiones	56
5.2 Recomendaciones.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	60

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo es una actividad humana cuyo objetivo es la transformación de la realidad tangible o simbólica, de la cual depende la reproducción material de la sociedad. Constituye una expresión muy general y abarcadora, ciertamente, pero aplicable a toda manifestación de la misma. Como actividad humana, es una actividad motivada, susceptible de ser representada antes de su ejecución práctica. Dado su carácter abarcador, es posible aplicar tanto a aquellas en las que predomina el esfuerzo físico, como en las que el esfuerzo intelectual es más característico de las tareas a realizar.

El esfuerzo realizado en la ejecución de un trabajo se corresponde con la carga y el tipo de carga que impone la ejecución del trabajo. El término carga hace referencia a la capacidad limitada del trabajador, manifiesta en su esfuerzo, requerida para realizar una tarea particular (González, Moreno, y Garrosa, 2005). Carga y esfuerzo, por tanto, se encuentran en necesaria relación, ambos se presuponen uno al otro y viceversa.

El esfuerzo que realiza la persona en el trabajo constituye una inversión de sus recursos de respuesta. El esfuerzo intenso o el sostenido, merman la capacidad ulterior de respuesta del organismo del sujeto. Sobreviene lo que llamamos fatiga o agotamiento del trabajador, que generalmente muestra un incremento según avanzan las horas de la jornada laboral y los días de la semana.

Pero el trabajo es un proceso, y un proceso complejo e históricamente determinado. El proceso de trabajo comprende la presencia de un sujeto, muchas veces un sujeto colectivo, que es el ser o seres que realizan este proceso; el objeto de trabajo, sobre lo cual se aplica la acción humana; los medios de trabajo, herramientas o instrumentos auxiliares de que se vale el sujeto para potenciar sus capacidades naturales, el ambiente de trabajo, medio físico, natural y social en que transcurre el proceso, y finalmente el elemento ordenador del proceso:

la organización del trabajo. Organización que es tanto técnica como social; es decir, pauta tanto los pasos del proceso como los roles y relaciones de quienes lo ejecutan.

Del mismo modo que históricamente han variado los instrumentos de trabajo, la experiencia laboral de los trabajadores, las instalaciones, las normas para la ejecución de las tareas, etc., también han variado las formas de organización del trabajo.

Las formas de organización del trabajo han sido clave en la explicación de las controversias y luchas entre los empleadores y empleados. Los primeros, buscando afanosamente los modos de sacar mayor partido de la fuerza de trabajo; los segundos defendiéndose de la explotación y el sufrimiento causado por el afán de extracción de mayor plusvalía.

En nuestra contemporaneidad vivimos una época de crisis económica. Ella ha impactado sobre los trabajadores por diversas razones. El mercado se ha hecho más competitivo. Las empresas buscan obtener los mayores beneficios con los menores gastos, lo cual de modo directo conduce a una mayor intensificación del trabajo y a un mayor desgaste del trabajador. De modo indirecto, esta situación también genera desgaste, cuando por ejemplo las personas pretenden hacerse más elegibles en el mercado del trabajo y se incrementan las demandas a la educación y capacitación, con lo cual las empresas que prestan esos servicios actúan del mismo modo sobre sus trabajadores.

Quiere esto decir que el proceso de desgaste en el trabajo es consustancial a su misma ejecución. Además, que ese desgaste se relaciona con el tipo o tipos e intensidades de cargas que conlleva la respuesta a las mismas mediante el esfuerzo que ha de realizar el trabajador.

Aparte de las cargas, esfuerzos y desgastes intelectual y físico, la interacción con personas en el proceso, la propia conciencia del trabajador sobre su labor y otras tantas situaciones que dota de sus interpretaciones y significados, determinan un tipo peculiar de carga, esfuerzo y desgaste: el emocional.

Las primeras ocupaciones en que se puso de relieve por los especialistas este tipo de carga de trabajo fueron en las profesiones de servicios humanos, dado que la demanda de las mismas creció en las economías nacionales debido al incremento del sector de servicios desde mediados del pasado siglo.

El incremento de las demandas emocionales pronto se hizo sentir en el comportamiento de las personas expuestas. La primera manifestación identificada fue un tipo de agotamiento mixto, intelectual, físico, pero también emocional, con reacciones de irritabilidad, ansiedad, formas leves de depresión y sentimientos de incompetencia, de sentir “que ya no da más”.

Un tipo de desgaste asociado conceptual y temporalmente al estrés. Para muchos, una modalidad de estrés que ha recibido la denominación de “estrés asistencial”, más ilustrativamente en inglés, *burnout*, literalmente: quemarse, a causa del trabajo.

Esto nos conduce a otra característica esencial del desgaste, y más específicamente del desgaste emocional. Se asocia al sufrimiento humano.

Así pues, estrés psicosocial laboral y desgaste emocional constituyen expresiones de un continuo matizado por el protagonismo relevante de las demandas emocionales propias del proceso de trabajo en determinadas ocupaciones.

Sus consecuencias no solamente son capaces de lesionar el bienestar subjetivo del trabajador; sino además el de su vida familiar, de sus colegas y también su desempeño laboral, lo cual afecta a la empresa.

El trabajador no sufre pasivamente, crea estrategias defensivas (Dejours, 1988) para atenuar el desgaste. Ellas tienen una repercusión sobre el resultado de su trabajo, y no pocas veces son objeto de aprendizaje social por otros. El resultado no es bueno para los trabajadores; pero puede resultar peor para la organización laboral.

Es por tanto esta tercera característica nos conduce a la necesidad de aquilatar más allá de la salud de la persona que trabaja –lo cual basta para su significación- hasta la organización misma, las consecuencias del proceso de desgaste del trabajador. Más adelante se ahondará en estos aspectos.

Esta investigación es pionera en Ecuador en lo que respecta a su objeto, valorar la presencia y magnitud del desgaste profesional en médicos, en particular, pertenecientes a una institución hospitalaria. Su realización permitió identificar en estos profesionales el proceso de desgaste profesional en un 28,5% de esos médicos, lo cual es por un lado un factor de riesgo para la estabilidad emocional, el desempeño profesional y la calidad del trabajo; y por otro lado un peligro para el buen funcionamiento del hospital y para la satisfacción de la población asistida.

2. CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO

2.1 Estrés psicosocial laboral

Es preciso al hablar del desgaste profesional, referirse a su vinculación con el estrés. El estrés laboral es un estado de activación relativamente elevado y generalmente persistente en una persona o grupo de personas que desempeñan una actividad laboral dada. Sus determinantes fundamentales en última instancia se localizan en las condiciones organizativas del trabajo, aunque ello no es absoluto, pues también contribuyen las condiciones ambientales, de las tareas y de la individualidad del trabajador.

Es posible distinguir condiciones y consecuencias específicas del sector de la salud que no siempre o no del mismo modo caracterizan el estrés laboral en otros sectores.

Las consecuencias del estrés laboral comienzan por localizarse en el individuo mismo, en su estado de ánimo y su desempeño, así como en el trabajo que realiza y en las relaciones humanas que establece en su institución.

2.1.1 El estrés laboral afecta el bienestar del trabajador.

El estrés laboral genera vivencias de relativo malestar en el trabajador. Estas vivencias son además de diverso grado de conciencia por parte del trabajador mismo que las experimenta.

El estrés, en cuanto a estado, puede describirse como un estado de tensión emocional interna que le resulta molesto, bien solo sea por afectar su estado de ánimo, indisponiéndolo para el mejor ejercicio de sus tareas.

Esta lesión al bienestar, que inicial o circunstancialmente pudiera ser puntual, adquiere cronicidad al punto de devenir en verdaderos síntomas de alteraciones de la salud mental reconocidos por la psicopatología clínica y, por supuesto, laboral (Bretones y González, 2011).

Esos síntomas suelen ser inespecíficos respecto al trabajo mismo y muy diversos entre las personas, tanto respecto a su naturaleza misma como a su intensidad. Es decir, de igual modo un médico, un enfermero o un estomatólogo pueden reaccionar con ansiedad o con incapacidad de concentrar su atención a una sostenida sobrecarga de trabajo asistencial. Y profesionales de un mismo servicio pueden experimentar limitaciones en su memoria de trabajo en diverso grado o no sufrirla, a pesar de realizar labores comparables.

Entre estos síntomas iniciales de deficiencia de la salud algunos son de carácter cognitivo, como dificultades en la concentración de la atención, déficits cuantitativos inicialmente leves de la memoria de trabajo, fatiga intelectual, entre otros; otros afectan son de tipo emocional-afectivo, apareciendo formas leves de depresión, ansiedad, irritabilidad. También pueden presentarse síntomas que afectan el comportamiento mismo, como la disminución de la capacidad de trabajo, irregularidades del sueño; o síntomas relacionados con la salud física de la persona cuyo fundamento se atribuye a razones emocionales, los llamados síntomas psicosomáticos o neurovegetativos, los cuales pueden ser muy diversos, entre los que pueden mencionarse palpitaciones, trastornos digestivos, dermatológicos, por ejemplo.

2.1.2 El estrés laboral afecta el rendimiento y la calidad del trabajo

Al respecto, se comprenderá que la persona expuesta a condiciones generadoras de estrés laboral, si no es capaz de manejarlo de modo eficiente, se verá necesariamente afectada para realizar sus tareas del mejor modo, con lo cual se afectará su trabajo no solo cuantitativamente, es decir, en su capacidad de rendimiento, sino además cualitativamente, en la calidad de su labor.

Esto es particularmente alarmante en el caso de los profesionales de la salud. Cualquier disminución de la capacidad de trabajo y deterioro de la calidad de su desempeño en estos

profesionales puede conducir a consecuencias lamentables sobre otras personas, sobre la organización laboral y sobre la autoestima y salud del propio trabajador.

Dado que los destinatarios más o menos inmediatos del trabajo de todo profesional de la salud son otras personas: pacientes, familiares de aquellos, estudiantes, son ellas en primer lugar quienes reciben las consecuencias de las modificaciones que el estrés laboral ha operado sobre sus comportamientos en el ejercicio de su profesión.

El estrés laboral se revierte, en consecuencia, en un deterioro de la eficacia y de la eficiencia en el trabajo, lo que puede traducirse en deficiencias de diversos grados en el servicio que se presta, errores, lesiones al trato a las personas sobre las que se revierte el servicio, descuidos, indisciplinas laborales, ausentismo, falta de organización, empeoramiento de las relaciones con colegas, subordinados y superiores, entre otras posibles consecuencias.

Ante tales hechos, no solo sufren unas u otras personas. También sufre la organización laboral. Su imagen ante la comunidad, ante las personas que reciben sus servicios, ante las instituciones homólogas o de superior jerarquía administrativa, puede afectarse muy sensiblemente. Las consecuencias del estrés laboral afectan no solo a las personas que lo experimentan. No es solo un problema de las personas. Es también un problema de las instituciones laborales, en este caso las instituciones de salud afectadas. Por eso la estrategia de su prevención y control debe ejercerse no solamente sobre las personas “estresadas”, sino también sobre las instituciones en que aquellas trabajan con el fin de generar “espacios saludables” de trabajo (Bretones y Jáimez, 2011).

Y finalmente, debe llamarse la atención acerca del hecho muy común de que las personas que experimentan diverso grado de estrés laboral –y esto se observa con frecuencia en el sector de los profesionales de la salud- conscientes de la significación e importancia de su trabajo, identificados con los valores que sustentan su trabajo, resisten el deterioro de su comportamiento laboral y con ello puede que incrementan sus tensiones, que sufran una baja de su autoestima, sentimientos de culpabilidad, que descuiden el balance de sus roles

familiares respecto de los laborales. En definitiva, pueden ser además secundariamente afectados.

2.1.3 El estrés laboral afecta a la familia del trabajador

La relación entre la vida laboral y familiar ha sido explorada a partir de las expectativas de los trabajadores de lograr un adecuado balance entre estos ámbitos. Este favorable equilibrio es muchas veces difícil de lograr en ciertas profesiones o familias de profesiones. Los trabajadores de la salud encuentran con gran frecuencia un gran reto para lograr ese adecuado balance.

Los profesionales de la salud están generalmente expuestos a un considerable grado de desgaste emocional. En los casos de quienes se desempeñan en la asistencia, la atención al sufrimiento humano, la aspiración a responder del modo más efectivo a la confianza que los pacientes y familiares depositan en ellos, la responsabilidad por errores o prácticas deficientes, son demandas siempre presentes. En quienes no trabajan en cargos asistenciales, pero docentes u organizativos, la significación humana y social de estas profesiones imponen un elevado grado de responsabilidad en sus acciones y decisiones, toda vez que a la larga influyen a veces hasta con efecto amplificado sobre la calidad de los servicios aunque sea en un plazo mediano.

Por otra parte, no son solamente razones de contenido de estas profesiones; sino otras más bien vinculadas a la organización típica del trabajo las que generan estrés laboral. Aquí es preciso tener en cuenta la demanda generalmente creciente de los servicios por la población, las jornadas extensas que no resultan infrecuentes, las guardias y el trabajo nocturno, las exigencias sobre las labores directivas, el imperativo de mantenerse en constante superación y debidamente actualizado en las informaciones especializadas, la atención docente, el no siempre poder disponer de adecuados recursos.

El recuento anterior permite suponer que sobre los profesionales de la salud gravitan condiciones que fácilmente pueden atentar contra las posibilidades de lograr un adecuado balance de la vida laboral y familiar.

Es preciso tener en cuenta no solamente cuánto puede afectar el trabajo a la dinámica familiar; sino del mismo modo cómo las obligaciones y tensiones familiares pueden indisponer a los profesionales de la salud para realizar su trabajo en óptimas condiciones subjetivas (Busch, Staar, Åborg, Roscher, y Ducki, 2010).

La falta de recursos o de adecuadas condiciones de trabajo, el desgaste físico y mental que éste provoca o los conflictos en el trabajo, todos ellos causantes de estrés laboral, pueden indisponer el estado de ánimo para enfrentar las demandas familiares.

Pero a su vez, los problemas familiares, los conflictos, la falta de recursos, las inadecuadas condiciones de vida, y muchos otros que no es necesario enumerar por bien conocidos, pueden generar tensiones que indispondrían al profesional de la salud para enfrentar su trabajo y –debe llamarse la atención sobre ello- potencialmente pueden incrementar la vulnerabilidad de la persona a las condiciones generadoras de estrés en el trabajo, generándose de este modo un pernicioso círculo vicioso.

Afortunadamente, no siempre ha de ocurrir esa dinámica del desfavorable modo que se ha señalado. En realidad, no resulta tampoco infrecuente que la vida familiar actúe como un escenario de compensaciones de las tensiones originadas en el trabajo; o que una satisfactoria vida laboral reconforte a las personas de las tensiones que se han originado en la escena doméstica. A esto es preciso atender.

2.2. Las fuentes del estrés laboral. Modelos explicativos

En principio, no es incorrecto enfocar las causas del estrés laboral de los profesionales de la salud desde la perspectiva de los más actuales modelos generales que se han elaborado sobre este proceso y que se aplican a diversas profesiones con mayor o menor ajuste a las condiciones concretas de cada profesión o trabajo.

Cuando nos referimos al estrés laboral no tenemos en cuenta solamente los cambios (síntomas y signos) en que se traduce la elevada tensión emocional originada por la actividad laboral.

Nos referimos al estrés laboral, más propiamente al estrés psicosocial laboral, cuando concebimos un proceso propio de la actividad laboral en que uno o varios individuos son expuestos a circunstancias propias de su interacción con las condiciones de trabajo, la que resulta en una activación emocional que se manifiesta en sus vivencias interiores y en su comportamiento observable.

De este modo, las causas del estrés psicosocial laboral hay que buscarlas no meramente en condiciones objetivas, que existen de hecho y en independencia de la persona en cuestión; sino precisamente en la interacción de la persona con estas condiciones. Es así que su ámbito no es externo a la persona, sino interno. Deben pues buscarse esas causas en las percepciones, valoraciones, expectativas, vivencias de las personas acerca de las condiciones en que desempeña su actividad laboral.

Está claro que hay condiciones que por su propia naturaleza e intensidad tienden a generar una movilización emocional exagerada y desequilibrante en la mayor parte de las personas. Una catástrofe, el peligro inminente de daño a la integridad física y otras similares suelen generar inquietud, temor, desconcierto, y reacciones análogas de modo similar en la generalidad de las personas. Pero cuando estos estímulos tienen un rango menor de intensidad o significación, la homogeneidad de las reacciones de las personas se pierde y se observa una mayor diversidad de respuestas en las distintas personas.

Es por eso que se observa que, salvo circunstancias extremas, las condiciones de trabajo que resultan manejables a unas personas son, sin embargo, causantes de estrés en otras.

La formación que reciben los profesionales les permiten manejar de modo más eficiente las condiciones propiciadoras de estrés laboral que a la generalidad de los individuos. Un incendio puede atemorizar y desorganizar el comportamiento de una persona común, al

contrario de un bombero, que sabría enfrentar el peligro de mejor modo y mantener un comportamiento equilibrado y eficaz en sentido general.

Así sucede también con los profesionales de la salud. Ellos se encuentran preparados para enfrentar la relación con las personas a quienes sirven, para exponerse al sufrimiento de los demás, a la enfermedad y a la muerte. Y prestar la debida ayuda. Sus docentes e investigadores están conscientes de sus enormes responsabilidades. Todo ello, a pesar de sus competencias profesionales, tiene un costo emocional.

Aparte de lo anteriormente apuntado, conviene repasar los puntos de vista desde los cuales ha sido enfocado el estrés laboral en sentido general y que son perfectamente aplicables a las situaciones que enfrentan los profesionales de la salud.

Un primer enfoque en la determinación del estrés laboral y sus causas se enfocó en la identificación de las condiciones externas que lo propician. Esta búsqueda de los llamados “estresores”, al privilegiar las causas externas generadoras, de hecho minimizó o ignoró las características individuales que interactúan con esos potenciales estresores, y deja sin una explicación enteramente satisfactoria el por qué la exposición de diversos individuos a las mismas condiciones externas, causan vivencias emocionales molestas en unos y no en otros, o no en el mismo grado. Sin embargo ha aportado un inventario amplísimo de condiciones generadoras de tensión emocional que además varían en diversos aspectos de una profesión a otra.

Otro enfoque, que se origina en los trabajos de H. Selye considera el estrés como un estado de tensión resultante de una adaptación deficiente a las condiciones en que la persona actúa. Desde este punto de vista se da prioridad a las reacciones de los individuos a los estresores del medio. Su acierto ha sido enfocar a la persona que experimenta la reacción y a describirla en modos de reacción o en síntomas, pero sus limitaciones estriban en desconocer o no explicar adecuadamente la diversidad de respuesta entre los diferentes individuos, o de un mismo individuo en diferentes momentos (Selye, 1976).

Es así que estos abordajes al problema del estrés laboral, pese a las limitaciones que respectivamente se han apuntado, sin embargo han permitido identificar condiciones propiciadoras del estrés o los llamados estresores y además, reconocer las reacciones y síntomas típicamente asociados a la acción de los estresores mismos.

Instrumentalmente, han dado lugar a la elaboración de cuestionarios de síntomas de estrés, de los cuales hay una amplia gama, e inventarios de estresores, algunos de ellos para profesiones específicas. Entre estos últimos puede considerarse como un ejemplo el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Alan P. Wolfgang, elaborado en 1988 (Wolfgang, 1988) y su posterior desarrollo. (Gupchup y Wolfgang, 1994). En un estudio realizado con 287 profesionales de la salud de un municipio de La Habana se utilizaron, el cuestionario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang, conjuntamente con otro de síntomas de estrés. De acuerdo con la norma del cuestionario de síntomas, el 50% de los profesionales estudiados presentaban estrés. Los estresores de Responsabilidad por el cuidado de los pacientes resultaron los más presentes y frecuentes en la labor de estos profesionales; sin embargo los estresores que más se asociaron a la presencia de síntomas de estrés fueron los relacionados con el Reconocimiento profesional y el Conflictos de trabajo (Román, 2006).

Se han realizado otros estudios utilizando este cuestionario, como aquel relacionado con el estrés en el trabajo en el servicio de urgencias, vale indicar que previamente se había vinculado a la depresión y el agotamiento; sin embargo, en nuevos hallazgos no se han ampliado para el desarrollo de trastornos de ansiedad, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT). En este estudio, se ha demostrado que existen tres grupos de factores que contribuyen al estrés en el personal de urgencias: características de la organización, atención al paciente, y el medio ambiente interpersonal. Los encuestados fueron 51 servidoras del personal de urgencias de un hospital de un gran centro urbano de Canadá. La mayoría de las personas encuestadas eran enfermeras de emergencia. Se aplicaron cuestionarios de medición del TEPT y las fuentes de estrés laboral y respondieron una serie de preguntas acerca de las respuestas relacionadas con el trabajo al estrés o trauma (Laposa, Alden, y Fullerton, 2003).

Reporta otro estudio, realizado para conocer los factores de estrés en enfermería oncológica, en el cual se aplicaron el Inventario de trabajo estresante para las enfermeras en oncología, que fue desarrollado utilizando metodologías cualitativas y cuantitativas, el Cuestionario de Salud General y el Maslach Burnout Inventory. Los resultados preliminares revelaron cinco factores: la carga de trabajo, que trata de la muerte y el morir, sufrimientos, conflictos interpersonales, pacientes y familiares (Borteyrou, Truchod, y Rascle, 2014).

En general, se trata de identificar condiciones de riesgo de estrés o estresores, como suelen denominarse en el ambiente físico de trabajo, en el contenido y volumen de trabajo (carga y ritmo de trabajo), en las condiciones de organización (del tiempo, jornadas extensas, nocturnidad, recursos materiales y humanos, roles a desempeñar, autonomía, tecnología, procedimientos, etc.), en las condiciones ergonómicas del puesto de trabajo (mobiliario, posiciones a asumir), en las relaciones humanas (clima social de trabajo, comportamientos de acoso o violencia entre trabajadores o de pacientes y familiares), en la gestión administrativa de la institución que pudiera afectar al trabajador (consideraciones, reconocimientos, atención a la salud y seguridad de los profesionales). Algunas condiciones involucran características de la individualidad del profesional de que se trate, y que pueden incrementar (o por el contrario, atenuar) la acción de condiciones desventajosas del trabajo, como su vulnerabilidad a las tensiones emocionales, su nivel de autoestima, su competencia profesional y otras.

No es difícil concebir que esa relación puede ser extensa, aunque tiene la virtud de señalar condiciones concretas de la profesión de que se trate, en nuestro caso, en los profesionales de la salud. Su inconveniente es que la exhaustividad nunca es absoluta, y pueden quedarse sin advertir condiciones propiciadoras de estrés en determinados grupos laborales. Por ese motivo, una estrategia diferente en la identificación de las causas del estrés laboral.

Un diferente enfoque contemporáneo que ha resultado sumamente productivo tanto desde el punto de vista teórico como práctico, ha enfocado el estrés laboral y su etiología como el resultado de un proceso interactivo entre el trabajador y sus ambientes y condiciones de trabajo. Varias teorías han surgido a partir de este modo de concebir el estrés. Veamos algunos para comprender sus aportes al conocimiento de las causas del estrés laboral, aplicables en principio a los profesionales de la salud.

La llamada teoría del Ajuste Persona-Medio fue propuesta por especialistas de la Universidad de Michigan y argumenta que el estrés puede surgir como una falta de ajuste entre las demandas del medio de trabajo y las capacidades del trabajador (Edwards, Caplan, y Harrison, 1998).

Esto puede asumir diversas variantes: que las demandas laborales superen las capacidades del trabajador; que las necesidades del trabajador no se satisfagan en su trabajo, o ambas simultáneamente. Estas condiciones generarían estrés que posteriormente pudieran dar lugar a síntomas de alteraciones de la salud mental o de su salud física como antes fueron descritos.

La teoría Demanda-Control fue propuesta por el norteamericano Robert Karasek (1979), basado en los juicios apreciativos de las personas sobre su trabajo, se basa en las relaciones entre los niveles que atribuye a las demandas y al control tiene sobre su actividad laboral. Entiende por demandas las exigencias físicas e intelectuales que las tareas laborales imponen al trabajador. En cuanto al control, se entiende el grado de autonomía, iniciativa y decisión personal que el trabajo le permite ejercer el trabajador al organizarlo y ejecutarlo. Obsérvese que no se trata del control o supervisión que los superiores ejercen sobre el trabajador.

Este modelo apela a las percepciones de las personas sobre las demandas laborales a que se exponen y el grado de control y autonomía que tienen sobre su trabajo.

Según este modelo teórico, la tensión laboral surge en las condiciones en que el trabajador aprecia que ha de responder a altas demandas y que dispone de un bajo control sobre su trabajo. Esta combinación representaría el mayor riesgo para la salud resultante de la tensión o estrés laboral. De hecho Karasek propone llamar a estos trabajos de “alta tensión” (Karasek, y otros, 1988).

Investigaciones posteriores han permitido comprobar que la percepción de las demandas sumamente altas implican un riesgo para la salud con independencia del grado de control que las personas consideran tener sobre su trabajo. Por otra parte, el apoyo social proveniente de

otras personas significativas para los trabajadores se ha comprobado consistentemente que modera los efectos desfavorables de la tensión laboral.

Tómese en cuenta que esta propuesta permite captar las diferencias entre diversos individuos. Es de esperar y de hecho ocurre, no todos los trabajadores coincidirán en sus apreciaciones aun cuando sus trabajos sean similares.

Otra teoría, llamada de Desbalance Esfuerzo-Recompensa, ha sido propuesta por el sociólogo alemán Johannes Siegrist (1996). Según dicha teoría, el estrés laboral se genera a partir de que el trabajador percibe una falta de correspondencia entre el elevado nivel de las exigencias que el trabajo le impone y las bajas recompensas, tanto materiales como morales, que el trabajo le proporciona. Complementariamente, apunta que el compromiso con el trabajo excesivamente elevado por parte del propio individuo, le conduce a una desmesurada intensificación de su desempeño y puede también ser riesgoso para su salud (Cox y Griffiths, 2010).

El modelo de Siegrist se centra en los juicios de las personas que trabajan sobre el esfuerzo que realizan para cumplir las exigencias impuestas por el trabajo y las recompensas que reciben. Así, el objetivo de este modelo está en el estudio de la reciprocidad de cambio en la vida laboral, donde las condiciones de alto costo / baja ganancia se consideran particularmente estresantes. Las variables de medición, constituyen la baja recompensa, en términos de baja de control sobre el estado de situación (por ejemplo, la falta de perspectivas de promoción en el trabajo, la inseguridad) en asociación con la alta demanda extrínseca (por ejemplo, presión de trabajo) o intrínseca (patrón de afrontamiento personal, por ejemplo, la alta necesidad de control). Visto así, el estudio de los efectos adversos para la salud debido al alto esfuerzo y las condiciones de baja recompensa parece estar bien justificado, sobre todo a la vista de la evolución reciente del mercado de trabajo (Siegrist, 1996).

Estos modelos teóricos que se han expuesto anteriormente son aplicables a profesionales de diversos sectores laborales. Nada excluye su aplicación en el sector de la salud. Por tanto, conforme a sus supuestos, independientemente de las condiciones concretas que imponen el

ambiente laboral, los aspectos organizativos del trabajo, las relaciones humanas y otras, es de esperar que la percepción por parte de los profesionales de la salud de que su trabajo presenta demandas muy elevadas a la vez que le permite tener poco control sobre su trabajo, que el apoyo social que recibe es bajo, que no existe correspondencia entre el elevado esfuerzo que requiere responder a las demandas del trabajo y las recompensas y gratificaciones recibidas, así como la existencia de un sobrecompromiso con su labor, son todas ellas condiciones propiciadoras de estrés laboral y, por tanto, de sus consecuencias nocivas para la salud y para la institución laboral.

No hay motivos para pensar que, pese al grado de conocimiento que es de esperar que tengan los profesionales de la salud sobre los trastornos que esta puede presentar a consecuencia del estrés, sean inmunes a sus consecuencias del estrés laboral. De hecho, la vinculación entre las alteraciones emocionales y la salud somática no siempre son suficientemente reconocidas entre estos profesionales y este modo de pensar puede dar lugar a un grado de desprotección de su propia salud de la cual es preciso protegerlos.

Estos modelos han sido comprobados con un grado favorable de validez en la explicación de la aparición en trabajadores de trastornos cardiovasculares, musculoesqueléticos, o del embarazo y el bajo peso al nacer en trabajadoras gestantes (Román, 2009).

2.3. Desgaste profesional

Desde el último cuarto del pasado siglo, se ha abierto paso una nueva conceptualización de la salud, ya no como parte de un continuo, donde en un extremo está la salud y en el otro la enfermedad, sino como el resultado armónico de la sociedad en su conjunto, donde se debe brindar a los ciudadanos las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y de participación social; para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Describir el panorama epidemiológico de cualquier problema de salud en cualquier lugar del mundo precisa que tengamos en cuenta, en primer lugar, las características

socioeconómicas cambiantes (causa-consecuencia de la globalización), y en segundo lugar, los cambios en la epidemiología como ciencia instrumental puesta en función de los retos que asume la Salud Pública.

El enfoque salubrista contemporáneo cobra más fuerza si el análisis se hace desde la conceptualización de la salud y de la enfermedad. En este contexto, a la luz de los conocimientos actuales y de su integración, se pone de manifiesto la necesidad de estudiar la relación entre los factores medioambientales y psicosociales que juegan un papel fundamental en este proceso de salud-enfermedad. De hecho, la relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en importantes problemas de salud, en el marco de la nueva concepción de la salud, han establecido el escenario para que los psicólogos estudiaran estos fenómenos con un papel preponderante en el desarrollo de técnicas para la promoción de salud, la prevención de enfermedades y más aún, para fomentar y perfeccionar el trabajo desde la salud usando los argumentos que aportan la influencia de variables personales en el riesgo de enfermar y de morir.

Así, la Psicología ha ofrecido numerosas contribuciones para el esclarecimiento de este proceso y para la solución práctica de diversos problemas de salud, entre ellos cabe destacar a los modelos de resistencia personal o salutogénicos, los modelos de creencias de salud, las variables que tienen que ver con la vulnerabilidad personal en el proceso de enfermar, entre otros.

Además, entre los modelos salutogénicos, que enfatizan las variables personales del sujeto vinculadas al burnout, hay que destacar el propuesto por Kobasa (1979). Esta autora propuso el concepto de “personalidad resistente”, al observar que algunas personas sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan ningún tipo de trastorno de salud. Dos características fundamentales en el modelo de Kobasa son: (a) la conceptualización del hombre como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus conductas, y (b) la consideración de la vida como un inevitable cambio asociado a situaciones de estrés. El concepto de “resistencia” surge a partir de la idea de “protección” frente a los estresores, y no puede entenderse sino como resultado de la interacción individuo-medio,

tratando de ser un concepto clave en la psicología social del estrés y la salud. Este constructo está constituido por tres dimensiones: compromiso, control y reto.

El compromiso es la tendencia a desarrollar comportamientos caracterizados por la implicación personal en todas las actividades de la vida, y es una cualidad que es propuesta como moderadora de los efectos de estrés. Además, esta cualidad no se limita a un sentimiento de competencia personal, sino que incluye igualmente un sentimiento de comunidad y/o corporación.

La dimensión de control ha sido la más estudiada del modelo propuesto por Kobasa. Hace referencia a la convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Esta capacidad de control permite al individuo percibir en muchos de los acontecimientos o situaciones estresantes consecuencias predecibles a su propia actividad y, en consecuencia, manejar los estímulos en su propio beneficio, atenuando así los efectos del estrés.

La dimensión de reto hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Desde este punto de vista, un estímulo estresante se entendería como una oportunidad o un incentivo para el desarrollo personal, y no como una amenaza a la propia seguridad. La utilización de este modelo puede ayudar a comprender los procesos vinculados a la salud-enfermedad (Ríos, Godoy, y Sánchez, 2011).

La Psicología de la Salud ha permitido entonces un abordaje holístico del proceso salud-enfermedad, bajo un encuadre eminentemente integrador. Que se ha nutrido y nutre a su vez a otras especialidades de esta ciencia. Tal es el caso de la Psicología del Trabajo y Organizacional, en lo que respecta a la salud, la seguridad y el desempeño de los trabajadores.

El desafío de mejorar las condiciones de salud frente a este panorama es un asunto que trasciende, a todas luces, el ámbito científico, técnico y profesional de los sistemas de salud basados en el modelo biomédico tradicional, ya que este tienen prominente intención curativa. El enfoque actual apunta a que la promoción de salud y las acciones de prevención producen

mayor impacto con menor gasto en las acciones de salud y estas acciones no pueden realizarse al margen de las consideraciones psicosociales en los diversos géneros de la actividad humana, entre los cuales el trabajo.

La salud no debe ser entendida como un bien en sí mismo, sino como un medio para una mayor calidad de vida y para el incremento del bienestar y ajuste personal y social.

Coincidentemente en estos tiempos, con los cambios en el desarrollo del pensamiento en salud, que han permitido el análisis y explicación del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva como la que se ha descrito, y a consecuencia de formas sumamente demandantes de la organización del proceso de trabajo, ha emergido un nuevo fenómeno, que hasta nuestros días se encuentra aún como un franco problema de investigación, aunque ya comienzan a verse sus repercusiones prácticas en los sistemas y servicios de salud; se trata del surgimiento del proceso conocido indistintamente como “síndrome del quemado”, o más propiamente “desgaste profesional”, pero se sigue denominando convencionalmente con su denominación inglesa: *burnout*.

El desgaste profesional constituye una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes con carácter negativo que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas nocivas para la persona y consecuencias desfavorables para la calidad del servicio y la propia estructura funcional de una institución u organización.

Desde la configuración que C. Maslach y S. Jackson (1981) dieron al llamado síndrome de *burnout* en tres componentes, cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, otros autores han seguido esta concepción. Entre ellos B. Moreno, autor del instrumento que empleamos en la presente investigación.

El *cansancio o agotamiento emocional* se refiere a la sensación de estar vacío de recursos emocionales y físicos para enfrentar los estresores percibidos; la *despersonalización* indica excesivo desapego, cinismo e insensibilidad hacia los usuarios y otros aspectos del trabajo y

la *baja realización personal* se refiere a sentimientos de incompetencia, y falta de realización personal y productividad en el trabajo.

Así también, el burnout como un síndrome se afirma que está presente en muchos individuos bajo presión constante (Maslach y Leiter, 1997). Entre ellos, los médicos, en particular, son con frecuencia sobrecargados con las demandas de cuidar a los pacientes enfermos dentro de las limitaciones de menos recursos de la organización. (McCue y Sachs, 1991). Así, el burnout tiende a ser asociado con el desempeño laboral deteriorado y los problemas de salud, que incluyen dolores de cabeza, trastornos del sueño, irritabilidad, dificultades matrimoniales, fatiga, hipertensión, ansiedad, depresión, infarto miocardio, y puede contribuir al alcoholismo y adicción a las drogas. (Vaillant, Sobowale, y McArthur, 1972 ; Meier, Back, y Morrison, 2001).

Maslach y Leither (1997) describen al burnout como el índice de la dislocación entre lo que la gente está haciendo frente a lo que se espera que hagan. Indican que este síndrome representa un deterioro de los valores, la dignidad, el espíritu y la voluntad. Por otra parte, se señala que el burnout se extiende poco a poco y de forma continua con el tiempo, el envío de personas a una espiral descendente de la que es difícil de recuperarse.

Otros estudios, señalan que las semillas de burnout pueden ser sembradas en la escuela de medicina y la formación en la residencia, donde la fatiga y el agotamiento emocional son a menudo la norma. (Yao y Wright, 2000). Por la mitad de su carrera, el impulso del burnout es mantenido por el refuerzo sutil de la estima y el reconocimiento de los propios compañeros, por ser un gran trabajador y la satisfacción que le brinda el hecho de servir a los demás, antes que de auto-cuidado.

Por todo lo indicado, el burnout constituye un importante factor de riesgo de los individuos para enfermar y de las instituciones/organizaciones para desajustarse funcionalmente, en especial las instituciones que brindan servicios de salud. El estudio del *burnout* pudiera enfocarse como un problema actual de salud, a la vez que un problema relacionado con el comportamiento organizacional.

Ello se fundamenta por su alta prevalencia en diversos profesionales de todo el mundo, por las altas tasas de afectaciones en la salud de los trabajadores, por los días laborales perdidos por concepto de quejas e ineficiencia en los servicios y por los síntomas físicos y psicológicos o los padecimientos de los trabajadores. Todos ellos producen baja realización personal, insatisfacción laboral, abandono de los servicios, ausentismo al trabajo, aumento de la rotación y, fundamentalmente, afectaciones en muchas dimensiones de la calidad de vida de los trabajadores, de sus propios familiares y de comunidades enteras (Bretones y González, 2009).

Como se sabe, el desgaste profesional afecta de manera muy seria las relaciones interpersonales, acrecentando la frustración en el trabajo y la insatisfacción laboral.

Como puede apreciarse uno de los encuadres donde puede enmarcarse el estudio del *burnout* o desgaste profesional es, precisamente, desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, toda vez, que este campo de aplicación de la Psicología emerge hoy como un campo integrativo de conocimientos procedentes de la Medicina Comportamental, la Psicología Clínica, la Psicología Social Comunitaria, la Psicología Sanitaria, la Medicina Psicosomática e, inclusive de la Psicología Ambiental, recogiendo aportes de la Psicología Educativa, la Psicología Laboral y la Psicofisiología, pero conservando su especificidad en su aplicación a los momentos del proceso salud-enfermedad y de la gestión sanitaria (Hernández y Grau, 2005).

El interés de la comunidad científica en buscar una explicación teórica a las causas que producen el desarrollo del *burnout*, como respuesta al estrés laboral está relacionada, precisamente, con la necesidad que tienen las administraciones o gerencias de los servicios de garantizar servicios con calidad, donde los usuarios se sientan satisfechos con los servicios recibidos y, debido a que esta mala calidad obstaculiza el éxito de la organización (Gil-Monte y Peiro, 2000).

Otro factor determinante es la atención puesta por las organizaciones en el bienestar psicológico de los trabajadores y la calidad de vida laboral de los mismos. Estos son

problemas que a lo largo del tiempo han sido abordados por especialistas en Salud Ocupacional dentro del sector salud, integrando conocimientos de la Psicología Laboral, de la Psicología Organizacional y de la Psicología de la Salud.

No es casual, en consecuencia, que muchos investigadores enfoquen sus estudios sobre el *burnout* desde la Psicología de la Salud. Muchas de las variables que han dado explicación al desarrollo del *burnout* estudiando las relaciones entre los factores (facilitadores, moduladores e inhibidores), e integradas en modelos salutogénicos y de vulnerabilidad más amplios, han procedido de estudios en Psicología de la Salud. Variables y conceptos como el locus de control de Rotter de 1966 (Oros, 2005), el aprendizaje social de Bandura de 1977 con su constructo de autoeficacia (Wenger y Barberán, 2001), los modelos salutogénicos de Kobasa de 1982 (Moreno, González, y Garrosa, 2001) o, los de resiliencia de Antonovsky (1996), el “patrón A” de Friedman Rosenman de 1958 (Amaya, Gordillo, y Restrepo, 2006), los modelos transaccionales de estrés de afrontamiento, procesos ligados a la autoestima y el optimismo de Lazarus (1993), han procedido de diversos campos léxicos específicos de diversas especialidades de la Psicología.

Los modelos transaccionales actuales sobre el estrés que involucran el estudio del *burnout* aportan una perspectiva que permite prever la interacción entre características situacionales y personales, considerando las primeras (entorno laboral) como variables desencadenantes y las segundas (personales) como factores que cumplen una función facilitadora o inhibidora (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Diversos autores han tratado de identificar los desencadenantes (estresores laborales), organizándolos en categorías. Gil-Monte (2003) establece 4 tipos: a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto, b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, c) Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales, y, d) fuentes extra organizacionales de estrés laboral.

Algunos autores consideran a esta cuarta categoría (relaciones trabajo-familia) más una variable facilitadora que desencadenante, y más recientemente consideran el *burnout* en

general como una “patología moderna”; no debe olvidarse que se debe a una exposición laboral gradual y continuada de por lo menos seis meses a los estresores existentes en el medio que rodea al trabajador (Chacón y Grau, 2004).

La lógica de considerar al *burnout* como un problema de la Psicología de la Salud no se basa solamente en los conocimientos o en el aparato conceptual de procedencia, sino en las salidas prácticas que pueden tener estos estudios para mejorar la eficiencia y eficacia de la salud pública contemporánea. Recordemos que en la conocida definición de Matarazzo (1980), la aplicación de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la Psicología no se dirige solamente a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de sus correlatos etiológicos (es decir, al proceso salud-enfermedad) sino también al “*análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias*” (Santacreu, Márquez, y Rubio, 1997). El desarrollo impetuoso que está teniendo la Psicología Institucional en el sector salud ha involucrado la prevención y el control del estrés laboral y del desgaste profesional como aspectos cardinales, toda vez que afectan a los profesionales que trabajan en este sector, a la calidad de los servicios que ellos brindan y a la organización como un todo.

Tengamos en cuenta que cuando hablamos de desgaste profesional nos referimos fundamentalmente a un estado en el que el trabajador siente y da muestras de que sus recursos para realizar su trabajo de acuerdo con su efectividad y eficiencia habituales, así como con las expectativas que los demás, sus colegas, superiores y personas que atiende, ya no existen o no “le funcionan” del mismo modo. Se ha “agotado”, y sobre todo, se ha agotado “emocionalmente” para enfrentar lo que su trabajo demanda de él.

Esto es particularmente observable en trabajadores cuya labor se relaciona o se realiza sobre otras personas. Esto es, con profesionales tales como los docentes, policías, empleados de comercios y, claro está, con los profesionales de la salud en los más diversos servicios y puestos de trabajo: médicos, enfermeros, personal de emergencias, psicólogos y otros (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007). Estas personas sienten que “ya no dan más”, como se dice en uno de los instrumentos más utilizados para identificar ese desgaste.

El calificativo de “profesional” alude al hecho de que ese desgaste ocurre fundamentalmente por la acción de determinadas condiciones de trabajo. Generalmente asociados a un nivel y sistematicidad de exigencias laborales que conducen a un estrés sostenido y consecuentemente a la extenuación de las posibilidades de responder a aquellas de un modo productivo y equilibrado.

Los estudiosos del desgaste profesional que, dicho sea de paso, es denominado de diversos modos, están de acuerdo en señalar que el agotamiento emocional es su manifestación más característica e inicial. Algunos, inclusive, afirman la presencia del desgaste solo ante la constatación de ese agotamiento, el cual suele acompañarse de igual sensación respecto de las capacidades físicas e intelectuales que el desempeño del trabajo exige.

El agotamiento es el primer síntoma del desgaste y puede manifestarse de diversos modos, durante el trabajo y aun antes. No se trata de la fatiga que normalmente la persona puede sentir después de varias horas de labor. La persona siente dificultad para recuperarse del cansancio del día anterior, al punto que desde que se levanta en la mañana siente el cansancio del día anterior, siente que carece de energía para enfrentar un nuevo día de trabajo. La persona se siente crónicamente agotada.

Otros autores, entre los cuales es preciso mencionar a la psicóloga norteamericana Christine Maslach (1981) configuran el desgaste profesional (al que denomina *burnout*) como un conjunto de síntomas o síndrome que, aparte del agotamiento emocional, lo conforman. Estos son los que denominó “despersonalización” que años después llamó “cinismo”, y la percepción de disminución de la realización profesional, que luego nombró “ineficacia”.

En cuanto a la despersonalización o cinismo, esta autora observa que a manera de protegerse del agotamiento emocional, las personas se distancian emocionalmente de aquellas condiciones que la agotan, de ahí que otros autores denominaran de modo más comprensible “distanciamiento” o “distanciamiento emocional” a esta actitud.

Esto quiere decir, y de modo particular en los profesionales que prestan servicios a otras personas, como los profesionales de la salud, que muestran una actitud de cierta frialdad

emocional, relativa indiferencia o desvinculación con los problemas de aquellos a los cuales prestan un servicio. Disminuyen y hasta minimizan su compromiso con el trabajo y con los ideales profesionales.

Este es tal vez el componente más pernicioso del desgaste profesional, porque produce cambios en el comportamiento, en las actitudes hacia los demás, e inclusive, puede que hasta en los valores personales y profesionales.

Los sentimientos de ineficacia completan la tríada propuesta. Las personas se sienten inefectivas respecto al trabajo, pierden la confianza en sus posibilidades. Estos sentimientos, sin embargo, se ha argumentado que pueden surgir con independencia de los otros dos componentes, por lo que se ha considerado discutible que formen parte de un síndrome junto con aquellos.

Aparte de las manifestaciones anteriores, otras manifestaciones de deterioro personal y social en los trabajadores han sido asociadas a su desgaste profesional, tales como irritabilidad, ansiedad, depresión y sentimientos de culpa, por ejemplo; alteraciones en el comportamiento, como adicciones a sustancias tóxicas, insatisfacción laboral, el malestar y conflictos en las relaciones en el trabajo y con los familiares; modificaciones en detrimento de la autovaloración, de la seguridad y aceptación de sí mismo, entre otras.

Esta constelación de problemas derivados del desgaste profesional con razón ha hecho que Maslach lo llame la “erosión del alma” (Maslach y Leiter, 1997).

Los desarrollos teóricos actuales sobre el Desgaste Profesional han propuesto nuevas perspectivas que parece necesario proseguir, concretándolas en carreras profesionales específicas de relevancia en su proyección social como la medicina. Desde la formulación por Freudenberger (1974) del síndrome de *burnout* se ha elaborado un cuerpo teórico considerable.

La formulación operativa de Maslach sería un síndrome caracterizado por tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal, lo que permitió un desarrollo empírico notable y enriquecedor del modelo teórico (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, y Escobar, 2001).

Posteriores trabajos han abierto todavía más el cuerpo teórico de los planteamientos sobre el o Desgaste Profesional, que en ciertos aspectos tiene como antecedente conceptual la formulación inicial de Maslach, Jackson y otros autores, del llamado *burnout*. En esta tarea se ha destacado el grupo liderado por Wilmar Schaufeli de la Universidad de Utrecht al insistir en los procesos de comparación social y proponer modelos abiertos del Desgaste Profesional (Schaufeli y Salanova, 2002).

Entre los modelos que pretenden captar al *burnout* como un proceso de desgaste profesional se encuentra el desarrollado por Bernardo Moreno. Desde la elaboración de su Cuestionario Breve de *Burnout* (CBB) (Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana, y Miralles, 1997), han propuesto la necesidad de concebir dinámicamente la relación entre las condiciones antecedentes de las manifestaciones que componen el síndrome y las consecuencias de las mismas. Posteriormente, y con el propósito de concretar las expresiones del proceso en la profesión médica, este mismo autor y sus colaboradores han propuesto un nuevo instrumento, el Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos (Moreno, Gálvez, Garrosa y Mingote, 2006).

Las consecuencias del desgaste profesional pudieran, para facilitar su enumeración, clasificarse del siguiente modo de modo particular en el sector de la salud: para el profesional, para los receptores del servicio (pacientes, familiares, estudiantes, etc.), para la institución laboral.

2.3.1 Las consecuencias del desgaste profesional

Analizaremos las consecuencias del desgaste sobre los propios trabajadores, en particular sobre los profesionales de la salud. Luego sobre la institución de salud y finalmente sobre los usuarios de estos servicios.

2.3.1.1 Las consecuencias para el profesional de la salud

El profesional de la salud es el primer afectado por el desgaste profesional, pues es quien lo experimenta a resultas del sostenido estrés laboral.

El desgaste profesional que se experimenta como un agotamiento emocional inicialmente, se ve cortejado además de manifestaciones de fatiga física, intelectual y, en general, como una disminución significativa de la energía y vitalidad habitual de estas personas. De hecho, el agotamiento emocional se percibe como un sentimiento de pérdida de esas energías y competencias. De progresar este proceso, no solo se intensifican esos sentimientos y falta de capacidad; sino además, van apareciendo otros síntomas (Shirom, 2003).

Diversas investigaciones empíricas realizadas con profesionales de la salud e inclusive con estudiantes de profesiones sanitarias en diversos países hispanoamericanos confirman las consecuencias negativas del desgaste profesional para el comportamiento laboral y aún más, para la salud mental de estas personas (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007). En este sentido, Benevides-Pereira (2007) advierte sobre un número mayor de casos de suicidio entre los profesionales del área médica cuando son comparados con la población en general. Esta afirmación confirma la necesidad de contar con registros de mortalidad de la población laboral no solo por sectores de la economía, sino además por ocupación (Román, 2006).

Una investigación realizada con 209 médicos del nivel primario de atención de 32 policlínicos de 7 municipios de La Habana, se aplicaron simultáneamente un cuestionario de desgaste profesional para médicos y un cuestionario de síntomas psicopatológicos. Se observaron asociaciones positivas entre el desgaste profesional y los síntomas de alteraciones de la salud mental. En particular, el agotamiento y la pérdida de expectativas (ineficacia según Maslach) correlacionaron con todas las diversas categorías de síntomas incluidas en el instrumento, salvo la ansiedad fóbica y la ineficacia y el distanciamiento (despersonalización o cinismo) solo se asoció a la hostilidad y la paranoia (Román, 2007).

Lo anterior ilustra la nocividad del desgaste profesional respecto de la salud mental de los profesionales de la salud. De suyo se comprenderá que las alteraciones anteriormente

señaladas no solamente afectan el comportamiento laboral de las personas aquejadas; sino que trascienden los escenarios habituales de su ejercicio profesional y afectan, de modo principal, las relaciones familiares y sociales en general. Estas evidencias han sido menos reveladas por las investigaciones empíricas.

En cuanto al comportamiento laboral, existen suficientes evidencias acerca de las implicaciones del desgaste mismo. Algunas de ellas constituyen precisamente manifestaciones del proceso de desgaste o se derivan directamente de él, como el agotamiento en todas las modalidades mencionadas o el distanciamiento de los pacientes y personas que se atienden, por ejemplo.

Otras manifestaciones se producen de modo secundario y forman una corte de comportamientos amplias y diversas a que puede conducir el desgaste hasta el punto de devenir en un deterioro del comportamiento laboral., tales como la insatisfacción laboral, errores injustificados, negligencias, ausentismo, enrarecimiento del clima laboral, mal manejo de la relación con el paciente y otras. Estas consecuencias interfieren con la efectividad y la calidad de la atención.

2.3.1.2. Las consecuencias para la institución de salud

Con no poca frecuencia se observa una falta de comprensión y de aceptación por parte de los directivos de las instituciones del fenómeno del desgaste profesional y sus repercusiones sobre el comportamiento de los profesionales afectados. Emerge con relativa facilidad un estereotipo orientado a considerar que se trata simplemente de una falta de responsabilidad, una negligencia inaceptable de los trabajadores cuyo rendimiento en el servicio se ha deteriorado.

El hecho mismo de que no todos los profesionales reaccionan del mismo modo o en el mismo grado, contribuye a reforzar esta idea. Aun si resultan varios, quienes presentan el problema pudiera verse reforzada la errónea y prejuiciada idea de que hay una cierta “conspiración” de desobediencia, una resistencia colectiva a la autoridad administrativa.

El espíritu de sacrificio y entrega que es común y ampliamente mayoritario entre los profesionales de la salud, que constituye una condición tempranamente conocida desde que efectúan su elección vocacional, no puede esgrimirse como un argumento de coacción moral o administrativa para hacer prevalecer a toda costa exigencias elevadas y sostenidas que, devenidas en normas de trabajo más o menos formales, rebasen los recursos de respuesta de estos trabajadores.

Ciertamente, también hay que advertir que no toda desviación de la calidad o de la efectividad del servicio que presta un profesional puede ni debe interpretarse *a priori* como una manifestación de desgaste profesional.

Las labores asistenciales presentan dificultades para quienes deben supervisarlas objetivamente. Es más hay evidencias precisamente en trabajadores sanitarios de que los juicios de los propios trabajadores afectados por el desgaste sobre su desempeño no necesariamente coinciden con quienes supervisan su trabajo (Shirom, 2003). Del mismo modo que una actitud solícita puede contribuir grandemente a la satisfacción de un usuario con el servicio que recibe, también una conducta de indiferencia, desinterés o hasta de trato profesionalmente deficiente puede escapar a la mirada de un superior.

Sin embargo, no es la desconfianza lo que debe primar a los fines de prevenir estos procesos perniciosos del desgaste y sus consecuencias que llegan amplificadas a diversos receptores. Por el contrario, una adecuada organización del trabajo y una eficiente comunicación entre los profesionales que prestan servicios en la institución precisan ser potenciados para su adecuada prevención.

El desgaste profesional es un riesgo enorme para una institución de salud. Ante condiciones propiciadoras de un estrés sostenido y elevado, los profesionales sufren agotamiento de sus competencias profesionales, lo que lesiona la eficiencia de su actuación. Este puede elaborar como respuesta, según ya se ha explicado, un distanciamiento de los pacientes (o estudiantes si fuera el caso) y deteriorar su propia imagen, albergando -y puede que hasta conformándose- con sus sentimientos de ineficacia profesional. Les pareciera que

las condiciones y no ellos los han llevado insensiblemente a esas actitudes que se ven “forzados” a adoptar (si es que son plenamente conscientes de ello).

Si todo terminara en algún que otro profesional afectado, el mal no sería de envergadura social. Pero el desgaste profesional “transmite” modos de comportamiento entre los trabajadores. Quienes no se distanciaban de su labor y sus valores, comienzan por justificar a otros y puede que luego, imiten sus modos de conducta. Por eso algunos autores hablan de un “contagio” entre trabajadores.

Esto conduce a un proceso creciente que llega a afectar a todo un servicio y a una institución de salud. ¿Sus signos? Tal como antes se han apuntado, incumplimientos en los horarios y objetivos de los servicios, desatención de los usuarios, errores en el ejercicio de la profesión de diversa gravedad, ausentismo, deterioro de la disciplina laboral, de las relaciones de respeto y consideración entre los colegas, o entre los superiores y los subordinados, enrarecimiento del clima laboral, deterioro de la imagen social de la institución de salud y de sus profesionales. La lista pudiera ser interminable.

De hecho, el desgaste profesional puede sumarse y amplificar las consecuencias negativas de otros procesos al interior de la institución inicialmente no relacionado con el desgaste mismo. Obviamente, no todo lo que pudiera andar mal en una institución es atribuible a procesos de desgaste profesional de sus trabajadores; pero estos problemas no resueltos pueden acumularse y reforzarse mutuamente en detrimento de la calidad de los servicios y de la imagen de la institución de salud.

2.3.1.3 Las consecuencias para las personas que reciben los servicios

A causa de todo cuanto antes se ha apuntado, los más injustamente afectados de toda la cadena de consecuencias del proceso de desgaste profesional son precisamente las personas que reciben los servicios.

De modo aparentemente paradójico, aquellos para los cuales los servicios de salud son diseñados y en favor de quienes se pretende realizar un esfuerzo eficiente de la institución de salud y de sus trabajadores, en razón de una deficiente prevención del desgaste y del cuidado y mejor organización de los servicios, resultan depositarios del malestar organizacional que genera el desgaste profesional. Una vez más, el desgaste profesional trasciende las paredes de la institución laboral para hacerse sentir en ámbitos extralaborales, en este caso, en la comunidad a que presta servicios. Tal es también la importancia social, la relevancia de todos los esfuerzos que se hagan por su adecuada prevención.

Los usuarios de los servicios de salud no son solo los pacientes; sino además los familiares. De hecho habría más, los usuarios no pueden reducirse solo a los usuarios “actuales” que en un momento y lugar dado reciben un servicio de salud. Son también los usuarios “potenciales”, los que tienen la expectativa de, en caso necesario, recibir un servicio y depositan en los profesionales y en las instituciones de salud una cuota importante de confianza que influye en su bienestar general.

Lo anterior no es menos cierto cuando pensamos en un servicio no precisamente asistencial, sino educativo, en los cuales también empeñan sus esfuerzos los profesionales de la salud. No obstante, enfocaremos fundamentalmente los primeros.

Se ha fundamentado que el desgaste profesional como un proceso que transcurre en los trabajadores no se reduce a un modo más de sufrimiento humano ocasionado por el trabajo, sino que afecta su comportamiento laboral y de ese modo resulta en un deterioro de la eficiencia y la calidad del trabajo. Por esa vía y en mayor grado aún cuando aumentan los trabajadores afectados por el desgaste, las consecuencias negativas interesan a toda la institución laboral. De ahí la indeseable relación entre desgaste profesional y calidad del servicio.

De otro lado, la satisfacción es un estado emocional positivo, favorable, agradable. La satisfacción se vincula con las expectativas que las personas tienen de su realidad, acerca de si serán satisfechas sus necesidades y aspiraciones. En la medida en que las expectativas son

satisfechas por las acciones de las propias personas, de las otras personas que se relacionan con ellas, o simplemente por las circunstancias en que llegan a encontrarse o les suceden, se sentirán más satisfechos.

Eso ocurre también con las expectativas de los usuarios sobre los servicios de salud que demandan y reciben y, consiguientemente será el grado de satisfacción o insatisfacción que experimentan.

Conviene tener en cuenta algo más. Los estados de satisfacción o insatisfacción son susceptibles de cambios con bastante facilidad, y así también ocurre con las expectativas asociadas a esos estados. Una experiencia desagradable al solicitar o recibir un servicio puede modificar completamente una expectativa favorable inicial y una experiencia previa de satisfacción con el propio servicio, profesional o institución. De similar modo, una experiencia positiva puede cambiar una confianza perdida o revertir en un estado de insatisfacción.

Las expectativas son sensibles a diversos factores que deben considerarse a la hora de planear o valorar un servicio de salud. Entre estos se encuentran la cultura de la población, sus estados de ánimo, sus experiencias previas, su nivel de información, de conocimientos y creencias sobre salud, el nivel socioeconómico, características demográficas, psicológicas y otros.

Como las expectativas y el estado de satisfacción se relacionan con asuntos concretos de la vida de las personas, como las acciones de salud, los servicios que reciben en calidad de usuarios, etc., ambos están muy relacionados con las actitudes y los comportamientos de las personas que los prestan.

De ese modo, si hay presencia de signos y síntomas de desgaste profesional en el prestador de servicios de salud, se trate de un profesional de la salud, de un equipo de salud o de una institución sanitaria, esto obviamente se reflejará en la calidad del servicio prestado y, consiguientemente en el grado de satisfacción del usuario que lo recibe.

La calidad de los servicios comprende no solamente las condiciones objetivas, materiales y organizativas que permiten el servicio mismo; sino también el proceso de la prestación del servicio mismo, en el cual los profesionales de la salud son los principales protagonistas, y los resultados que se obtienen.

Todos esos componentes influyen en la conformación de la satisfacción del usuario, a la vez que todos ellos pueden resultar afectados sensiblemente por efecto del proceso de desgaste profesional.

Profesionales que sufren desgaste profesional pueden incurrir en malas prácticas en la relación con el paciente y familiares, en errores, indisciplinas, en un deficiente (por defecto o exceso) empleo de las tecnologías a su disposición y como colofón de todas estas cosas, terminar en resultados insuficientes o negativos.

Solo hasta cierto punto esos comportamientos pudieran transcurrir con desconocimiento o escaso juicio crítico por parte de los usuarios, pues como ya se ha dicho, sus expectativas y juicios pueden estar influidos por diversos factores que pueden hacerles tolerar o no advertir una baja calidad en el servicio recibido. Pero la conciencia del usuario no es el criterio para juzgar y preservar la calidad del servicio de salud que se preste y del desgaste profesional que no se previene adecuadamente.

La satisfacción del usuario es conformada por diversas influencias. Entre ellas la accesibilidad administrativa (procesos y requisitos a satisfacer para lograr recibir una atención solicitada), la accesibilidad geográfica (zona en que se vive y de la que se pretende recibir un servicio), además de la profesionalidad, la ética demostrada en los prestadores de servicios, el trato recibido, todo lo cual entra en las consideraciones que conducen a un criterio o juicio global sobre la calidad del servicio recibido.

Si bien el proceso de desgaste profesional tiene escasa influencia en alguno de estos factores, como la accesibilidad geográfica; sin embargo, sí la posee respecto a los demás elementos mencionados. Así, una persona que no recibe la orientación adecuada en la

institución de salud, o no recibe un trato adecuado de un trabajador de la salud por humilde o especializado que sea su trabajo por efecto de un agotamiento emocional o de una actitud de distanciamiento de ese trabajador sanitario desgastado, con mucha probabilidad albergará sentimientos de insatisfacción sobre la calidad de los servicios que ha recibido. Y lo peor, probablemente lo comunique a otros usuarios, se creen expectativas futuras negativas respecto a los profesionales que lo atendieron, y por consiguiente, se afecte la imagen y prestigio de la institución.

Estudios realizados en Cuba permitieron identificar entre las causas de insatisfacción más frecuentes de los usuarios de los servicios de salud las siguientes: trato inadecuado a pacientes y familiares, extravío de documentos, suspensión e impuntualidad de las consultas, condiciones inadecuadas de las unidades de salud, entre otras (Suárez Lugo, 2007). Aunque no existen evidencias de su asociación con procesos de desgaste profesional en esos centros de salud, esas consecuencias son coincidentes con algunas de las muchas producidas por ese síndrome que afecta a profesionales de servicios humanos.

Algo más hay que hacer notar respecto a la satisfacción de los usuarios y los resultados del servicio de salud. Estos últimos no son solo producto de las acciones de los profesionales; sino además de los pacientes que, con su adherencia y disciplina terapéutica además de con su actitud emocionalmente favorable contribuyen al éxito del servicio prestado y a su calidad. El usuario, es por tanto no un mero receptor pasivo del servicio o un juez expectante de su calidad, sino un protagonista activo de los procesos de calidad de la institución de salud.

Finalmente, como apunta Suárez (2007) no hay clientes satisfechos si los que le ofrecen el servicio no lo están. Esos clientes son los usuarios de los servicios de salud y agregaríamos que no hay prestadores de servicios satisfechos sin una eficiente prevención del desgaste profesional.

3. CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Situación problemática

Una institución hospitalaria, como organización laboral de servicios humanos, es un escenario propicio para el desgaste profesional. Si se tiene en cuenta además el tipo de servicios que se prestan, relacionados con las necesidades de la salud de las personas, se comprenderá además que el volumen de las demandas debe ser elevado, lo que condiciona niveles de carga también altos para quienes prestan tales servicios. Mas no es solo una cuestión de magnitud; sino además ha de tenerse en cuenta que esas demandas, el ambiente imperante en un hospital y la interacción con los pacientes y sus familiares son condiciones relacionadas las más de las veces con el sufrimiento humano, la enfermedad y la muerte.

Los médicos son entre los trabajadores de un hospital, de los que tienen un mayor grado de exposición a las condiciones antes mencionadas. Pero su situación adquiere un relieve particular si se tiene en cuenta que la atenuación del sufrimiento y hasta la evitación de la muerte depende muchas veces de sus decisiones. Este sentido de responsabilidad y compromiso resulta no pocas veces un factor propiciador de desgaste profesional.

Estas condiciones son en sí mismas suficiente razón para justificar la necesidad de identificar la presencia del desgaste profesional en los médicos de la institución hospitalaria seleccionada.

Debe tenerse en cuenta que la identificación y caracterización de este síndrome, que a su vez deviene en factor de riesgo de otros problemas de salud y del comportamiento

organizacional, es un obligado paso previo a cualquier acción de prevención del desgaste profesional, finalidad última de la Salud Ocupacional en lo que concierne a este problema.

3.2 Problema y objetivos

3.2.1. Problema de investigación:

¿Qué características presenta el proceso de desgaste profesional en los médicos del Hospital Regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo”?

3.2.2. Objetivos

3.2.2.1. Objetivo general:

Caracterizar el proceso de desgaste profesional de los médicos del Hospital Regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo” y sugerir acciones para su prevención.

3.2.2.2. Objetivos específicos:

- 1) Describir las propiedades psicométricas del CDPM y del ISE.
- 2) Caracterizar los componentes del síndrome y sus asociaciones.
- 3) Evaluar el estrés e identificar los síntomas más frecuentes.
- 4) Determinar la prevalencia de desgaste profesional.
- 5) Revelar diferencias en el desgaste profesional atribuibles a características personales y organizacionales.

3.3 Diseño

Investigación descriptiva, transversal de corte cuantitativo.

3.4. Preguntas de investigación

- 3.4.1 ¿Qué propiedades psicométricas posee el CDPM y del ISE?
- 3.4.2 ¿Qué características tienen los componentes del síndrome y sus asociaciones?
- 3.4.3 ¿Cuáles son los niveles del estrés y cuáles son los síntomas más frecuentes?
- 3.4.4 ¿Cuál es la prevalencia del desgaste profesional?
- 3.4.5 ¿Existen diferencias en el desgaste profesional atribuibles a características personales y organizacionales?

3.5 Variables

Variable	Definición	Escala
<i>Dimensión sociodemográfica</i>		
Edad	Años cumplidos	De razón
Sexo	Sexo biológico	Nominal (hombre=1, mujer=2)
Antigüedad laboral	Años de trabajo (en general, en la institución, en el cargo, etc.)	De razón
<i>Dimensión desgaste profesional</i>		
Antecedentes	Condiciones favorecedoras de la aparición del desgaste profesional <i>Subvariables:</i> Gerencia y supervisión Presión temporal Deterioro social de la profesión Contacto con el dolor y la muerte Presión social Pacientes difíciles	Ordinal, tratada como de intervalo
Síndrome	Núcleo psicopatológico del desgaste <i>Subvariables:</i> Agotamiento Distanciamiento Pérdida de expectativas	Ordinal, tratada como de intervalo
Consecuentes	Consecuencias o impactos del desgaste sobre el individuo o sus circunstancias <i>Subvariables:</i>	Ordinal, tratada como de intervalo

	Deseos de abandono profesional Consecuencias físicas Aislamiento profesional Consecuencias emocionales	
Moduladores	Variables intervinientes en el proceso de desgaste que modifican su acción directa <i>Subvariables:</i> Expresión verbal de las emociones Compromiso Comprensibilidad Flexibilidad adaptativa Consonancia emocional	Ordinal, tratada como de intervalo
Síntomas de estrés	Síntomas cognitivos, emocionales, comportamentales y psicosomáticos usualmente asociados a vivencias de estrés.	Ordinal, tratada como de intervalo

3.6 Población y muestra

La población estuvo compuesta por un total de 213 médicos del Hospital Regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo”, Los criterios de inclusión que tuvimos en cuenta fueron el que estuvieran en activo, de ambos sexos, sin distinción de especialidad desempeñada y con más de tres años de trabajo en el hospital como médico.

3.6.1 Requisitos de participación

3.6.1.1 Requisitos de inclusión

- Ser médico del Hospital Regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo”.
- Tener más de 3 años de trabajo en el Hospital Regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo”.
- Estar de acuerdo en participar en el estudio.

3.6.1.2 Requisitos de exclusión

- Carecer de disposición de participar en el estudio
- No cumplir alguno de los requisitos de inclusión

3.7 Tamaño y selección de la muestra

Finalmente, y teniendo en cuenta los criterios de inclusión anteriormente citados, la muestra estuvo compuesta por un total de 129 médicos, todos los que cumplían los requisitos de inclusión y ninguno de exclusión. El 60,5% eran hombres. La edad promedio del grupo total fue de 43 años (hombres 44,7; mujeres 40,6). La antigüedad promedio como médico de 16 años (hombres 17; mujeres 14). La antigüedad laboral media en el puesto actual, 12 años (hombres 13; mujeres 10); y trabajando en el hospital, 13 años como promedio (hombres 14; mujeres 11).

3.7.1 Caracterización de los participantes

Las caracterizaciones que siguen obedecen a datos aportados por los propios participantes. Su correspondencia con la realidad fue comprobada por el autor mediante los documentos administrativos correspondientes.

3.7.2 Caracterización sociolaboral

En lo que respecta a su titulación, el 45,2% de los médicos poseían cuarto nivel. Las especialidades más numerosas en cuanto a profesionales médicos que las desempeñan son: Anestesiología, 39,4%; Cirugía general, 14,8%; Cardiología, 8,7%; Urología, 7,0%; Pediatría, 6,1%, y Endocrinología, 5,2%. Las restantes tuvieron menos de un 5% de participantes en el estudio: Cirugía cardio-torácica, Hematología, Medicina interna, Neurología, Estomatología, Cirugía vascular, Diálisis y Coloproctología.

La situación laboral queda descrita del siguiente modo. El 63,5% estaban nombrados, el 24,3% en régimen de contrato y el 3,5% en residencia. Un 8,7% no precisó este dato. El 47% trabajaba además en otro hospital.

Respecto a otros aspectos organizativos del trabajo en el hospital, el 34% declaró tener responsabilidades administrativas y el 28% tiene otros trabajadores a su cargo.

Sobre la organización temporal, la situación es variada. El horario de las tardes es el más numeroso, de un 51,3%; el matutino de un 19,1%; de dos sesiones, matutina vespertina, el 1,7% de los participantes; turnos rotativos solo un 0,9% (1 médico), y declararon otra organización diferente de las anteriores el 26,1%. Un participante omitió su respuesta.

En relación con las guardias médicas, mayoritariamente no realizan guardias (69,6%); entre una y tres guardias al mes el 1,8%, y el 28,1% refirió hacer 5 o más guardias médicas al mes. Uno no respondió.

La interacción con pacientes presenta también diferencias entre los participantes. El 73,9% de los médicos declaran estar en contacto con pacientes más del 80% de la jornada laboral; el 22,6% entre el 60 y el 80% de la jornada, y el 2,6% de los participantes entre un 40 y un 60% del tiempo de trabajo.

3.7.3 Caracterización del estado de salud

Un tercio de los médicos encuestados (33,0%) declaró padecer de alguna enfermedad crónica. Las más frecuentes fueron estrés laboral, hipertensión arterial, cefalea, migraña, insomnio, ansiedad, depresión, hepigastralgia, gastritis, asma bronquial, estenosis mitral, lumbalgia, hepatopatía tóxica laboral.

Más de la mitad (52,2%) de los participantes manifestaron que el trabajo afectaba su salud. Dos omitieron su respuesta.

3.8 Instrumentos

Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos CDPM, de Bernardo Moreno-Jiménez (2006), el cual consta de tres escalas: Escala de Antecedentes (Gerencia y Supervisión, Presión Temporal, Deterioro Social de la Profesión, Contacto con el Dolor y la Muerte, Presión Social, Pacientes Difíciles); Escala del Síndrome (Agotamiento, Distanciamiento, Pérdida de Expectativas); Escala de Consecuentes (Deseos de Abandono Profesional, Consecuencias Físicas, Aislamiento Profesional, Consecuencias Emocionales) y Escala de Moduladores (Expresión Verbal de las Emociones, Comprensibilidad, Flexibilidad Adaptativa).

Inventario de Síntomas de Estrés ISE, de Moreno-Jiménez y Peñacoba (1996), el cual consta de una sola escala.

3.9 Procedimiento

Inicialmente se concertó la realización de la investigación con la dirección del hospital y con la organización gremial.

Fueron seleccionados los participantes de acuerdo con los requisitos establecidos previamente, los cuales se expusieron antes en este documento.

Los potenciales participantes fueron informados del propósito de la investigación procurando no transmitir información que pudiera inducir respuestas a las preguntas de los cuestionarios. Fue significada la importancia de la investigación. Se solicitó su consentimiento para participar en el estudio.

Todos los potenciales participantes aceptaron colaborar. Los instrumentos fueron administrados en el orden antes relacionado mediante auto-aplicación, quedando el autor como consultor durante el llenado de los cuestionarios ante cualquier duda de los participantes.

Se apreció una favorable motivación y espíritu de colaboración en los participantes, así como una adecuada comprensión del contenido de las proposiciones de los cuestionarios.

La investigación se condujo en todo momento en observancia estricta con las recomendaciones del Consejo para las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (Council for International of Medical Sciencies, 2002) la Organización Mundial de la Salud para la investigación con humanos, contenida en el documento correspondiente.

4. CAPÍTULO 3. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Caracterización psicométrica del CDPM y el ISE

Los cuestionarios administrados a los participantes fueron sometidos al cálculo de sus estadísticas descriptivas más elementales. Estas son la media con sus intervalos de confianza superior e inferior (+/- 95%), desviación estándar, así como estadígrafos psicométricos que ilustran la confiabilidad o consistencia interna de cada escala y variable del CDPM y del conjunto de ítems del ISE. Los resultados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1 Estadísticas descriptivas y análisis de fiabilidad del CDPM y del ISE

<i>Variables CDPM</i>	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Lím Conf -95%</i>	<i>Lím Conf +95%</i>	<i>D.E.</i>	<i>α Cronbach</i>	<i>Promedio correlación inter-ítems</i>
DESGASTE	126	2.18	2.07	2.29	0.62	0.92	0.18
Escala de Antecedentes	115	2.77	2.70	2.84	7.32	0.78	0.15
Escala del Síndrome	126	2.18	2.07	2.29	0.62	0.88	0.41
Escala de Consecuentes	126	1.90	1.79	2.00	0.58	0.92	0.45
Escala de Moduladores	125	2.85	2.80	2.91	0.32	0.59	0.11
ISE	126	27.09	24.26	29.91	16.14	0.93	0.33

Fuente: Cuestionarios

Los valores promedio del CDPM, primeros obtenidos con profesionales médicos en Ecuador muestran en general valores más bien moderados. Si las respuestas de los participantes se puntúan entre 1 y 4, se entenderá que serían considerados valores altos aquellos iguales o superiores a 3.

En el caso de los antecedentes, los resultados permiten destaca la presión social y el contacto con el dolor y la muerte los más señalados, en tanto los pacientes difíciles, es el antecedente menos nombrado.

Un análisis de regresión lineal permitió conocer que la escala Antecedentes es una buena predictora del Agotamiento ($F=26.21$, $R^2=0.1919$, $p=0.000001$), tal como el modelo teórico del CDPM establece.

Respecto a la escala de Consecuentes, las consecuencias físicas y emocionales alcanzaron los valores promedio más elevados en ella, por encima de los deseos de abandono o aislamiento profesional. Esto concuerda con los valores de distanciamiento, indicando la conservación de la identificación con la profesión (ver tabla 1).

En la escala de Moduladores, los valores promedio de sus componentes son relativamente similares, algo menor la llamada flexibilidad adaptativa.

La tabla 2 contiene los coeficientes de correlación de Pearson.

Tabla 2 Correlaciones entre las escalas del CDPM y el ISE

	CDPM-Antec	CDPM-Sínd	CDPM-Consec	CDPM-Modul
CDPM-Sínd	0.58			
CDPM-Consec	0.58	0.78		
CDPM-Modul	-0.03	-0.12	-0.14	
ISE	0.50	0.52	0.62	-0.18

Fuente: Cuestionarios

Sus resultados se corresponden con lo esperado. Las asociaciones resultan positivas y altas entre los antecedentes, los consecuentes, el síndrome y los síntomas de estrés; en tanto los moduladores mantienen valores bajos y de signo inverso.

La correspondencia entre los síntomas de estrés y los componentes del desgaste constituye una validación convergente del CDPM.

4.2 Componentes del síndrome de desgaste profesional y sus asociaciones

En relación con el síndrome, de sus componentes, la pérdida de expectativas, interpretable también como sentimientos de ineficacia personal y el agotamiento, constituyen los dos componentes con valores más altos. Una nota positiva la aporta el valor relativamente bajo del distanciamiento, que refleja el cuidado y preservación de los valores profesionales. Cabe señalar que esos valores, comparados con los obtenidos por el autor del cuestionario original con médicos de la Comunidad Autónoma de Madrid, que resultaron 2.09, 2.03 y 2.67, respectivamente, permite ver que solo en el agotamiento los ecuatorianos tuvieron como promedio un valor más elevado que los médicos españoles (Moreno, Gálvez, Garroza, y Mingote, 2006).

En otra investigación con igual instrumento realizada en Cuba, los médicos de la atención primaria, obtuvieron valores promedio en estas escalas de 2.80, 1.80 y 2.79, respectivamente, valores estos más altos en agotamiento y pérdida de expectativas que los nuestros, y muy similar en distanciamiento (Pacheco, Hernández, y Román, 2012).

En particular, las correlaciones de los tres elementos constituyentes del síndrome con los síntomas de estrés resultaron estadísticamente significativas, todas positivas. Ello concuerda con lo esperado dada la naturaleza de ambos procesos.

Tabla 3 Correlaciones entre los componentes del Síndrome y con el ISE

	Agotamiento	Distanciamiento	Pérdida de expectativas
Distanciamiento	0.55		
Pérdida de expectativas	0.68	0.54	
ISE	0.55	0.27	0.39

Fuente: Cuestionarios

Los ítems de la escala del Síndrome fueron objeto de un análisis factorial de componentes principales, bajo una rotación Varimax (según la máxima varianza a explicar por sus factores). Los resultados se muestran en la tabla 4.

Tabla 4 Análisis de componentes principales de los ítems de la escala del Síndrome (n=126)

<i>Items</i>	<i>Subescala</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>
1	Distanciamiento	-0.027583	0.755209
2	Agotamiento	0.722530	0.072690
3	P Expectativas	0.493369	0.258177
4	Distanciamiento	0.558610	0.368894
5	Agotamiento	0.816860	0.154946
6	P Expectativas	0.501768	0.457117
7	Distanciamiento	0.287766	0.721766
8	Agotamiento	0.824248	0.241972
9	P Expectativas	0.752475	0.151363
10	Distanciamiento	0.427652	0.507141
11	Agotamiento	0.808412	0.122685
12	P Expectativas	0.781467	0.150115
Valor propio		5.544820	1.316520
Varianza explicada %		46.20684	9.47901
Varianza acumulada %		46.20684	55.67774

Se establecieron como criterios los siguientes: determinar los factores por valores propios iguales o superiores a la unidad; interpretar los factores extraídos de acuerdo con el contenido (pertenencia a la subescala) de los ítems con saturaciones iguales o superiores a 0.70.

Con estos elementos deben interpretarse los datos de la tabla 4. Si bien se esperarí una estructura de tres factores de acuerdo con los criterios conceptuales y constructivos del instrumento de tres subescalas (agotamiento, distanciamiento y pérdida de expectativas), en realidad resultaron solo dos, que explican casi el 56% de la varianza total del sistema. No se trata de una proporción elevada, aunque suficiente.

El primer factor, que da cuenta del 46% de la varianza total, se encuentra determinado principalmente por los ítems de agotamiento, los cuales en su totalidad asumen pesos altos en el factor. A este factor se asocian además algunas manifestaciones de pérdida de expectativas, representadas por los ítems 9 y 12. En consecuencia, denominamos “Agotamiento” al factor 1 resultante de este análisis multivariado.

El segundo factor ofrece explicación al 9% de la varianza. Los ítems de mayor peso son los 1 y 7, ambos de la escala de distanciamiento. Les sigue, aunque con un valor menor al preestablecido, el ítem 10, de la propia escala. Se determinó denominar “Distanciamiento” a este factor.

Los contenidos de pérdida de expectativas se distribuyeron en los dos factores anteriores. No alcanzaron saturaciones altas en ninguno de los dos factores dos ítems de distanciamiento (4 y 10) y dos de pérdida de expectativas (3 y 6). Son estos últimos resultados que desde el punto de vista psicométrico merecen una posterior observación con una muestra diferente y decidir probablemente modificaciones en sus contenidos.

4.3 Estrés y sus síntomas

Un procedimiento muy frecuentemente empleado para la evaluación del estrés es contabilizar los síntomas que de modo usual concomitan con las vivencias subjetivas de estrés y tensión. No por eso debe obviarse el hecho de que esos síntomas son inespecíficos, y que pueden deberse a otras causas o manifestarse en ausencia de vivencias de estrés.

La relación del estrés con determinados síntomas ha dado por resultado la redacción de numerosos cuestionarios de síntomas de estrés. Uno de ellos es el ISE elaborado por B. Moreno, que ha sido empleado en nuestra investigación.

Dado que no existen datos de referencia poblacionales y tampoco ha sido esto objeto de trabajo de su autor, no es posible juzgar el nivel de estrés experimentado, ni aún por la vía indirecta de los síntomas declarados. No obstante, tomaremos la puntuación media de la escala de valores posibles a obtener en el cuestionario como un punto formal de comparación. En este caso los valores posibles a obtener van desde 0 a 120, por lo cual 60 sería el punto medio de la escala.

Si exploramos nuevamente la tabla 1, veremos que la media de este grupo de médicos apenas rebasa la puntuación 29, por lo que bajo un criterio formal de distribución de las anotaciones, estarían por debajo de la puntuación media de la escala.

Para observar la distribución real se calcularon los percentiles del total de los participantes en este cuestionario. La tabla 5 permite apreciar que el percentil 50 se encuentra entre las filas 23 y 24. Interpolando los 8 casos entre las anotaciones correspondientes a esas filas, puede estimarse el percentil 50 en la anotación 49.

Tabla 5 Percentiles del ISE

	<i>Cuenta de casos</i>	<i>Cuenta acumulativa</i>	<i>Porciento</i>	<i>Porciento acumulativo</i>
1	1	1	0.775194	0.7752
2	1	2	0.775194	1.5504
3	1	3	0.775194	2.3256
4	1	4	0.775194	3.1008
5	3	7	2.325581	5.4264
6	3	10	2.325581	7.7519
7	2	12	1.550388	9.3023
8	4	16	3.100775	12.4031
9	1	17	0.775194	13.1783
10	2	19	1.550388	14.7287
11	4	23	3.100775	17.8295
12	4	27	3.100775	20.9302
13	2	29	1.550388	22.4806
14	5	34	3.875969	26.3566
15	4	38	3.100775	29.4574
16	3	41	2.325581	31.7829
17	3	44	2.325581	34.1085
18	2	46	1.550388	35.6589
19	4	50	3.100775	38.7597

20	5	55	3.875969	42.6357
21	1	56	0.775194	43.4109
22	2	58	1.550388	44.9612
23	2	60	1.550388	46.5116
24	8	68	6.201550	52.7132
25	1	69	0.775194	53.4884
26	2	71	1.550388	55.0388
27	2	73	1.550388	56.5891
29	1	74	0.775194	57.3643
30	1	75	0.775194	58.1395
31	5	80	3.875969	62.0155
32	4	84	3.100775	65.1163
33	2	86	1.550388	66.6667
34	2	88	1.550388	68.2171
35	2	90	1.550388	69.7674
36	1	91	0.775194	70.5426
37	3	94	2.325581	72.8682
38	3	97	2.325581	75.1938
39	2	99	1.550388	76.7442
40	1	100	0.775194	77.5194
41	2	102	1.550388	79.0698
42	1	103	0.775194	79.8450
43	1	104	0.775194	80.6202
45	4	108	3.100775	83.7209
46	1	109	0.775194	84.4961
47	1	110	0.775194	85.2713
48	3	113	2.325581	87.5969
50	2	115	1.550388	89.1473
51	2	117	1.550388	90.6977
52	1	118	0.775194	91.4729
53	1	119	0.775194	92.2481
54	1	120	0.775194	93.0233
55	1	121	0.775194	93.7984
57	1	122	0.775194	94.5736
58	2	124	1.550388	96.1240
60	1	125	0.775194	96.8992
63	2	127	1.550388	98.4496
72	1	128	0.775194	99.2248
Missing	1	129	0.775194	100.0000

En cuanto a la frecuencia de los síntomas, se adoptan dos criterios de análisis. Por una parte, su incidencia, dada esta por la cantidad de participantes que lo mencionan con independencia de su ponderación por la frecuencia con que lo experimentan. Por otra parte, su intensidad, estimada a partir de la frecuencia con que refieren sentirlos.

Resultaron los cinco más referidos los siguientes:

Dolores de espalda o cuello (99%)

Tiempo mínimo para uno mismo (86%)

Resfriados y gripe (82%)

Irritabilidad fácil (81%)

Sentimiento de cansancio mental (79%)

Los cinco menos mencionados fueron:

Aumento del consumo de bebida, tabaco o sustancias (18%)

Erupciones en la piel (25%)

Presión en el pecho (29%)

Presión arterial alta (30%)

Dificultades sexuales (35%)

Como puede apreciarse, todos los ítems de síntomas tuvieron una proporción de respuestas positivas en los juicios de los participantes, quienes reconocieron en ellos manifestaciones de su malestar psíquico y somático.

En cuanto a su intensidad o gravedad, como también puede interpretarse, los cinco de mayor ponderación fueron:

Dolores de espalda o cuello

Tiempo mínimo para uno mismo

Estado de apresuramiento continuo

Pérdida o exceso de apetito

Sentimiento de cansancio mental

De otro lado, los cinco de menor intensidad en las respuestas de los participantes fueron:

Aumento de consumo de bebidas, tabaco o sustancias

Erupciones en la piel

Presión en el pecho

Sentimientos de baja autoestima

Dificultades sexuales

Aunque “tiempo mínimo para un mismo” parece aludir más a una condición organizativa del trabajo que a un síntoma en sí mismo, puede interpretarse como tal, debido a que es un modo de reflejar el sentimiento de prisa y de urgencia temporal que se vivencia subjetivamente.

Como era esperado, hay correspondencia en la intensidad y la frecuencia de selección de los síntomas.

4.4 Prevalencia del desgaste profesional

Determinar la prevalencia del desgaste profesional o del *burnout* bajo el modelo de tres componentes que tiene en su origen la concepción del síndrome propuesto por Maslach, ha dado lugar a la emergencia de diversos criterios.

Entre esos criterios se encuentran el de tomar en cuenta solamente el agotamiento o cansancio emocional o el definir el desgaste por una combinación de los diversos componentes.

En nuestro caso, para la determinación de prevalencia, preferimos tener en cuenta solo el agotamiento; sin por ello dejar de analizar los restantes componentes, pero no como definitorios de prevalencia. Nuestra decisión se fundamenta en los siguientes argumentos:

- a. La estructura factorial obtenida, en que se destaca el agotamiento como primer factor que explica casi la mitad de la varianza de los datos.
- b. Las bajas puntuaciones promedio de los restantes componentes del síndrome.
- c. Poseer una elevada fiabilidad, evidenciado en su coeficiente de Cronbach, el más elevado de todas las subescalas.
- d. El criterio teórico ampliamente compartido de que el agotamiento constituye la primera manifestación del desgaste y que condiciona la emergencia de las restantes.

En calidad de criterio cuantitativo para determinar el límite de lo que se considerará o no desgaste se tomará el percentil 66, a partir del cual se define el tercil más elevado de la distribución. Con tales anotaciones habría 37 casos, lo que representa un 28.5%, proporción que bajo este criterio constituiría la prevalencia del desgaste. Sin embargo, este dato en sí mismo no tiene gran significación, dado que se encuentra predeterminado por el criterio del límite, que se basa justamente en la misma muestra.

Si se aplicara un criterio más inclusivo respecto al síndrome, incluyendo los tercios superiores en los tres componentes, encontraríamos una proporción considerablemente menor. Resultarían 14 casos, un 10.8%. Bajo la concepción del modelo de Maslach, compartido por el CDPM, constituirían los casos más graves del síndrome de desgaste. (Ver Tabla 6) Justamente tal proporción coincide con la que Schaufelli denomina el “*burnout* clínico” (Schaufelli y Enzmann, 1998).

Tabla 6 Tertiles de los componentes del síndrome

<i>Componente</i>	<i>n</i>	<i>Mediana</i>	<i>Percentil 33</i>	<i>Percentil 66</i>
Agotamiento	128	2.25	1.75	2.50
Distanciamiento	128	1.75	1.50	2.00
P de expectativas	126	2.50	2.25	2.75

No obstante, la determinación de este límite del agotamiento y el criterio escogido para determinar la presencia de desgaste profesional será útil en los análisis que siguen.

4.5 Desgaste profesional, características organizacionales y personales

El instrumento empleado contiene un conjunto de preguntas orientadas a conocer sobre las características de los encuestados (edad, sexo, antigüedad laboral, valoración personal de la relación trabajo-salud) y otras relacionadas con la organización del trabajo (horario, tipo de contrato, interacción con pacientes, y otras).

Se analizó si estas características permitían diferenciar los participantes con desgaste de los que no presentaban igual intensidad del mismo (no desgastados).

Para estos análisis se aplicó el estadístico *t de Student* de diferencias de medias. Se pretendió determinar cuáles de estas características diferenciaba entre los médicos con desgaste profesional (referencias personales de elevado agotamiento).

Ninguna de las características personales o condiciones organizacionales permitió diferenciar con significación estadística entre los médicos con desgaste profesional o sin él. Sin embargo, se aprecia una tendencia a ello. Los gráficos 1 y 2 ilustran sobre estas tendencias. La adjudicación a uno u otro de estos gráficos de las diferentes variables se debe a su tipo, categorial o continua.

Gráfico 1 Desgaste profesional, condiciones personales y de trabajo

Wilks lambda=.96958, F(7, 89)=.39895, p=.90061

Las líneas verticales denotan los intervalos de confianza de las medias, representadas por un cuadrado

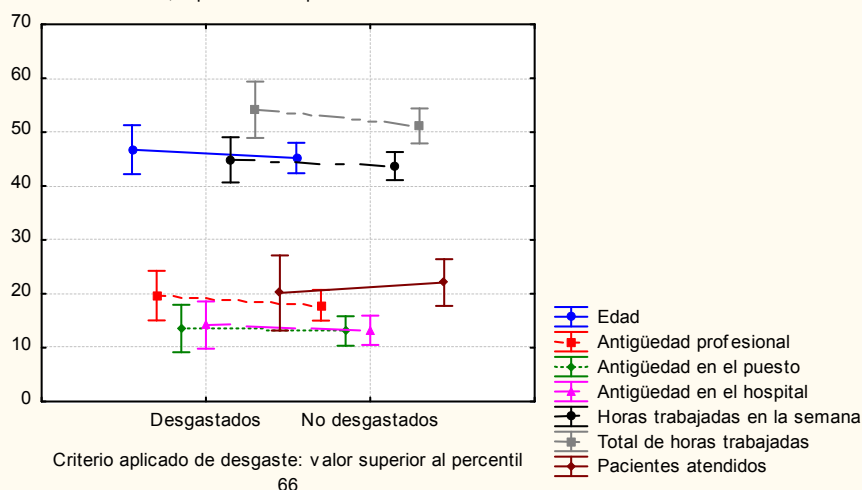
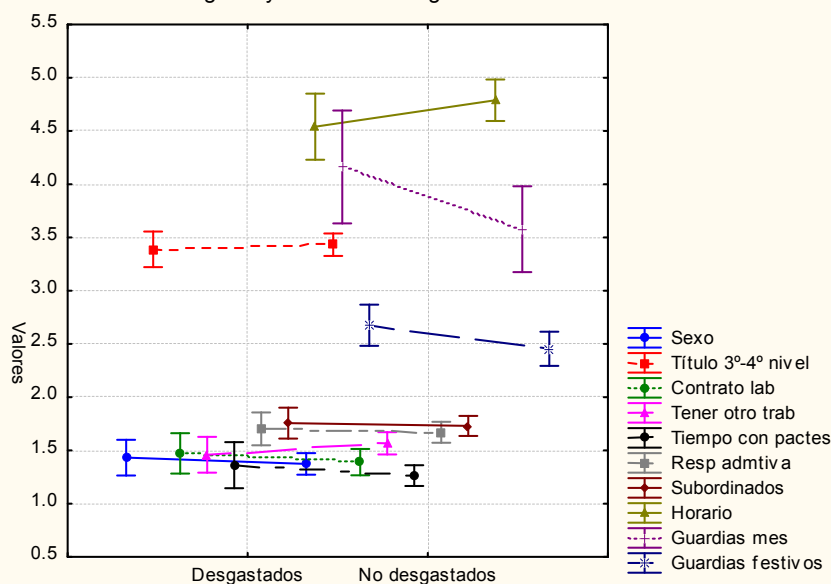
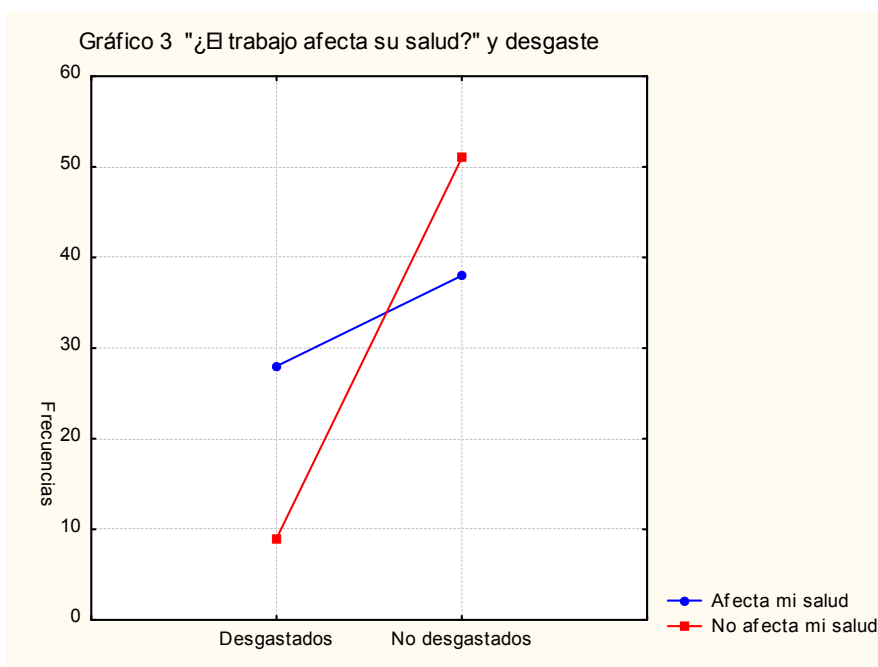


Gráfico 2 Desgaste y condiciones organizativas



Solamente las respuestas a la pregunta “¿el trabajo afecta su salud?”, afirmativa o negativa arrojaron diferencias significativas entre los médicos desgastados o no (media “sí afecta”= 2.52; “no afecta”=1.91; $t=-4.23$; $p=0.000045$). En el gráfico 3 se observan las interacciones entre las variables mencionadas.



Puede observarse que independientemente de la respuesta afirmativa o negativa, priman los no desgastados, lo cual se debe al criterio aplicado, bajo el cual los desgastados representan una proporción minoritaria del total. Sin embargo, quienes responden afirmativamente tienen menos no desgastados y más desgastados; al contrario de quienes responden a esa pregunta negativamente.

Pudiera pensarse que si el criterio adoptado para definir el desgaste fuera menos exigente, probablemente se encontrarían las diferencias esperadas. A tales efectos se repitieron los análisis de *pruebas t* adoptando como criterio de desgaste no ya el percentil 66, sino el percentil 50; es decir, la mediana. Los resultados fueron similares.

Debe concluirse que las características personales y organizativas del trabajo consideradas en el CDPM no resultaron capaces de diferenciar a los sujetos estudiados según su nivel de desgaste.

5. CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos y en atención a los objetivos propuestos, el presente estudio del desgaste profesional en un contexto hospitalario, permite arribar a los siguientes juicios conclusivos:

- El desgaste profesional constituye un problema actual y significativo de la salud de los trabajadores de diversos sectores ocupacionales, con consecuencias nocivas para el individuo, la organización laboral y para las personas que reciben el producto del trabajo.
- El personal de salud, dadas las características de su trabajo se encuentra expuesto a condiciones propiciadoras del síndrome de desgaste profesional.
- En el Hospital Regional del IESS “Teodoro Maldonado Carbo” se identifican las siguientes como fuentes facilitadoras de emergencia del síndrome de desgaste profesional: la inconformidad con la organización del trabajo, la ampliación de la carga horaria, el incremento de pacientes a ser atendidos con tiempos establecidos, ampliación de la jornada de consulta externa, sistemas de evaluación que privilegian lo cuantitativo, falta de insumos para realizar sus intervenciones, medicamentos de mala calidad, sistema inadecuado para asignar agendas las interconsultas, reducción de derechos adquiridos, inseguridad laboral, ambiente laboral hostil, controlador y sancionador, actitudes violentas y agresivas de los pacientes y/o familiares de los pacientes.

- En calidad de elementos protectores de surgimiento del síndrome, se identifican las siguientes: la elección de la carrera por vocación, los desafíos y logros en el desarrollo profesional, el trabajo en equipo, los sentimientos de solidaridad, la evolución favorable de los pacientes, los sentimientos de gratitud por su labor, el reconocimiento social que tienen los médicos que laboran en este hospital.

- Las versiones de los instrumentos CDPM e ISE de B. Moreno, si bien presentan características psicométricas aceptables deberán ser perfeccionados a fin de elevar su fiabilidad y su estructura factorial.

- Los síntomas de estrés más frecuentes declarados por los médicos estudiados concuerdan con lo esperado dada la presencia de un proceso de desgaste profesional.

- Si bien la ausencia de datos de referencia poblacionales impidió fijar un valor umbral como criterio para establecer la presencia del desgaste y tuvo que recurrirse a la distribución de anotaciones de los mismos médicos estudiados, los datos obtenidos permiten cualitativamente considerar que el desgaste profesional en el grupo estudiado es aún de carácter leve y no ha lesionado de modo severo los valores profesionales como es propio de las manifestaciones de distanciamiento. Se ha estimado su prevalencia en un 28.5%.

- Se aprecia una tendencia favorecedora del desgaste en características de la organización del trabajo y particularidades personales en relación con el trabajo, pero sus evidencias no son concluyentes, excepción hecha de la autovaloración de los médicos de la acción perjudicial del trabajo sobre su estado de salud.

5.2 Recomendaciones

- Resulta pertinente reconocer que una limitación importante de este estudio es su carácter transversal y de enfoque cuantitativo, por tanto debería insistirse en futuras investigaciones en poner énfasis en el carácter longitudinal y el componente cualitativo de la investigación, que permita una mirada más humana e ideográfica de los resultados encontrados, que además posibilite la apreciación de las particularidades que correspondan a cada caso, y que se traduzca en la construcción de propuestas de intervención ajustadas a sus realidades.
- Corresponde revisar crítica y detenidamente los instrumentos utilizados y someter a severos criterios de validación al no existir instrumentos adaptados a población ecuatoriana, por los sesgos que se pueden derivar de su aplicación.
- Los médicos deben estar capacitados desde su proceso de formación profesional, para desarrollar métodos de renovación personal, revisión de sus modos y estilos de vida, autoconciencia de sus emociones, vinculación con los sistemas de apoyo social y un sentido de dominio y significado en su trabajo.
- Es necesario advertir que la prevención del desgaste profesional en los médicos, es responsabilidad de todos los médicos, así como de los sistemas y organizaciones de la salud en las que trabajan, por lo se debe implementar programas de promoción del bienestar médico.
- Divulgar los resultados encontrados al personal médico de la institución que participó en el estudio, así como en diferentes eventos que se realicen sobre esta agenda temática, en el interés de concienciar a la comunidad sobre la importancia del cuidado de la salud psicosocial en el trabajo.

- Por la dinámica de los cambios sociales, políticos, tecnológicos, demográficos, culturales, que inciden en la construcción, deconstrucción, así como en la organización de nuevos diseños del trabajo, con sus potenciales demandas, es necesario que se consideren los nuevos factores de riesgos psicosociales emergentes que se manifiestan en los diferentes sectores de la actividad laboral.
- Desde la concepción de que la salud humana constituye un derecho, y en el contexto de una sociedad que procura el Buen Vivir, debería fomentarse en los procesos de formación académico profesional el interés por el estudio multi, inter y transdisciplinario del trabajo, como un proceso históricamente determinado.
- La academia en general y los investigadores en particular, están llamados a convocarse y gestionar la conformación de redes intra e inter institucionales para ampliar y profundizar el estudio de la casuística que se manifiesta en el trabajo.
- Desarrollar programas de sensibilización, psicohigiene laboral, redes de apoyo, grupos terapéuticos, para fomentar comportamientos saludables, relaciones empáticas, mejorar la capacidad de tolerancia a la diversidad, garantizar el componente ético en el ejercicio de la profesión, favoreciendo a mayores niveles de conciencia y compromiso en la gestión del servicio a los usuarios.
- Promover modelos de comunicación organizacional que coadyuve a superar conflictos grupales e individuales, los sentimientos de inseguridad sobre la capacidad profesional, los sentimientos de amenaza y minusvalía de su autoimagen profesional, los sentimientos de desconfianza.

BIBLIOGRAFÍA

- Amaya, A., Gordillo, L., y Restrepo, M. (2006). Validación del cuestionario PCTC en población colombiana. *Avances en Medición*, 4, 91-112.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Benevides-Pereira, A. (2007). El síndrome de bournout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En P. R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (eds). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Borteyrou, X., Truchod, D., y Rascle, N. (2014). Development and validation of the Work Stressor Inventory for Nurses in Oncology: preliminary findings. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 443-53.
- Bretones, F. D. y González, J. M. (2009). Absentismo y rotación laboral. En V. Zarco y J. M. González, *Psicología del Trabajo* (pp. 91-113). Madrid: Pirámide.
- Bretones, F. D. y González, M. J. (2011). Subjective and Occupational Well-Being in a Sample of Mexican Workers. *Social Indicators Research*, 100(2), 273-285.
- Bretones, F. D. y Jáimez, M. J. (2011). Organizaciones saludables: más allá de la prevención de riesgos laborales. En S. Garay y S. Vázquez (coord.). *El trabajo en diferentes grupos poblacionales: Oportunidades y desigualdades en el empleo* (pp. 165-190). Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Busch, C., Staar, H., Åborg, C., Roscher, S., y Ducki, A. (2010). The neglected employees. Work-life balance and a stress management intervention program for low-qualified workers. *Contemporary Occupational Health Psychology*, 1, 98-123.
- Chacón, M., y Grau, J. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermos que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 14(1), 67-78.
- Council for International of Medical Sciencies. (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Ginebra: Work Health Organization.

- Cox, T., y Griffiths, A. (2010). Work-related stress. A theoretical prespective. En S. Leka y J. Houndmont, J. (eds.) *Occupational Health Psychology* (pp. 31-56). Oxford, UK: Wiley Blackwell,
- Dejours, C. (1988). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la Psicopatología del Trabajo*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Edwards,, J., Caplan, R., y Harrison, R. (1998). Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. En C. L. Cooper, *Theories of organizational stress* (pp. 28-67). Oxford: Oxford University Press,
- Freeborn, D. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med*, 174(1), 13-18.
- Gil-Monte, J., y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista electrónica Interacao Psy*, 1(1), 19-33.
- Gil-Monte, P., y Moreno-Jiménes B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P., y Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.
- González, J., Moreno B, y Garrosa, E. (2005). *Carga mental y fatiga laboral. Teoría y evaluación*. Madrid: Priámide.
- Gupchup, G., y Wolfganf, A. (1994). The Health Professions Stress Inventory. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 515-519.
- Hernández, E., y Grau, J. (2005). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud.
- Karasek, R., Theorell, T., Schwartz, J., Snall, P., Pieper, C., y Michela, J. (1988). Job Characteristics in relation to the Prevalence of Myocardial Infarction in the Us Health Examination Survey (HES) and Nutrition Examination Survey (HANES). *American Journal of Public Health*, 78(8), 919-918.

- Laposa, J., Alden, L., y Fullerton, L. (2003). Work Stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/Personnel. *Journal of emergency nursing*, 29(1), 23-28.
- Lazarus, R. (1993). Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Malash, C., y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., y Leiter, M. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-bass Publishers.
- McCue, J., y Sachs, C. (1991). A Stress Management Workshop Improves Residents. *JAMA Internal Medicine*, 306, 458-463.
- Meier, D., Back, A., y Morrison, R. (2001). The Inner Life Of Physicians and Care of the Seriously Ill. *American Medical Association*, 286 (23), 3007-3014.
- Moreno, B., Gálvez, M., Garroza, E., y Mingote, J. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención primaria*, 38(10), 544-549.
- Moreno, B., González, J., y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. En J. Buendía, y F. Ramos, *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., y Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional: factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 7 (1), 69-78.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Macroergonomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XIV(1), 89-98.
- Pacheco, L., Hernández, L., y Román, J. (2012). Desgaste profesional en directivos médicos de la atención primaria de salud de ciudad de la Habana. *Investigaciones en servicios de salud en el sistema sanitario cubano 2001-2010. Parte 2*.

- Ríos, M., Godoy, C., y Sánchez, J. (2011). Síndrome de quemarse en el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología*, 27(1), 71-79.
- Román, J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110.
- Román, J. (2006). El desencuentro entre la Salud Mental y la Salud de los Trabajadores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4).
- Román, J. (2007). Burnout en médicos. *Evaluación e intervención psicosocial*, 33-59.
- Román, J. (2009). Factores psicosociales laborales y salud física de los trabajadores. (W. Varillas, Ed.) *Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales*.
- Santacreu, J., Márquez, M., y Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 10, 81-92.
- Schaufelli, W., y Enzmann. (1998). *The burnout companion to study and practice, a critical analysis*. Londres: Taylor and Francis.
- Schaufeli, W., y Salanova, M. (2002). ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? *Work y Nex Technology*, 20, 4-9.
- Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *CMA Journal*, 115(1), 53-56.
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. En J. Quick, y L. Tetrick, (Edits.) *Handbook of Occupational Health*, (pp. 245-264). Washington: American Psychology Association.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41.
- Suárez, N. (2007). *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Vaillant, G., Sobowale, N., y McArthur, C. (1972). Some Psychologic Vulnerabilities of Physicians. *N Engl J Med.*, 287, 372-375.
- Wenger, E., y Barberán, G. (2001). Comunidades de aprendizaje. Aprendizaje, significado e identidad. En E. Wenger, *Cognición y desarrollo humano* (pp. 19-39). Madrid: Paidós.

- Wolfgang, A. (1988). The Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports*, 62, 220-222.
- World Health Organization. (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences.
- Yao, D., y Wright, S. (2000). National survey of internal medicine residency program directors regarding problem residents. *JAMA*, 284, 1099-1104.