

EL DESGASTE PROFESIONAL O SÍNDROME DE ESTRÉS LABORAL ASISTENCIAL ("BURNOUT") ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

THE PROFESSIONAL WEARING DOWN OR SYNDROME OF WELFARE LABOR STRESS («BURNOUT») BETWEEN PROFESSIONALS OF THE HEALTH OF THE CITY OF CORDOBA

Bernardo J. Gandini, Silvia S. Paulini, Irusta Marcos J, Sales Jorge, Freitas Luis

Cátedra de Medicina II. U. H. M. I. N.º. 1. H. N. Clínicas. F. C. M. U. N. C.
 Iñigo de la Pascua 3293. Jardín Espinosa. Córdoba. Capital
 drgandini@yahoo.com.ar

RESUMEN

Con el objeto de cuantificar lo que acontece, entre los integrantes del equipo de salud en el ámbito público y privado de la ciudad de Córdoba, se lleva a cabo la presente investigación.

Diseño observacional transversal comparativo sobre muestra estratificada de médicos y fisioterapeutas. La recolección de datos se realizó mediante encuesta de auto-reporte de "Maslach Burnout Inventory" (MBI).

Fueron estudiados 479 profesionales, el 22,3%(107) eran Fisioterapeutas y Kinesiólogos y 77,7% (372) Médicos de diferentes especialidades.

Se puede concluir que en el ámbito público, los valores de cansancio emocional se hallan en los rangos publicados, despersonalización y falta de realización personal son menores. Entre los hospitales no difieren significativamente. En el Hospital General del ámbito Provincial, el Burnout es similar al de otros países y superior al de los dos locales. En el ámbito privado los niveles de cansancio emocional son significativamente mayores que en el público, en el Servicio de Emergencia los valores exceden los rangos publicados. Entre los Pre-Residentes, los niveles de estrés son moderados y no parecen variar; el Burnout se hallaría por debajo de los niveles esperados. El estrés promedio

de los fisioterapeutas y kinesiólogos se halla en niveles moderados y es menor al de médicos del ámbito público de la ciudad de Córdoba, pero comparable al de los residentes y clínicos. Los especialistas Medicina Legal del Ministerio Público Fiscal, presentan el más alto porcentaje de síndrome de Burnout completo

Palabras claves: Desgaste profesional, Estrés laboral, Burnout

ABSTRACT

With the intention of quantifying what occurs, between the members of the equipment of health in the public and deprived scope of the city of Cordoba, the present investigation is carried out. Comparative cross-sectional design observacional on stratified sample of doctors and fisioterapeutas. The data collection was made by means of survey of car-reports of "Maslach Burnout Inventory" (MBI). 479 professionals were studied, 22,3%(107) they were Fisioterapeutas and Kinesiólogos and 77.7% (372) Doctors of different specialties. It is possible to be concluded that in the public scope, the values of emotional fatigue are in the published ranks, despersonalización and lack of

personal accomplishment is smaller. Between the hospitals they do not differ significantly. In the General Hospital of the Provincial scope, the Burnout is similar to the one of other countries and superior to the one of both local. In the private scope the levels of emotional fatigue are significantly greater than in the public, in the Service of Emergency the values exceed the published ranks. Between Pre-Residents, the stress levels are moderate and they do not seem to vary; the Burnout would be below the awaited levels. Stress average of fisioterapeutas and kinesiólogos is in moderate levels and is smaller to the one of doctors of the public scope of the city of Cordova, but comparable to the one of the clinical residents and. The specialists Legal Medicine of the Fiscal Public Ministry, present/display the highest percentage of syndrome of complete Burnout.

Key words: Professional wearing down, labor Stress, Burnout

INTRODUCCIÓN

La primera publicación de la palabra fue en una novela por Graham Greene: "Burn-out a case". Inicialmente la palabra "burnout", que en la esfera de la psicología se traducía como "quemado", fue utilizada para designar a los atletas y deportistas que entrenaban y no lograban los resultados esperables y luego su uso se fue extendiendo entre distintas profesiones; en 1976 llegó al ámbito de los servicios sociales y es después Cristina Maslach, Psicóloga Social, quien la introdujo al ambiente de la psicología; posteriormente también se incorpora entre los sanitarios y los docentes. (1) La palabra "burnout" como acepción de "desgaste profesional" fue usada, por primera vez en el año 1974 por Freidenberger, para la definición en las investigaciones. Los primeros estudios fueron llevados a cabo en docentes y personal del sistema sanitario; luego se advirtió de la probabilidad de que se este síndrome pudiera presentar también entre profesiones de servicios que deben trabajar en la atención de personas. (2)

Se acepta como competencia profesional el uso habitual y juicioso de la comunicación, conocimiento y habilidades técnicas, razonamiento clínico, valor de las emociones y reflexión en la práctica diaria para el beneficio de los individuos y de la comunidad a la que se sirve. (3) Las consecuencias del "desgaste profesional" son peligrosas para los pacientes individuales y para la institución que los contiene, ya que se puede producir un deterioro de los servicios prestados, con el consiguiente aumento del ausentismo, la disminución moral, lo que puede finalizar con el despido de profesionales. (1)(4)(5)(6)

Existe modelos de Burnout, que son combinaciones (primero despersonalización y luego agotamiento emocional; los tres con diferentes puntuaciones) o la forma de presentación secuencial.

En 1991 el Maslach Burnout Inventory (MBI) fue validado para los países de habla hispana. Se ha demostrado alta coherencia interna y confiabilidad; los puntos de corte no han sido, aún, validados. (7) (8)

Desde hace tiempo estos resultados de las investigaciones se han constituido en los determinantes de modificaciones en los regímenes laborales y mayor cuidado en los planes de formación. (9)(10)(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17).

Con el objeto de cuantificar lo que acontece al respecto, entre los médicos y otros integrantes del equipo de salud en algunos sectores del sistema de salud, en el ámbito público y privado de nuestro medio, se lleva a cabo la presente investigación.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño observacional transversal comparativo sobre una muestra estratificada de médicos y fisioterapeutas provenientes de hospitales públicos e instituciones privadas.

Criterios de inclusión: médicos que desarrollan labor asistencial con pacientes. Criterios de exclusión: médicos bajo tratamiento psicoterapéutico, psiquiatras y médicos que no atiendan pacientes en forma directa. La recolección de datos se

realizó mediante encuesta de auto-reporte de "Maslach Burnout Inventory" (MBI).

Los datos fueron recogidos a través de la respuesta directa y por escrito en fichas impresas, en algunas oportunidades en forma individual y otras en forma colectiva. El tiempo insumido por la respuesta completa osciló entre 10 y 15 minutos. Para esta tarea es necesario crear un buen clima que facilite una respuesta sincera. En ningún momento se debe emplear el término "estrés laboral asistencial" o "Burnout" para minimizar los sesgos de respuesta. Se deben responder las preguntas sin que se deslicen los términos mencionados y sin que las explicaciones pertinentes pudieran influir en las respuestas; al respecto se debe resaltar el carácter privado y confidencial del proceso, por lo que no se identificará cada una de las fichas, sino que solo existirá la presencia de un número en ella y que además figurará en el talón del profesional, lo que deberá ser conservado ya que a través de él se podrá realizar la devolución de resultados. Al finalizar el acto de responder, se debe controlar la ficha para constatar que se esté respondida en forma completa.

Médicos evaluados: fueron encuestados médicos de las siguientes instituciones.

Hospital Escuela General del ámbito nacional: Jefes de Guardia, Médicos de Guardia en UTI, de Consultorio externo de Clínica Médica, de Cirugía y Residentes (Medicina Interna, Cirugía y Especialidades post-básicas).

Hospital Escuela de Maternidad del ámbito nacional: Residentes y Especialistas.

Hospital General del ámbito de la provincia de Córdoba:

Sanatorio Privado de la Ciudad de Córdoba:

Servicio de Emergencia privado de la Ciudad de Córdoba:

Pre-Residentes (Médicos en entrenamiento en el año previo a las Residencias en el área Clínica):

Fisioterapeutas y Kinesiólogos asistentes a un viento científico (Jornadas del Cono Sud):

Ministerio Público Fiscal: Medicina Legal, médicos Especialistas.

Definición de variables:

Cansancio emocional (CE) o exhaustividad emocional ("emotional exhaustion"): Preguntas Nº: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización (DP): Preguntas Nº: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal (RP): Preguntas Nº: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Definición de resultados: se evalúan en forma tripartita y cada apartado con su correspondiente puntaje.

Cansancio emocional: puntaje máximo 54.

Despersonalización: puntaje máximo 30.

Realización personal (falta de realización): puntaje máximo 48.

Con el puntaje directo se puede observar la tabla de percentilos o de Baremos del Manual de MBI y se ubican a las personas en categorías baja 1 a 33 puntos, media 34 a 66 puntos y alta 57 a 99 puntos. Habitualmente en las investigaciones se usan las siguientes sub-escalas:

CE: nivel bajo ≤ 17 ; moderado 18 a 26; alto ≥ 27 puntos.

DP: nivel bajo ≤ 5 ; moderado 6 a 9; alto ≥ 10 puntos.

RP: nivel bajo ≥ 40 ; moderado 39 a 34; alto ≤ 33 puntos.

Burnout alto grado: CE alto, DP alta y RP alta (lo que significa bajo grado de realización) (7) (8)

Sobre esta concepción clásica se han introducido modificaciones del concepto:

Burnout moderado: se subdivide en tres sub-grupos. **Bajo-moderado:** 1 o 2 en bajo y 2 o 1 en moderado. **Moderado-moderado:** las tres en moderado. **Alto-moderado:** en alto nivel 1 o 2 y en moderado dos o una. (18)

Algunos autores han redefinido el Burnout como: altos niveles de cansancio emocional y despersonalización, sin considerar la realización personal ya que mide la misma cosa en distintas dimensiones. (19)

El análisis estadístico se realizó con chí 2 para las variables categóricas, test t para variables numéricas y análisis multivariado con regresión logística. Se usaron los programas SPSS 9.0 y Primer.



RESULTADOS

Fueron estudiados 479 profesionales, de los cuales el 22,3% (107) eran Fisioterapeutas y Kinesiólogos y el 77,7% (372) eran Médicos de diferentes especialidades.

Dadas las características de las recolecciones de datos, en diferentes etapas, sendos momentos y diferentes lugares o ámbitos, los mismos son presentados en el apartado correspondiente al lugar de trabajo. Toda vez que haya sido pertinente el análisis estadístico comparativo se explicita en el sitio realizado.

Hospital Escuela General del ámbito nacional: La población se hallaba constituida por Jefes de Guardia, Médicos de Guardia de UTI, Médicos de Consultorio externo de Clínica Médica, de Cirugía y Residentes (Medicina Interna, Cirugía y Especialidades post-básicas). De 200 elegibles la tasa de respuesta fue 84,5%, por lo que la muestra estudiada fue de 169, 33,1% pertenecientes al sexo femenino y una edad media de 34.66 ± 11.46 DE, límites 24-73; el 49,7% eran solteros y 42,5% casados, 57,3% (97) residentes, con un promedio diario de horas de trabajo de 9.08 ± 2.76 DE, límites 2-16. El cansancio emocional medio fue 14 ± 12.5 DE, límites 0-56. Leve: 33,7% Moderado: 29,5% Intenso: 31,3%. La despersonalización media fue 7.59 ± 6.40 DE, límites 0-29. Leve: 42,0% Moderado: 26,6% Intenso: 31,3%. La falta de realización personal media fue 40.38 ± 6.94 DE, límites 16-67. Leve: 63,3% Moderado: 21,8% Intenso: 14,7%. El síndrome de Burnout Completo se halló en 3,5%, incompleto en 55,5% y en nivel alto-moderado 31,5%. Cuando se comparan los médicos de consultorio de clínica y cirugía respecto de los de UTI, es mayor la antigüedad promedio en la profesión en los primeros ($p=0.0001$). La despersonalización fue mayor en los de UTI ($p=0,02$) el resto de las diferencias a favor de UTI no alcanzaron significación.

Hospital de Maternidad del ámbito nacional: Residentes y Especialistas. De 59 elegibles la tasa de respuesta fue 71,2%, por lo que la muestra estudiada fue de 42, con 54,6 % pertenecientes al sexo

femenino y una edad media de 39.03 ± 12.80 DE, límites 25-69; el 35,0% eran solteros y 57,5% casados, 42,8% (18) residentes, con un promedio diario de horas de trabajo de 9.03 ± 3.09 DE, límites 4-14,5. El cansancio emocional medio fue 25.45 ± 11.9 DE, límites 0-49. Leve: 17,5% Moderado: 43,8% Intenso: 38,5%. La despersonalización media fue 7.35 ± 5.00 DE, límites 0-19. Leve: 22,8% Moderado: 50,8% Intenso: 26,3%. La falta de realización personal media fue 40.50 ± 7.14 DE, límites 22-48. Leve: 43,8% Moderado: 45,6% Intenso: 10,5%. El síndrome de Burnout Completo se halló en 1,8%, incompleto en 50,9% y en nivel alto-moderado 38,6%. Cuando se comparan los médicos toco-ginecólogos y residentes de la Maternidad son comparables en cuanto a variables de estrés laboral, a pesar de una tendencia a la significación en cansancio emocional (28.4 ± 12.2 DE y 21.3 ± 10 DE, $p=0.06$), menor en los Residentes y la mayoría se hallan en niveles leves a moderados de intensidad. Cuando se comparan los residentes del Hospital Escuela General del ámbito nacional y los de Hospital de Maternidad del ámbito nacional no se encontraron diferencias significativas.

Hospital General del ámbito de la provincia de Córdoba: Residentes y Especialistas

De 240 elegibles la tasa de respuesta fue 33,0 %. Es necesario mencionar que en la tasa de respuesta puede haber influido la confusión de esta investigación con medidas laborales implementadas en ese momento, como un retiro obligatorio y jubilación anticipada; por lo que la muestra estudiada fue de 79, con 32,9% pertenecientes al sexo femenino y una edad media de 35.15 ± 9.25 DE, límites 25-61; el 52,6% eran solteros y 39,5% casados, por falta de identificación en las fichas de datos no se puede conocer el número de residentes, con un promedio diario de horas de trabajo de 7.88 ± 2.60 DE, límites 4-12. El cansancio emocional medio fue 26.81 ± 13.4 DE, límites 1-50. Leve: 36,7% Moderado: % Intenso: 43,3%. La despersonalización media fue 9.08 ± 6.41 DE, límites 0-24. Leve: 22,8% Moderado: 21,5% Intenso: 50,6%. La falta de realización personal media fue

39.32±7.24DE, límites 16-48, Leve: 49,3% Moderado: 31,6% Intenso: 18,9%. El síndrome de Burnout Completo se halló en el 7,6%, incompleto en 69,7% y el nivel alto-moderado 59,5%.

En el análisis multivariado con regresión logística no existen variables con carácter predictivo. Cuando se comparan instituciones públicas y privadas, las características de las poblaciones no son iguales (años en pareja, número de hijos, horas diarias de trabajo); los valores de cansancio emocional son significativamente mayores en el ámbito privado (25.0±12.6DE y 29.21±14.2DE, p=0.03), en emergencia exceden los rangos publicados; despersonalización y la falta de realización personal también son superiores pero no alcanzan significación estadística; el Burnout es similar al de otros países, en los privados es el doble de los públicos (4.0 y el 9.8%, p=0,78). El número de hijos, el tipo de trabajo y el número de horas diarias serían variables con carácter predictivo.

Sanatorio Privado de la Ciudad de Córdoba: Médicos de diferentes especialidades.

De 33 elegibles la tasa de respuesta fue 54,5%, por lo que la muestra estudiada fue de 18, con 11,1% pertenecientes al sexo femenino y una edad media de 42.78±6.69DE, límites 30 - 54; el 11,1% eran solteros y 61,1% casados, sin residentes, con un promedio diario de horas de trabajo de 10.0±3.72DE, límites 3 - 15. El cansancio emocional medio fue 27.41±14.59DE, límites 0 -52, Leve: 27,7% Moderado: 16,6% Intenso: 55,5%. La despersonalización media fue 10.17 ±7.36 DE, límites 0-25, Leve: 27,7% Moderado: 27,7% Intenso: 44,4%. La falta de realización personal media fue 42.3±4.60DE, límites 29-48 Leve: 72,7% Moderado: 22,2% Intenso: 5,5%. El síndrome de Burnout Completo se halló en 5,6%, incompleto en 66,6% y en nivel alto-moderado 33,3%.

Servicio de Emergencia privado de la Ciudad de Córdoba: Médicos de Guardia.

De 40 elegibles la tasa de respuesta fue 82,5%, por lo que la muestra estudiada fue de 33, con 54,5% pertenecientes al sexo femenino y una edad media de

35.82±5.16DE, límites 28-46; el 21,2% eran solteros y 63,6% casados, sin residentes, con un promedio diario de horas de trabajo de 12.35±2.93DE, límites 6 -24. El cansancio emocional medio fue 30.28±14.23 DE, límites 1 - 54, Leve: 27,2% Moderado: 9,0% Intenso: 63,6%. La despersonalización media fue 7.12±6.38DE, límites 0-26, Leve: 39,3% Moderado: 39,3% Intenso: 21,2%. La falta de realización personal media fue 38.83±7.30DE, límites 24-48, Leve: 51,5% Moderado: 27,2% Intenso: 21,2%. El síndrome de Burnout Completo se halló en 12,1%, incompleto en 60,6% y en nivel alto-moderado 45,5%. En el análisis multivariado con regresión logística, en la comparación entre las dos instituciones privadas, el tiempo en el trabajo actual y el tiempo con la pareja actual serían variables con carácter predictivo.

Cuando se comparan las instituciones privadas, las características de las poblaciones no son iguales (sexo, edad, años en pareja, situación laboral, horas de trabajo diario y antigüedad en la profesión); los valores de cansancio emocional, en emergencia exceden los rangos publicados (30.2±14.2DE), la falta de realización personal sanatorio privado se hallan por debajo de los menores publicados (42.3±4.6DE); no difieren significativamente entre los hospitales; el Burnout es similar al de otros países (5.6 y el 12.1 %, p=0,32). En el análisis multivariado con regresión logística, en la comparación entre instituciones públicas y privadas, el número de hijos, el tipo de trabajo y el número de horas diarias serían variables con carácter predictivo.

Pre-Residentes (Médicos en entrenamiento en el año previo a las Residencias en el área Clínica): De 39 elegibles la tasa de respuesta fue 79,4%, por lo que la muestra estudiada fue de 31, con 53,7% pertenecientes al sexo femenino y una edad media de 25.79±2.08DE, límites 23-37; el 85,2% eran solteros y 14,8% casados, 100%(39) pre-residentes, con un promedio diario de horas de trabajo de 5.26±3.00DE, límites 3-12. El cansancio emocional medio fue 20.5±9.18DE, límites 3-42, Leve: 48,5% Moderado: 33,5% Intenso:

17.9 %. La despersonalización media fue 8.32 ± 5.93 DE, límites 0-22, Leve: 34,7% Moderado: 34,5% Intenso: 30.8 %. La falta de realización personal media fue 37.3 ± 5.91 DE, límites 21-49, Leve: 46,8% Moderado: 40,5% Intenso: 12.5 %. El síndrome de Burnout Completo se halló en 4.3%, incompleto en % y en nivel alto-moderado 65.2%. Análisis Multivariado, regresión logística, sexo, horas diarias trabajo, actividad física y entretenimientos variables predictivas.

Fisioterapeutas y Kinesiólogos: asistentes a un viento científico (Jornadas del Cono Sud) De 420 elegibles la tasa de respuesta fue 25,4%, por lo que la muestra estudiada fue de 107, con 75.2% pertenecientes al sexo femenino y una edad media de 34.9 ± 9.21 DE, límites 22-60; el 48.5 % eran solteros y 38.6% casados, 100%(107) de especialistas sin residentes, con un promedio diario de horas de trabajo de 10.3 ± 2.9 DE, límites 4-15. El cansancio emocional medio fue 23.1 ± 10.2 DE, límites 0-45, Leve: 33,3% Moderado: 28,3% Intenso: 38.4 %. La despersonalización media fue 4.5 ± 4.3 DE, límites 0-18, Leve: 6,6% Moderado: 18,2% Intenso: 18.2%. La falta de realización personal media fue 41.7 ± 5.8 DE, límites 19-48, Leve: 71,7% Moderado: 23,2% Intenso: 5.1 %. El síndrome de Burnout Completo se halló

en 1.3 %, incompleto en 71,9% y en nivel alto-moderado 59%. Análisis Multivariado, regresión logística, las horas diarias de trabajo y el estado civil serían variables con valor predictivo.

Ministerio Público Fiscal: Medicina Legal, médicos Especialistas. De 18 elegibles la tasa de respuesta fue 88,8%, por lo que la muestra estudiada fue de 16, con 25,0% pertenecientes al sexo femenino y una edad media de 43.3 ± 7.0 DE, límites 28-55; el 6.3% eran solteros y 87,5% casados, 100%(16) especialistas sin residentes, con un promedio diario de horas de trabajo de 20.3 ± 6.3 DE, límites 8-24. El cansancio emocional medio fue 36.8 ± 11.8 DE, límites 18-51, Leve: 0% Moderado: 26,7% Intenso: 73,3%. La despersonalización media fue 16.6 ± 6.6 DE, límites 0-26, Leve: 6,7 % Moderado: 33,3% Intenso: 60,0%. La falta de realización personal media fue 33.2 ± 7.7 DE, límites 14-45, Leve: 13,3 % Moderado: 46,7% Intenso: 40,0%. El síndrome de Burnout Completo se halló en 60,0%, incompleto en 20,0% y en nivel alto-moderado 20,0%. En el análisis multivariado el sexo y el tiempo en la profesión serían variables predictoras.

En la **Tabla I.** se resumen los niveles de estrés laboral en la poblaciones estudiadas.

VALORES DE ESTRÉS LABORAL ASISTENCIAL EN LAS POBLACIONES ESTUDIADAS

	Nº.:	CE	DP	RP	BC	BI
Ámbito Público:						
H. E. G. N.	169	$24,1 \pm 12,5$ DE	$7,5 \pm 6,4$ DE	$40,3 \pm 6,9$ DE	3,5%	55,5%
H.M.N	42	$25,4 \pm 11,9$ DE	$7,3 \pm 5,0$ DE	$40,5 \pm 7,1$ DE	1,8%	50,9%
H.G.P.C	79	$26,8 \pm 13,4$ DE	$9,0 \pm 6,4$ DE	$39,3 \pm 7,2$ DE	7,6%	69,7%
M.L	16	$36,8 \pm 11,8$ DE	$16,6 \pm 6,6$ DE	$33,2 \pm 7,7$ DE	60,0%	20,0%
Pre-R	31	$20,5 \pm 9,1$ DE	$8,3 \pm 5,9$ DE	$37,3 \pm 5,9$ DE	4,3%	65,2%
Ámbito Privado:						
S. P. C. C	18	$27,4 \pm 14,5$ DE	$10,1 \pm 7,3$ DE	$42,3 \pm 4,6$ DE	5,6%	66,6%
S. E. C. C	33	$30,2 \pm 14,2$ DE	$7,1 \pm 6,3$ DE	$38,8 \pm 7,3$ DE	12,1%	60,6%
Ámbito Púb.-Priv.:						
F-K	107	$23,1 \pm 10,2$ DE	$4,5 \pm 4,3$ DE	$41,7 \pm 5,8$ DE	1,3%	71,9%

Tabla I.

CE: Cansancio emocional. DP: Despersonalización. RP: Falta de realización personal. BC: Burnout completo. BI: Burnout incompleto

DISCUSIÓN

Los médicos que se negaron a responder la encuesta, que fueron relativamente pocos, lo hicieron sin conocer de que se trataba la misma; entre los motivos de la falta de respuesta estuvieron los desencuentros y repetidas entrevistas fallidas. La única excepción al respecto, que es necesario mencionar porque en la tasa de respuesta puede haber influido, es la confusión que se generó entre la recolección de datos de esta investigación y la coincidente instrumentación de ciertas medidas laborales, cuya implementación en ese momento generó mucha zozobra; fue la época en que se efectivizó un retiro obligatorio y jubilación anticipada.

Las principales dificultades en las respuestas radicaron en el hábito de responder variables de carácter dicotómico, al tener que discriminar la respuesta en una escala más amplia tuvieron dificultad y presentaban quejas en forma verbal; algunos profesionales, a pesar de las explicaciones reiteradas, consignaban su evaluación por sí o por no, por lo que debieron considerarse anuladas.

En lo referente a sexo los resultados se hallan en consonancia con el análisis general, en el que la especialidad podría ser el determinante de las diferencias; por lo tanto en Toco-Ginecología, la mayoría son mujeres.

Las diferencias de edad entre los residentes y los asistenciales son lógicas, ya que unos son médicos en formación y otros son especialistas ya formados y explican la significación estadística en este aspecto. A partir de esto también se explican las diferencias en situación laboral, años de trabajo actual y años en la profesión.

En lo referente a comparaciones entre estos resultados y los publicados en la literatura provenientes de investigaciones realizadas en otros países, la comparación no pareciera demasiado pertinente debido a que las variables examinadas podrían tener comportamientos dependientes de factores locales. De hecho en algunas investigaciones se ha considerado el Burnout sin tener en cuenta la falta de

realización personal debido a las diferencias existentes en su significado entre las diferentes poblaciones. (16)(19)

El reconocimiento de estos problemas en los equipos de salud tiene importancia a la hora de prevenir problemas inherentes al trato con los pacientes, entre los profesionales, con las autoridades y en la salud mental del propio individuo ya que puede llegar a la pérdida de motivación para el ejercicio. **Tabla I.** Una vez detectado dicho síndrome, ya sea completo o incompleto, merece un enfoque multidisciplinario y multidimensional en el que se deben examinar los aspectos inherentes al ámbito físico, a los recursos humanos, a la autoestima de los profesionales y a la comprensión de la verdadera responsabilidad en los resultados obtenidos en las tareas diarias. Desde ya que en algunos casos se requiere de la consulta especializada grupal o individual.

CONCLUSIÓN

- En el ámbito público, los valores de cansancio emocional se hallan en los rangos publicados en la literatura, despersonalización y falta de realización personal son menores. Entre los hospitales no difieren significativamente. En el Hospital General del ámbito Provincial, el Burnout es similar al de otros países y superior al de los dos locales.

- En el ámbito privado los niveles de cansancio emocional son significativamente mayores que en el público, en el Servicio de Emergencia los valores exceden los rangos publicados.

- Entre los Pre-Residentes, los niveles de estrés son moderados y no parecen variar; el Burnout se hallaría por debajo de los niveles esperados.

- El estrés promedio de los fisioterapeutas y kinesiólogos se halla en niveles moderados y es menor al de médicos del ámbito público de la ciudad de Córdoba, pero comparable al de los residentes y clínicos. Las horas diarias de trabajo y el estado civil podrían ser variables con carácter predictivo.

• Los especialistas Medicina Legal del Ministerio Público Fiscal, presentan el más alto porcentaje de síndrome de Burnout completo

BIBLIOGRAFÍA

1. C Maslach, S E Jackson: MBI Inventario "burnout" de Maslach.Publicaciones de Psicología aplicada. Serie menor número 211. TEA Ediciones S A. Madrid 1997.

2. Pérez Urdaniz A.: Síndrome de desgaste profesional o burnout en médicos y personal sanitario. Actas españolas de psiquiatría 1999 ;27(5):310-320.

3. Epstein R ,Hundert E M: Defining and assessing profesional ompetente.JAMA 2002; 287:226-235.

4. Collier Virginia U, Mc Cue J D, Allan M, et al,: Stress in medical residency: status quo after a decade of reform?.Ann Intern Med 2002; 136:396-402.

5. Shanafelt K A ,Wipf B : Do medical residents experience Burnout. Ann Intern Med 2002; 136:384-390.

6. ¿Los residentes de Medicina experimentan Burnout? .Am Intern Med 2002; 136 :349- 367.

7. Maslach C,Jackson S E , Leiter M P: Maslach Burnout Inventory .Manual 3-Ed.Palo alto(CA):Consulting Psychologist Press; 1996.p3-17,37.

8. Maslach C,Jackson S E:The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981;2:99-113

9. Ravi Gopal, MD; Jeffrey J. Glasheen, MD; Tom J. Miyoshi, MSW; Allan V. Prochazka, MD, MSc: Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions. Arch Intern Med. 2005;165:2595-2600

10. Lara Goitein, MD; Tait D. Shanafelt, MD; Joyce E. Wipf, MD; Christopher G. Slatore, MD; Anthony L. Back, MD: The Effects of Work-Hour Limitations on

Resident Well-being, Patient Care, and Education in an Internal Medicine Residency Program. Arch Intern Med. 2005;165:2601-2606

11. Reshma Jagsi, MD, DPhil; Barrett T. Kitch, MD, MPH; Debra F. Weinstein, MD; Eric G. Campbell, PhD; Matthew Hutter, MD; Joel S. Weissman, PhD: Residents Report on Adverse Events and Their Causes. Arch Intern Med. 2005;165:2607-2613.

12. Women doctors are challenging entrenched attitudes in the UK. BMJ 2005;331 (10 September), doi:10.1136/bmj.331.7516.0-d

13. Isobel Allen.Education and debate Women doctors and their careers: what now?BMJ2005;331:569-572 (10 September).

14. Lee RT, Ashforth BE.: A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout.PMID: 8603909 [PubMed - indexed for MEDLINE]

15. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T.:Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists.PMID: 12648115 [PubMed - in process]

16. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL.:Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002 Mar 5;136(5):I29.

17. Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ.: Burnout among American surgeons. Surgery 2001 Oct;130(4):696-702.

18. Gabbe S G,Melville J,Mandel Lynn,et al.: Burnout in chairs of obstetrics and gynecology:diagnosis,treatment and prevention. Am J Obstet Gynecol April 2002; 186 :601-12

19. Shanafelt T D,Bradley KA,Wipf JE: Burnout and self-reported patient care in the internal medicine residency program. Ann of Int Med 5 March 2002; 136:358-67.