



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA

“Santa María de los Buenos Aires

Facultad de Posgrado en Ciencias de la salud

Carrera de especialización en Medicina del Trabajo

## Síndrome de desgaste profesional y condiciones de trabajo en el primer nivel de atención público del partido de Junín (Bs. As.)

Autor: Guillermo Raúl Sánchez

Director: Licenciada en Psicología Mara Diz

Año: 2015

### Dedicatoria

A los profesionales de la salud del primer nivel de atención de la salud del partido de Junín que día a día se abocan a la salud de su comunidad.

### Agradecimientos

A la licenciada en Psicología Mara Diz por la predisposición para la tutoría del presente trabajo monográfico.

A mi familia por el apoyo constante y la resignación de tiempo.

A los docentes de la carrera de especialización en Medicina del Trabajo por brindar su conocimiento en el complejo campo de la Salud Ocupacional.

## Índice

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <u>Justificación del estudio</u>                                                       | 3  |
| <u>Contexto actual del mundo del trabajo y condicionantes del Síndrome de Burn out</u> | 4  |
| <u>Objetivos de investigación</u>                                                      | 5  |
| <u>Objetivo general</u>                                                                | 5  |
| <u>Objetivos específicos</u>                                                           | 5  |
| <u>Fundamento teórico</u>                                                              | 4  |
| <u>Salud</u>                                                                           | 4  |
| <u>Síndrome de Burn Out o de Desgaste Profesional</u>                                  | 6  |
| <u>Factores de riesgo en relación a síndrome de burnout</u>                            | 8  |
| <u>La situación legal del síndrome de Burn Out legal en la Argentina</u>               | 10 |
| <u>Condiciones y medio ambiente de trabajo</u>                                         | 11 |
| <u>Metodología</u>                                                                     | 14 |
| <u>Diseño de la encuesta y puesta a prueba</u>                                         | 14 |
| <u>Procedimientos para la recolección de la muestra</u>                                | 14 |
| <u>Plan de análisis de datos</u>                                                       | 15 |
| <u>Resultados</u>                                                                      | 15 |
| <u>Análisis descriptivo</u>                                                            | 15 |
| <u>Discusión</u>                                                                       | 41 |
| <u>Resumen</u>                                                                         | 43 |
| <u>Listas de referencias</u>                                                           | 43 |
| <u>Apéndice</u>                                                                        | 49 |

Definición de las abreviaturas y siglas: SBO: Síndrome de burn out, SDG: Síndrome de desgaste profesional

Palabras clave: Síndrome de desgaste profesional, condiciones de trabajo, Primer nivel de Atención de la Salud.

### Justificación del estudio

En situaciones de contacto informales y en reuniones formales, es frecuente la queja por la mala calidad de vida y su asociación con las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en los Centros de Atención Primaria de la salud del Partido de Junín. Surge entonces el interrogante de saber si es una apreciación personal del autor, una queja idiosincrática del colectivo o una cuestión con fundamentos reales.

El primer nivel de atención en el sector público del sistema de atención sanitaria como otras áreas de gran intensidad en relaciones personales, con exigencias diversas y elevadas bien puede ser un ámbito laboral que posea los condicionantes suficientes y necesarios para el desarrollo del síndrome de burnout o de desgaste profesional. En base a la bibliografía consultada en Internet y material con soporte en papel, este problema ha sido poco estudiado en la Argentina, dirigiéndose la mayoría de las investigaciones hacia los sectores de cuidados críticos.(1-6 ) Tal vez por un enfoque hospitalocentrista en la visión de los investigadores sobre el tema, tal vez por no desarrollarse una actividad de investigación formal, continua y reconocida en el primer nivel, el síndrome de desgaste profesional en primer nivel de atención no es un tema destacado en las publicaciones científicas en Argentina.

### Contexto actual del mundo del trabajo y condicionantes del Síndrome de Burn out

Los cambios producidos en el mundo en los últimos 30 años han llevado a una revolución en la forma en que vive y trabaja la gran mayoría de la humanidad. La aceleración de la vida cotidiana(7), las necesidades consumistas fabricadas desde el capitalismo, el materialismo, la despersonalización de las relaciones humanas, la precarización laboral,(8) las grandes y múltiples exigencias laborales (9, 10) repercuten en cada una de nuestras vidas en mayor o menor medida. (11)El mundo de la Medicina no escapa a este panorama agregando particularidades distintivas como la incorporación de la visión capitalista al sistema de salud con ofertas y demandas, relación costo- rédito económico, la fabricación de enfermedades (disease mongering), la industria del juicio hacia los médicos, la salud como derecho individual y no como derecho social, la tecnologización de la práctica profesional, los mejores resultados en sobrevida de pacientes con enfermedades hasta hace poco fatales con secuelas diversas y necesidades incrementadas, el cambio de patrón demográfico con población más añosa, con múltiples patologías, con una transición epidemiológica desde las enfermedades infecciosas y agudas a las crónicas no transmisibles, la necesidad del abordaje multidisciplinario de problemas psicosociales como adicción a sustancias, violencia de género. (12,13)

Si bien se puede pensar que los mas exigidos por las condiciones de trabajo y las expectativas de resultados favorables son aquellos trabajadores en lugares de atención crítica: terapias intensivas, emergencias, cuidados paliativos, oncología,(5,14,15) también se puede observar

grandes demandas en los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención de la salud quienes tal vez no defiendan la vida de un paciente en horas pero se enfrentan a determinadas cuestiones de gran complejidad (multicausalidad en el origen de las enfermedades, patologías diversas, escasez de recursos, gran demanda de atención, falta de coordinación en equipo interdisciplinario o falta de este, poco margen de gestión institucional, múltiples y muchas de ellas precarias posibilidades de relación laboral).(16)

En este contexto se puede establecer que el síndrome de desgaste profesional puede tener una importante presencia, ya que no solamente afecta a médicos sino también se puede presentar en otros profesionales de la salud que comparten con aquellos las condiciones de trabajo con sus exigencias y limitaciones. (17) Según estadísticas de diversos países el síndrome de desgaste profesional es una condición que puede afectar a un porcentaje variado de los profesionales sanitarios con un rango entre 2,5 y 66%. (18,19)

En resumen existen condiciones de trabajo (altas exigencias en resultados, gran carga horaria, inadecuación de recursos a las necesidades, precariedad laboral, etc.) (20) que llevan al trabajador de la salud a una situación de stress de cierta intensidad y sostenida en el tiempo que permite la aparición de condiciones que minan su salud y la calidad de vida y de trabajo. En esta perspectiva se ha planteado el tema del síndrome de desgaste profesional y las condiciones de trabajo en los trabajadores del primer nivel de atención de la salud.

Al pensarse como un estudio observacional descriptivo de corte transversal a través de una encuesta autoadministrada y el posterior procesamiento de datos y entrecruzamiento de variables es una investigación que se muestra de fácil realización, sin grandes costos operativos, aceptable por los que la van a cumplimentar. El propósito es hacer visible un problema de salud pública de difícil percepción por parte de la sociedad, de muy intrincado reconocimiento por quien lo padece, con el objetivo de poder darle respuestas satisfactorias desde los distintos niveles de decisión.

#### Objetivos de investigación:

##### Objetivo general:

- Conocer la prevalencia del síndrome de desgaste profesional y sus factores predisponentes en profesionales del primer nivel de atención de la salud pública del partido de Junín.

##### Objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (SDP) en profesionales del primer nivel de atención de la salud pública del partido de Junín.
- Conocer la existencia de factores predisponentes para el SDP en estos profesionales.

#### Fundamento teórico

##### Salud

Existen varias definiciones y conceptos de salud. Nos encontramos por ejemplo con la ya clásica definición de Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" establecida en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (21) Este enunciado es extensamente criticado por aspirar a una situación estática completa y aparentemente inamovible de felicidad

resuelta. Otras definiciones hablan de un proceso dinámico de permanente búsqueda del equilibrio. Avanzando en esa dirección se llega a la defendida por el Dr. Floreal Ferrara quien enuncia “la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida” haciendo hincapié en la resolución de conflictos con determinantes sociales, económicos e históricos. (22) Para el desarrollo de este trabajo estaremos adoptando la última definición. El hombre se ve sometido a un proceso de desequilibrio- respuesta adaptativa- nuevo desequilibrio- nueva adaptación. Nunca volvemos al punto de origen y podemos observar un espiral de cambios y modificaciones reactivas. Así podemos definir al estrés como “un mecanismo normal de adaptación, sin el cual no existiría la vida. Las teorías más actuales sobre la regulación de nuestro accionar se apoyan en el modelo teórico de la Psiconeuroinmunoendocrinología. (23) Visto así, el stress no debería ser un problema. Al contrario, sería una suerte de estímulo, una alerta. Pero se convierte en un verdadero problema cuando ciertas circunstancias tales como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, entre muchas otras, se perciben inconscientemente como amenazas que provocan reacciones defensivas en la persona tornándola irritable y sufriendo las consecuencias nocivas en su organismo por periodos prolongados. Por otra parte, el stress es diferente para cada persona. Lo que provoca stress en una, puede ser un factor inocuo para otra o hasta un desafío positivo para superarse. Varios factores explican esto: su estado psicológico y físico; el significado que otorgue al evento perturbador, una gran variedad de condiciones ambientales tanto positivas como negativas. El estrés está relacionado con numerosas causas o razones que pertenecen al ámbito de la vida cotidiana, dentro de la cual incluimos al trabajo. El burn out es sólo una de las maneras que tiene de progresar el stress laboral. (24)

### Síndrome de Desgaste Profesional o de Burn Out

Inicialmente descripto en el año 1974 por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger quien reconoce las reacciones vivenciales que presentaban los voluntarios de clínicas de asistencia a personas adictas a drogas en New York donde con el transcurso del tiempo comienza a observar cambios en su actitud hacia las personas a las que se disponen a ayudar, con agresividad hacia los mismos, progresiva pérdida de energía, síntomas de ansiedad y depresión. (25) El origen de la denominación del síndrome según algunos autores proviene de la jerga de los adictos que hace referencia al desgaste producido en los individuos por el consumo de drogas mientras que para otros es la psicóloga Cristina Maslach quien utiliza el término Burn out, empleado hasta entonces por los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés clínico entre compañeros de trabajo. C. Maslach lo utiliza para referirse a un conjunto de respuestas emocionales que afectan a los profesionales de ayuda. Esta misma profesional se convierte en una referente del tema, ahonda en el estudio de las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda sanitaria precisando que aquellos afectados por el síndrome de sobrecarga emocional o síndrome del burn out comparten un cuadro caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización personal, detallando: (26)

-agotamiento emocional, referido a la disminución y pérdida de recursos emocionales, falta de energía, entusiasmo, junto con frustración y tensión en los trabajadores que reconocen que ya no tienen condiciones de gastar más energía

- despersonalización o deshumanización, consistente en el crecimiento de actitudes negativas, de insensibilidad, disimulación afectiva y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado, llegando a tratar a los pacientes/ clientes como si no fueran personas, conjuntamente con una crítica exacerbada de todo su ambiente y de todos los demás

- disminución de la realización personal en el trabajo, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal, experimentando una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito en su trabajo y en su capacidad de interactuar con otras personas.

Con el paso de pocos años a esta tríada se le agrega una serie de síntomas que incluyen:

- a) Físicos: fatiga crónica, cefaleas, dificultades en el sueño, trastornos gastrointestinales, pérdidas de peso, dolores musculares.

- b) Conducta: ausentismo laboral, abuso de sustancias, agresión, violencia y comportamiento de riesgos elevados, actitud defensiva, cinismo, pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, falta de rendimiento, etc.

- c) Cognitivo y afectivo: enfriamiento afectivo, notoria irritabilidad, dificultades en la concentración, minusvalía, pesimismo, indecisión, ansiedad, depresión, desesperanza, alteraciones en la tensión, etc.

- d) Laborales: falta de energía y entusiasmo, bajo interés por los pacientes (en el caso de los profesionales de la salud) o los clientes en otras profesiones, frustraciones laborales, deseos de dejar el trabajo o cambiarlo.

Asimismo la definición de Síndrome de Burnout sufre modificaciones. Varias posturas acentúan distintos aspectos, en otras agregan elementos constitutivos o síntomas. Estas cuestiones son estudiadas por algunos autores que intentan explicar y diferenciar en artículos de análisis. (27)

Si bien inicialmente circunscripto al personal del área de atención de la salud, posteriormente diversos investigadores amplían el espectro de trabajadores que pueden verse sometidos al Síndrome de Burn out definiendo que no solo compete a estos sino a cualquier profesión cuyo campo de acción exija atención al público en forma directa y que su tarea requiera la satisfacción de necesidades de las personas (docentes, trabajadores sociales, abogados, policías, etc.).

El síndrome de burn out es un anglicismo que ha sido traducido al castellano como síndrome de estar quemado, desgaste profesional, achicharramiento, síndrome del quemado, síndrome de fatiga emocional, síndrome de fatiga de compasión y otros términos con variaciones semánticas, algunas de ellas importantes (28) Para el presente trabajo utilizaremos la denominación de síndrome de desgaste profesional por ser las que más se acercan al concepto de la entidad nosológica.

Etapas del proceso de desgaste

Jerry Edelwich y Archie Brodsky definen el Burn out como una pérdida progresiva de idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda como resultado de las condiciones de trabajo. Proponen cuatro etapas durante el proceso de desgaste profesional (29):

1. Etapa de idealismo y entusiasmo inicial (donde aparece un alto nivel de energía para el trabajo simultáneamente con las altas esperanzas y expectativas poco realistas sobre él y aun no sabe lo que puede alcanzar con este). La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de la carrera hay bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hipervalorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer límites internos o externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca en esta etapa un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la próxima etapa.

2. Etapa de estancamiento. Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y el entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.

3. Etapa de apatía. El trabajador siente que se hace pesado el trabajo aunque se realice un bajísimo esfuerzo, coincidiendo con la aparición de conductas de evitación. Es la fase central del síndrome de burn out. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de este y en los casos extremos, de la profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa, la del distanciamiento.

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

#### Factores de riesgo en relación a síndrome de burnout

Existe una gran controversia en relación a la jerarquía de la personalidad del trabajador como factor desencadenante del SDP. Podríamos definir a la personalidad como el conjunto de cualidades que identifican a cada ser y que nos permiten establecer cómo piensa y como actúa. Dentro de estas características de la personalidad como alta autoestima, excesivo sentido de responsabilidad, ansiedad, pesimismo, introversión, dificultades en la expresión de sentimientos se han asociado a una mayor presencia de Síndrome de quemarse por el trabajo (30-33). Algunos autores le dan a la personalidad un rol eminente como causa mientras que otros intentan sacarla del protagonismo para reforzar la importancia de las condiciones de trabajo y el clima organizacional como elementos principales y en un afán de no estigmatizar al empleado. (28) El SDP no se ha relacionado en forma significativa con el acoso sexual en el trabajo el acoso laboral o mobbing. Necesita de otros condicionantes distintos a estos. Es una relación enfermiza entre un trabajador con cierta estructura de personalidad, sus autoexigencias, y las condiciones en que participa en la actividad laboral. Los requerimientos externos son solo un recuerdo de su férrea autodisciplina.

Además de la comentada relación entre el SDP y la personalidad del trabajador, se mencionan otros factores a evaluar que pueden condicionar la aparición de síndrome de burn out. Con respecto a ellos, la bibliografía es controvertida en cuanto a la influencia del sexo. Algunas hablan del sexo masculino como predictor de SBO mientras otras hablan del sexo femenino y otros no dan preeminencia. (34) Otras variables asociadas a la aparición del SDP son:

- edad: los trabajadores de mediana edad son los que mayormente aducen síndrome de burnout,
- los años de recibidos: Parte de la literatura científica apoya la mayor incidencia en aquellos que han ejercido su profesión entre 15 y 25 años, (35) otros textos señalan a los médicos residentes y personal recientemente graduado como población de mayor riesgo. (36,37)
- las horas semanales trabajadas: superando las 40 horas semanales la prevalencia aumenta proporcionalmente,
- la realización de guardias: por la gran carga en stress psicofísico, (18,38)
- horas de ocio y descanso: siendo la relación inversamente proporcional,
- la profesión del trabajador de la salud: más frecuente en médicos y enfermeras que en otras ramas profesionales.
- algunos autores no quieren soslayar los condicionantes extra laborales para el síndrome de desgaste profesional destacando las necesidades financieras, amenazas de interpelaciones legales por responsabilidad profesional con la mentada industria del juicio, crisis económicas, mercado laboral con marco legal que permite precariedad laboral, baja sindicalización, salarios desproporcionadamente bajos en relación a tareas realizadas,

En Atención Primaria se dan factores predisponentes de SDP como son los descriptos por Manuel González Barón (39):

- Mayor proximidad con el sufrimiento
- Mayor implicación emocional
- Dificultad para mantener la distancia terapéutica
- Mayor incertidumbre diagnóstica
- Solapamiento de lo orgánico con lo funcional
- Síntomas iniciales vagos de enfermedades graves
- Ser considerados médicos de segunda fila
- Alta presión asistencial
- Excesivas labores burocráticas

Asimismo hay consecuencias del síndrome de burnout que se traducen en:

Consecuencias para el trabajador:

- Alteraciones inmunológicas: mayor frecuencia de infecciones, alergias, problemas dermatológicos, fatiga crónica, malestar general.
- Alteraciones del sistema nervioso: cefaleas tensionales, trastornos del sueño, sensación de vértigo, jaquecas y mareos

- Problemas digestivos: alteraciones gastrointestinales, náuseas, diarrea, úlcera duodenal
- Problemas respiratorios: asma, crisis de taquipnea
- Problemas cardíacos: dolor precordial, palpitaciones, HTA
- Alteraciones hormonales: alteraciones del ciclo menstrual, imposibilidad de la concepción
- Problemas osteo-musculares: dolores cervicales, dolores de espalda, contracturas musculares.
- Problemas sexuales: Impotencia, ausencia de eyaculación, eyaculación precoz, frigidez, vaginismo, dispareunia,
- Manifestaciones a nivel emocional: agotamiento emocional, irritabilidad, nerviosismo, sensación de impotencia, hostilidad, sensación de omnipotencia, tristeza, pesimismo, sobre implicación emocional, cambios bruscos del ánimo, frialdad o distanciamiento,
- Manifestaciones a nivel conductual: conductas agresivas, conductas de aislamiento, consumo y abuso de drogas legales e ilegales, tendencia al suicidio, problemas de pareja, problemas de relación familiar, absentismo laboral, conductas de evitación, dificultad para la resolución de problemas y toma de decisiones, hiperorexia o anorexia, comportamiento paranoide y agresivo hacia compañeros, pacientes y familia.
- Manifestaciones a nivel actitudinal: desconfianza, apatía, cinismo, ironía hacia pacientes, compañeros y familiares, poca verbalización en las interacciones, indolencia.

#### Consecuencias para la organización:(40)

- Insatisfacción laboral
- Pérdida de la motivación
- Absentismo
- Ineficacia en trabajos realizados
- Accidentes laborales
- Rotación de puestos
- Abandono de la organización
- Disminución en la cantidad y en la calidad asistencial y de servicios
- Conflictos interpersonales entre compañeros
- Conflictos con los pacientes y las familias
- Insatisfacción por el trato recibido
- Contagio por mecanismos de modelado o aprendizaje por observación.

#### La situación legal del síndrome de Burn Out en la Argentina

En nuestro país la ley de riesgos de trabajo 24557 en su Capítulo III artículo 6 (41) enuncia que “Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional. Las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, no serán consideradas resarcibles, con la única excepción de lo dispuesto en los incisos siguientes: ... Serán

igualmente consideradas enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.” Así definida la situación, observamos que el decreto n° 658/96 (42) reglamenta el listado de enfermedades profesionales descriptas en su anexo 1. En este anexo no se contempla condiciones psiquiátricas dentro de las enfermedades profesionales. Por otra parte, el decreto 659/96 relativo a Tabla de Evaluación de incapacidades laborales (43) que reglamenta el artículo 8vo apartado 3 de la ley sobre riesgos del trabajo, circunscribe los trastornos psiquiátricos merecedores de resarcimiento a las lesiones psiquiátricas que “deriven de las enfermedades profesionales que figuren en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo. Las enfermedades psicopatológicas no serán motivo de resarcimiento económico ya que la totalidad de estas enfermedades tienen una base estructural. Solamente serán reconocidos las reacciones o desorden por estrés postraumático, las reacciones vivenciales anormales neuróticas, los estados paranoides y la depresión psicótica que tenga nexo causal específico relacionado con un accidente laboral. Debiéndose descartar primeramente todas las causas ajenas a esta etiología como la personalidad predisponente, los factores socioeconómicos, familiares, etc”. Por la naturaleza socio ambiental de sus factores predisponentes, la condición de cronicidad de la existencia de los mismos, la injerencia de la personalidad del que lo sufre como determinante de su aparición, el síndrome de estar quemado por el trabajo muy difícilmente pueda ser considerada enfermedad profesional en este marco legal en la República Argentina.

#### Condiciones y medio ambiente de trabajo

Como expone la Prof. Dra. María Cristina Pantano en material de la carrera de especialización en Medicina del trabajo, (44) podemos definir a las condiciones y medio ambiente de trabajo como el “conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que ésta se realiza, en cuanto que éstas variables determinarán la salud del trabajador.” Continuando con la cita, para describir las condiciones de trabajo las podemos clasificar en:

- ❖ 1° Grupo: Condiciones de Seguridad.
- ❖ 2° Grupo: Medio ambiente físico de trabajo.
- ❖ 3° Grupo: Contaminantes químicos y biológicos
- ❖ 4° Grupo: La carga de trabajo.
- ❖ 5° Grupo: Organización del trabajo.

En el presente trabajo trataremos de relacionar algunas condiciones de trabajo en especial las relacionadas con la carga de trabajo y la organización del trabajo con el síndrome de burn out. Los factores de la personalidad no serán considerados por pretender estudiar desde un punto de vista epidemiológico los condicionantes del síndrome de burn out.

Los factores de riesgo asociados a la carga de trabajo incluyen las exigencias psicofísicas que la tarea impone a la persona que la realiza: esfuerzos, manipulación de cargas, posturas de trabajo, niveles de atención, etc., relacionados con cada tipo de actividad. (45)

Mientras que la organización del trabajo está dada por los siguientes apartados: factores relativos a la distribución del tiempo de trabajo (relacionados con la carga de trabajo) como por ejemplo la jornada de trabajo y los ritmos de trabajo; y factores de la organización entre los que se encuentran: la comunicación y las relaciones, el estilo de mando, el contenido de trabajo (variedad, riqueza, estímulos, creatividad, iniciativa, etc.), el estatus socio laboral y expectativas, etc.(45)

### Metodología

El presente estudio tiene un diseño observacional descriptivo de corte transversal a través de una encuesta autoadministrada con dos componentes: uno de datos socio-demográficos y preguntas de satisfacción laboral en forma general confeccionada por el autor del trabajo y la segunda es la versión homologada para el mundo hispanoamericano del Maslach Burnout Inventory. Existen numerosos instrumentos de recolección de datos en relación al síndrome de estar quemado por el trabajo. (46)El test mundialmente reconocido es el Maslach Burnout Inventory que fue implementado en numerosas oportunidades en países de habla inglesa y en diferentes poblaciones de trabajadores. (47)También se ha tenido la posibilidad de traducirlo a gran número de idiomas, lográndose la validación de esa traducción considerando los valores y modismos idiomáticos de los idiomas a los que se convirtieron. En castellano son varias las traducciones del mismo destacándose la de Gil-Monte entre las más usadas. (48) No obstante hay críticas a este instrumento que motivaron intentos de hallar alternativas valederas, reproducibles, sensibles y específicas. (49) Entre las críticas (50) podemos encontrar: problemas en el alcance conceptual, dificultad en la forma de operacionalizar el concepto, confusa composición gramatical de las traducciones, escaso dominio público del instrumento, cuestionable estructura factorial, ambigüedad factorial de algunos ítems; las ventajas son su gran aceptación internacional, apoyo empírico de su estructura factorial, evidencia de validez concurrente, evidencia de validez divergente. Otros instrumentos utilizados para la investigación de síndrome de desgaste profesional han sido validados en América Latina. Se ha decidido por el Maslach Burnout Inventory por ser el más utilizado en el mundo con posibilidades de comparar por ende prevalencias, y su reconocimiento por los expertos.

### Definiciones conceptuales

Primer nivel de atención de la salud: es la interfase de contacto entre el sistema de salud y la población bajo cobertura programática, la puerta de entrada al sistema de salud por parte del paciente

Personal de salud - Recurso humano en salud: todo individuo con formación formal acreditada en alguna disciplina de las ciencias de la salud, se encuentre realizando actividades asistenciales o de gestión.

Personal de salud de planta permanente: aquel que goza de estabilidad laboral según artículo 12 del estatuto de los trabajadores de las municipalidades incorporados a Ley 11757

Personal de salud temporario: aquel que no goza de estabilidad laboral según artículo 12 de la mencionada.

Personal de salud pasante: Aquel que se encuentra realizando prácticas relativas a su profesión en el ámbito de la Secretaria de Salud, a los efectos de su capacitación, sin retribución de tipo alguno.

Personal de salud becario: Aquel que se encuentra realizando tareas propias de su profesión a los efectos de adquirir destrezas y competencias recibiendo apoyo económico por tal motivo

Personal de salud profesional residente: Aquel al que a través de un convenio entre institución de salud pública o privada se le permite realizar rotación acreditada y específica en el área de la Secretaria de Salud.

Profesional de la salud: toda persona que haya obtenido título de grado terciario o universitario reconocido por el Ministerio de Salud o Educación y cumpla tareas en el ámbito de los Centros de Atención Primaria del partido de Junín

Condiciones de trabajo: toda aquella situación o elemento que puede influir en la forma de trabajar de un profesional y su condición de salud.

Clima laboral: situación dentro de cada grupo de trabajo descripta a través de características de las relaciones entre sus miembros, sensaciones, percepción de tensión, cumplimiento con misión de la institución

Satisfacción laboral: Grado de aprobación del personal en relación a retribución económica y no económica, prestigio alcanzado dentro de la organización y hacia sus usuarios, incentivos, tareas, visión de la institución, proyección de futuro)

Síndrome de burn out: Cuadro de deterioro profesional y personal caracterizado por cuestionamientos hacia la profesión elegida, despersonalización en el trato, embotamiento afectivo dados como respuesta personal a variables laborales consideradas negativas

Carga laboral: cantidad de horas diarias y semanales dedicadas a las tareas propias de su profesión, relación de horas laboradas/ de esparcimiento, otras cuestiones laborales que repercuten en la integridad del trabajador

Universo de estudio: todo profesional de la salud que preste efectivamente servicios en el primer nivel de atención de la salud dependiente de la Secretaría de Salud del Municipio de Junín, cualquiera sea su relación contractual con el Municipio.

Unidad de Análisis y observación: cada uno de los trabajadores del primer nivel de atención de la salud dependiente de la Secretaría de Salud del Municipio de Junín.

Criterios de inclusión:

Profesional sanitario que realice tareas en el primer nivel de atención de la salud dependiente de la Secretaría de Salud del Municipio de Junín., cualquiera sea su relación contractual con el Municipio (Planta, temporario, pasante, becario, profesional residente)

Criterio de exclusión:

Ejercer cargo político al momento de ejecución del proyecto

Personal que no ejerza tareas específicamente de atención sanitaria verbigracia maestranza, chóferes, administrativos.

#### Definiciones operacionales:

Las variables demográficas de caracterización de la población que contesta la muestra no requieren mayor operacionalización. Las preguntas de satisfacción personal son dicotómicas basándose en la percepción general del encuestado por lo que no abundaremos en su operacionalización.

Primer Nivel Público de Atención de la Salud: los centros de atención primaria de la salud dependientes de la Secretaria de Salud del Gobierno Local de Junín (Unidades Sanitarias, postas sanitarias).

Síndrome de Burn Out: Constructo tridimensional donde valores altos en agotamiento emocional y despersonalización en el trato y bajos en realización personal son marcadores de burn out o desgaste profesional. El cuestionario MBI utilizado para la medición del SBO consta de 22 ítems. Cada ítem es valorado con una escala tipo Likert de 0 a 6 puntos. La relación entre puntuación y grado de Burn out es dimensional, es decir, no se halla un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad. Los puntajes máximos para cada escala son: Agotamiento emocional, 54 puntos; despersonalización, 30 puntos; realización personal, 48 puntos. Para el presente estudio se determino que valores en el tercil superior de las dos primeras dimensiones y tercil inferior de la tercera responden a presencia de burn out. (51)

#### Diseño de la encuesta y puesta a prueba

Luego de consultar distintos trabajos científicos con encuestas sobre síndrome de desgaste profesional, se confecciona un instrumento que ocupa dos carillas de extensión de hoja A4 donde en el anverso se establece una serie de datos de caracterización personal, junto con preguntas generales sobre satisfacción laboral y carga laboral; en el reverso se presenta la encuesta de Maslach Burnout Inventory traducida y homologada al español por Gil- Monte. Se solicita la intervención de una diseñadora gráfica para mejorar la presentación visual. Se realiza prueba piloto de la encuesta sobre un número reducido de profesionales de la salud para ajustar el instrumento ante categorías no incluidas o dificultades en la interpretación de las preguntas del anverso. Se reestructura la encuesta y se decide realizar la distribución para la implementación del trabajo.

#### Procedimientos para la recolección de la muestra

El instrumento de recolección de datos es una encuesta estructurada autoadministrable con dos componentes: el primero, de datos socio-demográficos y preguntas generales sobre satisfacción laboral con opciones cerradas confeccionada por el autor del trabajo y el segundo es la versión homologada para el mundo hispanoamericano del Maslach Burnout Inventory. La encuesta,

diseñada en anverso y reverso de una hoja A4, es entregada por el autor del trabajo en cada Centro de Atención Primaria de la ciudad de Junín en horario de atención del mismo haciendo una breve explicación del motivo de la encuesta, la estructura de la misma, detallando las características de confidencialidad y respeto a los datos, comprometiéndose a publicitar en el mismo ámbito los resultados alcanzados en forma oportuna. Para aquellos que no estuvieran en el centro de salud al momento de la visita se entrega una carta donde se realiza la misma explicación junto con el número necesario de encuestas para los profesionales que ejercen en ese ámbito de trabajo. Con un plazo de quince días, se realiza el mismo circuito para el retiro de las encuestas.

### Plan de análisis de datos

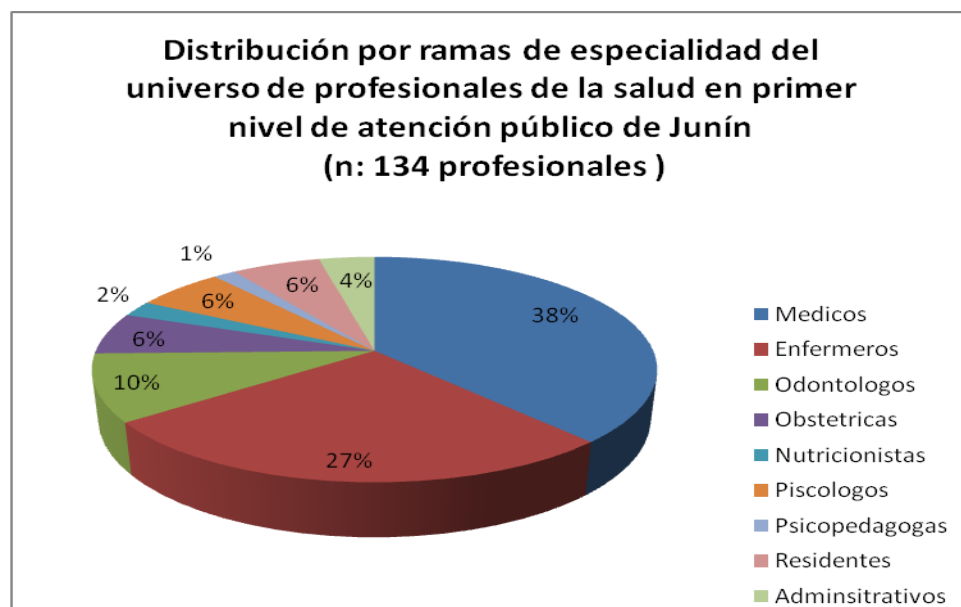
Una vez recolectadas las encuestas respondidas, se ingresan al software Microsoft Office Excel 2007 utilizando en forma complementaria el software Epiinfo versión 7(52) con el objetivo de realizar análisis de las mismas con descripción de la muestra en relación a las variables seleccionadas, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, relación de variables demográficas con los puntajes de la encuesta del Maslach Burnout Inventory, y así poder extraer conclusiones en base a los resultados.

### Resultados

#### Análisis descriptivo

Según datos aportados por la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Junín, el universo del presente estudio es de 134 profesionales que trabajan en el primer nivel de atención del subsector público del partido de Junín, con una distribución de profesionales que se puede observar en el gráfico 1.

Gráfico 1



En la tabla 1 puede observarse el porcentaje y la frecuencia de profesionales en el primer nivel de atención del partido de Junín

Tabla 1

| Plantel de Secretaria de Salud | Porcentaje | Frecuencia |
|--------------------------------|------------|------------|
| Médicos                        | 38%        | 51         |
| Enfermeros                     | 27%        | 36         |
| Odontólogos                    | 10%        | 13         |
| Obstétricas                    | 6%         | 8          |
| Nutricionistas                 | 2%         | 3          |
| Psicólogos                     | 6%         | 8          |
| Psicopedagogas                 | 1%         | 2          |
| Residentes                     | 6%         | 8          |
| Administrativos                | 4%         | 5          |
| Total                          | 100%       | 134        |

Se han recolectado 92 encuestas respondidas por lo que el nivel de respuestas es del 69% descartándose dos encuestas por falta de datos y error en el llenado de los ítems, se tabulan los resultados de 90 encuestas. Si construimos las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión de las variables cuantitativas obtenemos los siguientes resultados:

. En relación a la edad de los encuestados se observa una media de 41 años con un rango entre 25 y 64 años, comprendiendo al 50% de la población en el rango entre 35 y 48 años. Tabla 2

Tabla 2. Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de variable edad

|      | Observaciones | Media   | Varianza | Desviación típica | Min | 25% | Mediana | 75% | Max | Moda |
|------|---------------|---------|----------|-------------------|-----|-----|---------|-----|-----|------|
| Edad | 90            | 41,3889 | 88,9145  | 9,4294            | 25  | 35  | 40      | 48  | 64  | 36   |

Analizando los años de graduación vemos una media de 15,8 años con un rango entre 1 y 39 años, teniendo al 50% de la población en el rango entre 35 y 48 años. Tabla 3

Tabla 3 Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de variable Años desde su graduación

|                          | Observaciones | Media   | Varianza | Desviación típica | Min | 25 % | Mediana | 75 % | Max | Moda |
|--------------------------|---------------|---------|----------|-------------------|-----|------|---------|------|-----|------|
| Años desde su graduación | 89            | 15,8202 | 81,9673  | 9,0536            | 1   | 9    | 15      | 21   | 39  | 20   |

Observando las horas semanales dedicadas al ocio obtenemos un promedio de 15 horas semanales con rango que va de 0 a 90. Se puede inferir que el 50% de la población goza entre 4 y 20 horas semanales de ocio. El valor del extremo superior eleva el promedio

Tabla 4. Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de variable Número de horas semanales de ocio

|                                   | Observaciones | Media   | Varianza | Desviación típica | Min | 25% | Mediana | 75% | Max | Moda |
|-----------------------------------|---------------|---------|----------|-------------------|-----|-----|---------|-----|-----|------|
| Número de horas semanales de ocio | 75            | 15,0667 | 207,036  | 14,3887           | 0   | 4   | 14      | 20  | 90  | 20   |

Evaluando el número de años que el trabajador se encuentra trabajando en CAPS detectamos una media de 9,7 años con un rango entre 0 y 40 años. Nuevamente un valor en extremo superior eleva el promedio.

Tabla 5. Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de variable Número de años trabajando en CAPS

|                                   | Observaciones | Total | Media  | Varianza | Desviación típica | Min | 25% | Mediana | 75% | Max | Moda |
|-----------------------------------|---------------|-------|--------|----------|-------------------|-----|-----|---------|-----|-----|------|
| Número de años trabajando en CAPS | 88            | 856   | 9,7273 | 71,7179  | 8,4686            | 0   | 3   | 7,5     | 15  | 40  | 3    |

La capacitación emplea un promedio de 4.5 horas semanales, habiendo numerosos casos sin dedicación a capacitación y valores en el extremo superior correspondientes a los profesionales residentes hospitalarios que rotan en el CAPS, según se deduce al volver a ver la tabulación

Tabla 6 Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de horas de dedicación a capacitación

|  | Observacion | Total | Media | Varianza | Desviación típica | Min | 25% | Mediana | 75% | Max | Moda |
|--|-------------|-------|-------|----------|-------------------|-----|-----|---------|-----|-----|------|
|--|-------------|-------|-------|----------|-------------------|-----|-----|---------|-----|-----|------|

|                                    | es |     |        |         |        |   |   |   |   |    |   |
|------------------------------------|----|-----|--------|---------|--------|---|---|---|---|----|---|
| Horas de dedicación a capacitación | 77 | 346 | 4,4935 | 88,9901 | 9,4335 | 0 | 0 | 2 | 5 | 74 | 0 |

Los profesionales sanitarios de la muestra ocupan en promedio 46.4 horas semanales en actividades remuneradas con valores en un rango entre 15 y 130 horas. Posiblemente halla un error en el dato de límite inferior presente en la encuesta

Tabla 7 Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de variable Horas semanales trabajadas

|                            | Observaciones | Total | Media   | Varianza | Desviación típica | Min | 25% | Mediana | 75% | Max | Moda |
|----------------------------|---------------|-------|---------|----------|-------------------|-----|-----|---------|-----|-----|------|
| Horas semanales trabajadas | 87            | 4039  | 46,4253 | 466,131  | 21,5901           | 15  | 30  | 42      | 54  | 130 | 30   |

Los trabajadores encuestados tienen un promedio de 2,5 trabajos por persona con un rango de 1 a 7. La moda es 2. Se observa la necesidad de tener más de un empleo para alcanzar un estándar de vida pretendido

Tabla 8 Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de variable Cantidad de trabajos

|                      | Observaciones | Total | Media  | Varianza | Desviación típica | Min | 25% | Mediana | 75% | Max | Moda |
|----------------------|---------------|-------|--------|----------|-------------------|-----|-----|---------|-----|-----|------|
| Cantidad de trabajos | 87            | 218   | 2,5057 | 1,6017   | 1,2656            | 1   | 2   | 2       | 3   | 7   | 2    |

Se observa que el 33% de la población encuestada cumple con actividades de guardia. Entre ellos profesionales residentes

Tabla 9 Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de variable Realiza guardias

|                  |     |     |           |       |
|------------------|-----|-----|-----------|-------|
| Realiza guardias | Si  | No  | Sin datos | TOTAL |
| Frecuencia       | 33  | 66  | 1         | 90    |
| Porcentaje       | 36% | 73% | 1%        | 100%  |

La muestra está integrada por una composición similar al universo como se puede ver en el gráfico n° 2 y la Tabla 8

Gráfico 2

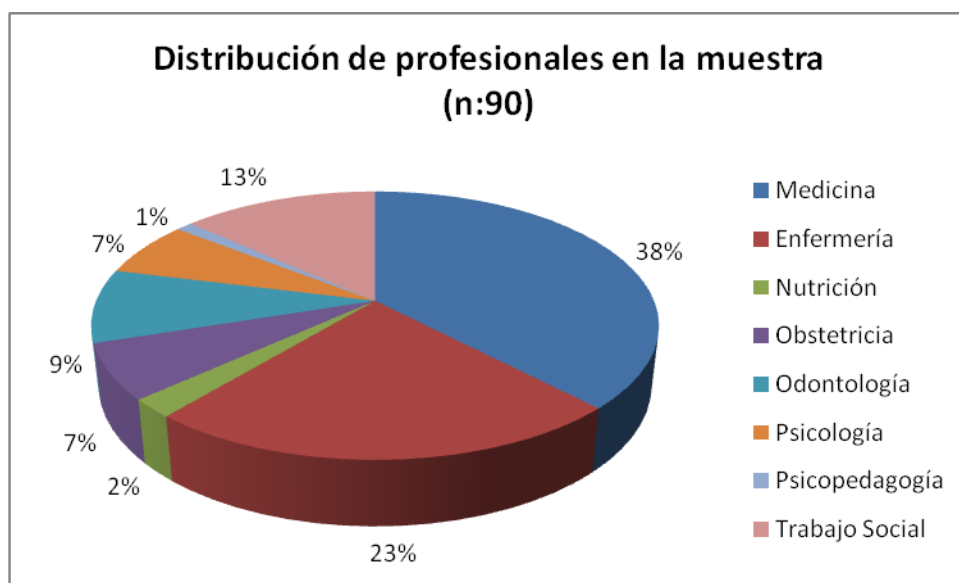


Tabla 10

| Profesión de los encuestados | Porcentaje | Frecuencia |
|------------------------------|------------|------------|
| Medicina                     | 38%        | 34         |
| Enfermería                   | 23%        | 21         |
| Nutrición                    | 2%         | 2          |
| Obstetricia                  | 7%         | 6          |
| Odontología                  | 9%         | 8          |
| Psicología                   | 7%         | 6          |
| Psicopedagogía               | 1%         | 1          |
| Trabajo Social               | 13%        | 12         |
| Total                        | 100%       | 90         |

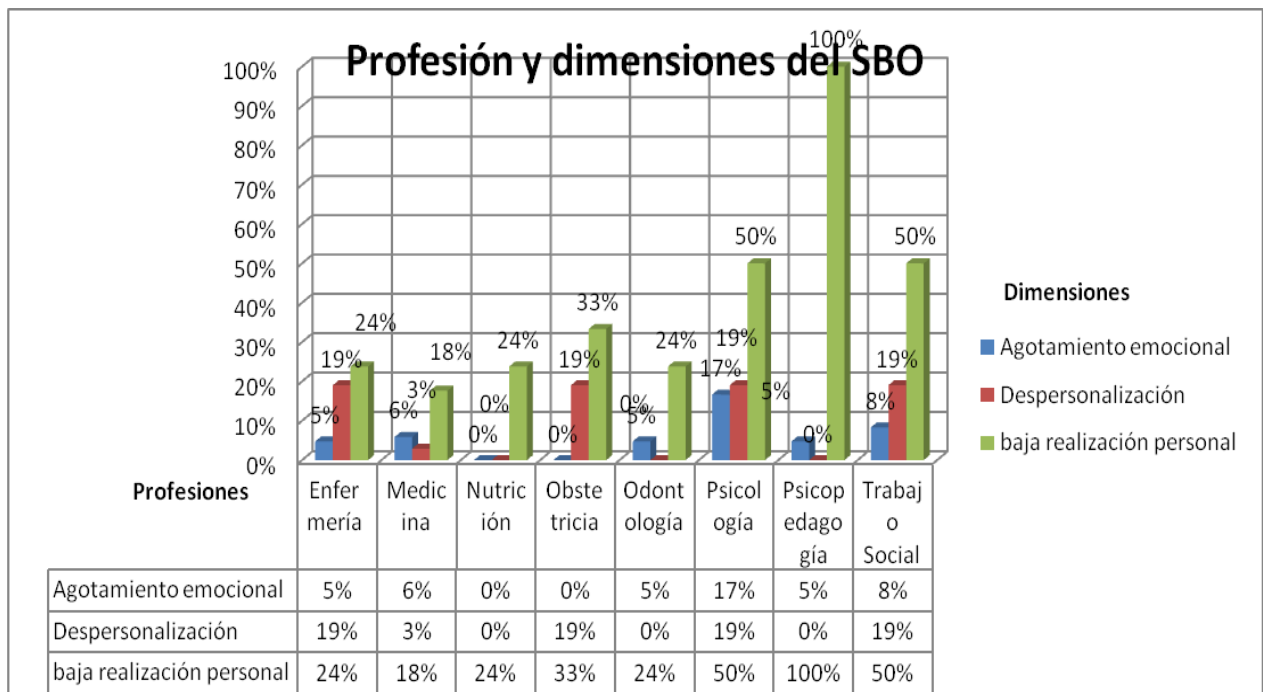
En la observación de la relación de variables Profesión y SBO podemos ver que Psicología, Trabajo Social son las que tienen los valores más altos con el 50% de afectados mientras que Nutrición no tiene SBO. El resto de las profesiones ronda entre 26 y 38 % de presencia. Se observa que por tener una sola representante Psicopedagogía presente el 100% de SBo

Gráfico 3



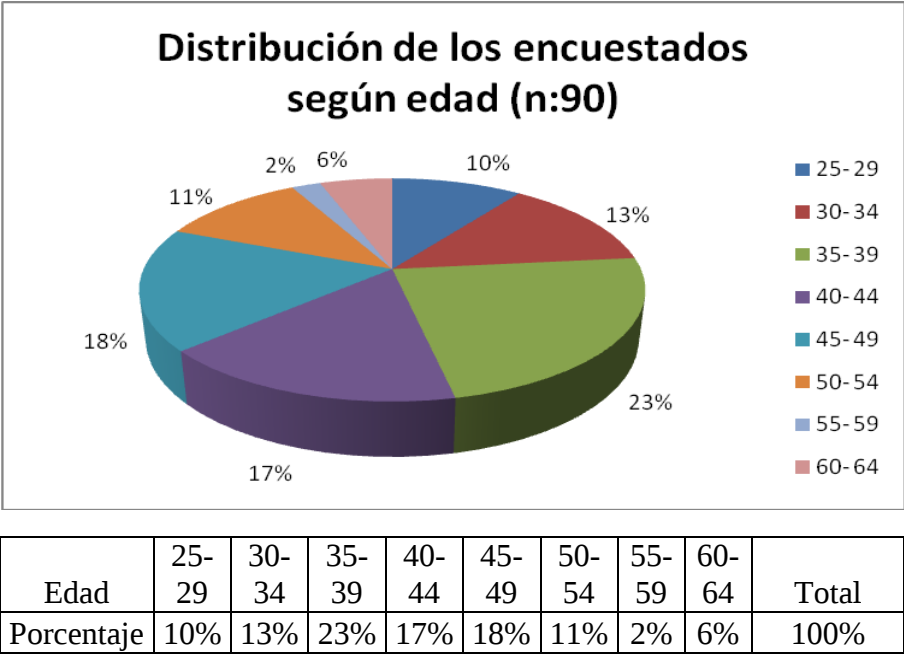
Cuando analizamos la composición dimensional del SBO como en otros gráficos donde se representa la composición dimensional del SBO en relación a otras variables vemos que prima la baja realización personal seguida de lejos por la despersonalización. Gráfico 4

Gráfico 4



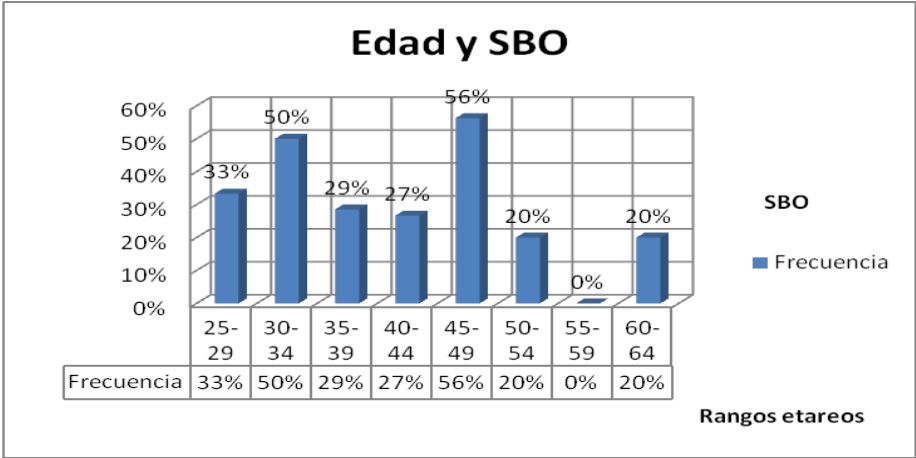
Cuando se analiza la distribución etaria observando el gráfico 5 y el cuadro de la distribución etaria de los encuestados podemos afirmar que la misma se halla proporcionalmente repartida en los rangos con el valor más alto entre los 35 y 39 años.

Gráfico 5



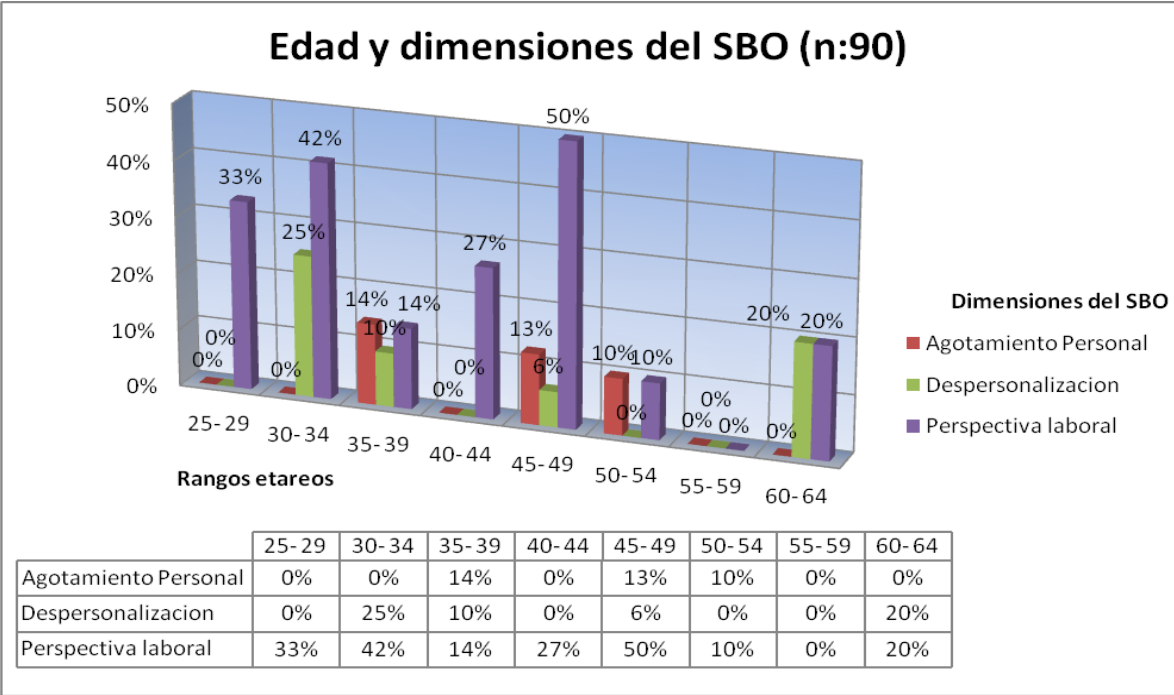
En el gráfico 6 podemos observar una frecuencia del 56% en el rango de 45 a 49 años seguido del rango de 30 a 34 años de edad con un 50% de compromiso. El rango de 55 a 59 años no presenta casos de SBO.

Gráfico 6



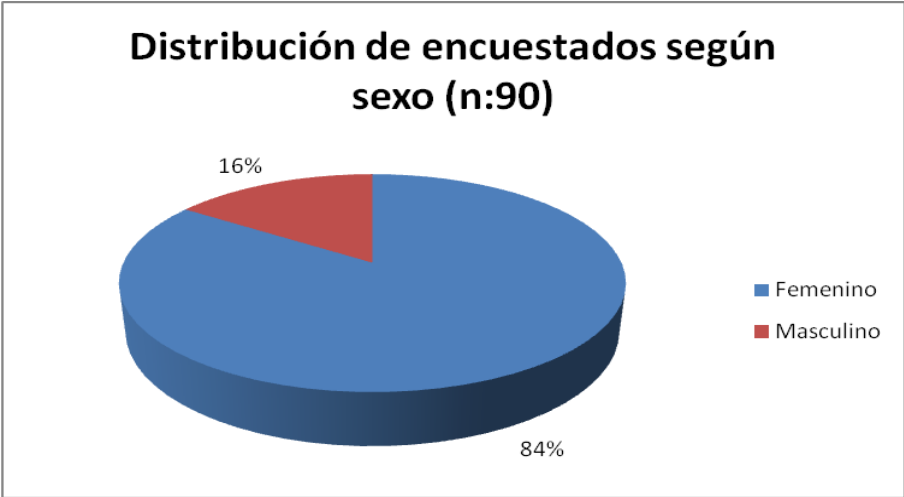
Nuevamente en el gráfico 7 vemos que la baja perspectiva laboral tira hacia arriba la presencia de SBO en los rangos más afectados.

Gráfico 7



Analizando las frecuencias por sexo se observa una feminización de la fuerza laboral con una representación del 84% de los encuestados en el gráfico 8.

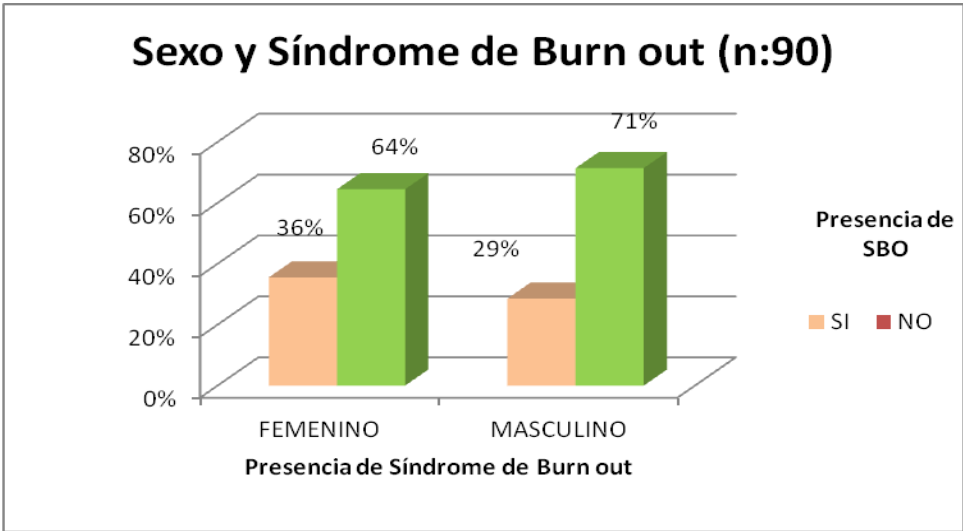
Gráfico 8



| Sexo       | Femenino | Masculino | Total |
|------------|----------|-----------|-------|
| Porcentaje | 84%      | 16%       | 100%  |

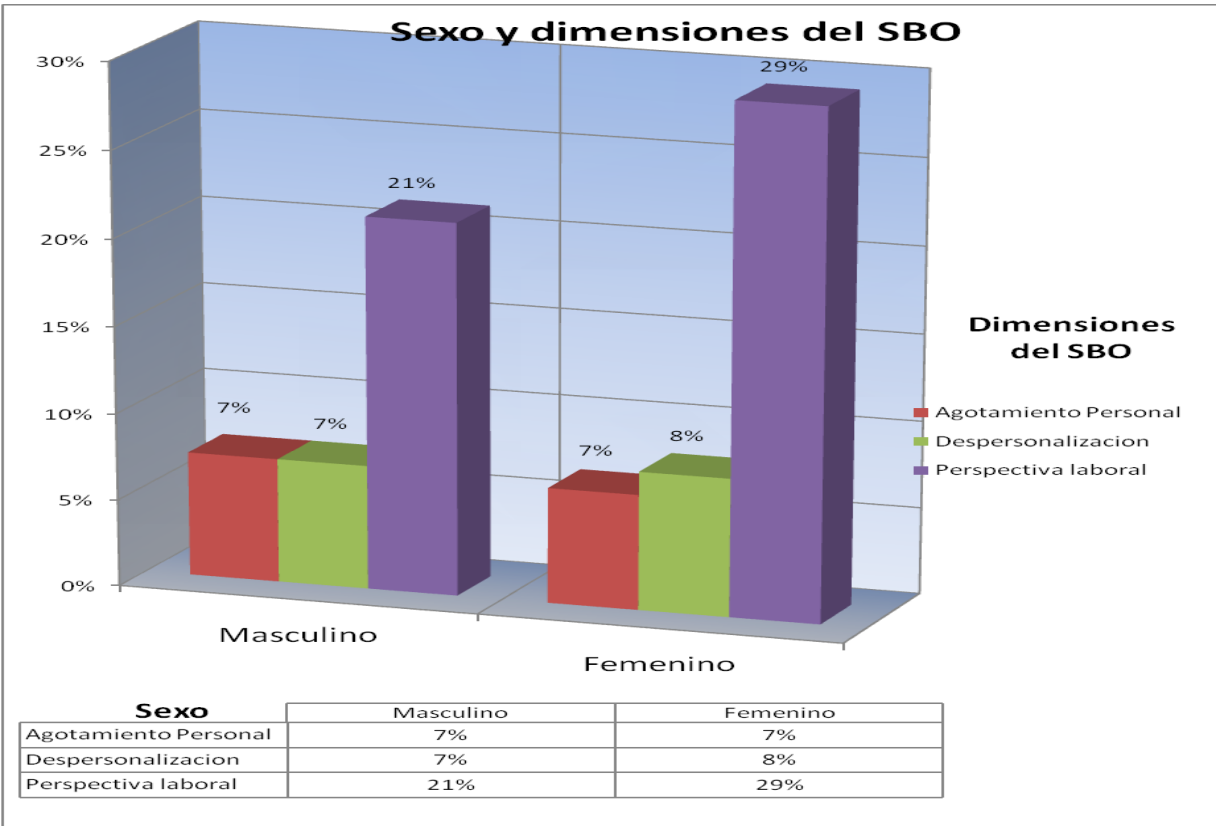
En el análisis de la relación entre Sexo y SBO se observa una mayor afectación del sexo femenino sobre el masculino (36% versus 29%)

Gráfico 9



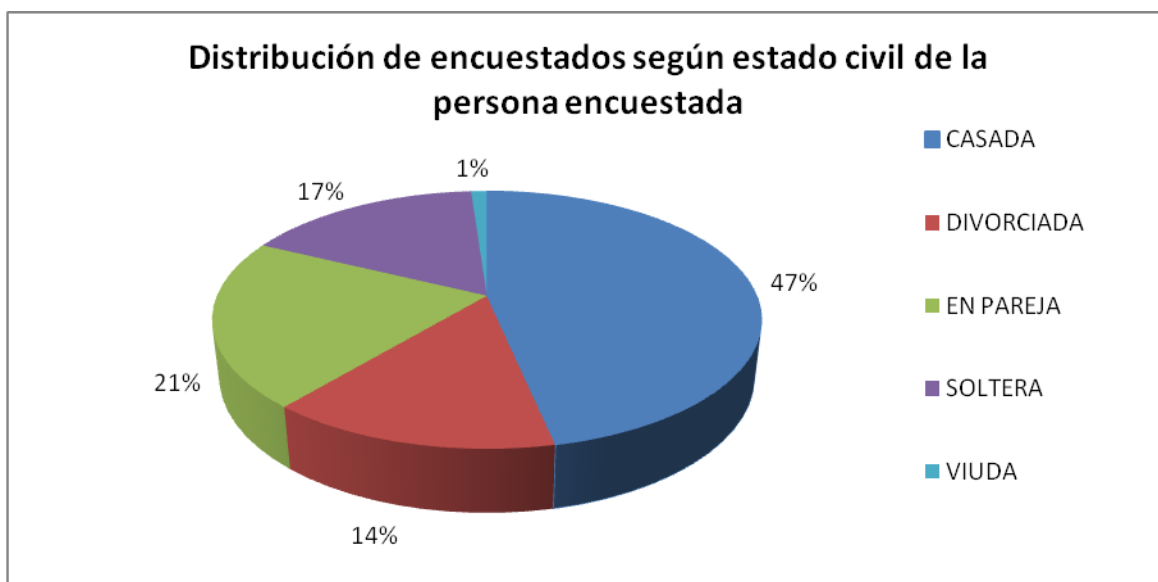
El análisis de la presencia de las dimensiones de SBO muestra el gran predominio de la baja perspectiva laboral en los encuestados, principalmente en el sexo femenino

Gráfico 10



En relación al estado civil se observa que casi la mitad de los encuestados (47%) se encuentra casado, alcanzando prácticamente las dos terceras partes de los encuestados si sumamos a aquellos que se hallan en pareja mientras un 14% divorciado y un 17% es soltero.

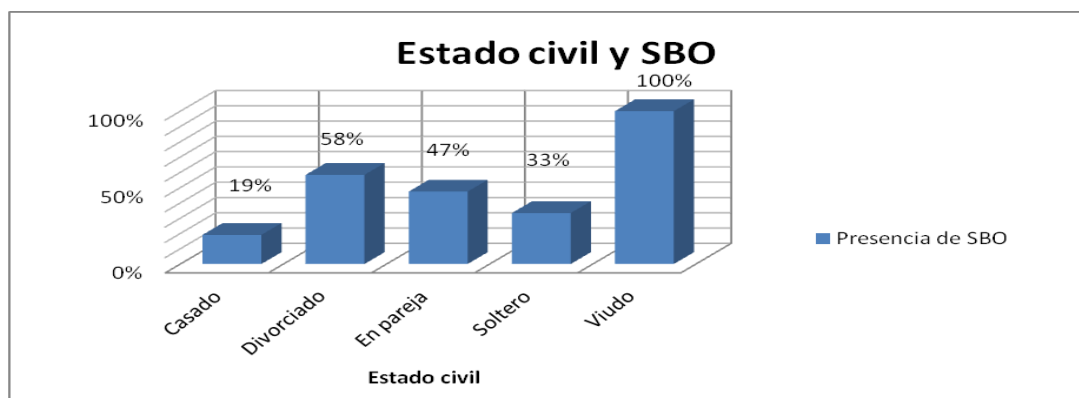
Gráfico 11



| Situacion conyugal | CASADA | DIVORCIADA | EN PAREJA | SOLTERA | VIUDA | TOTAL |
|--------------------|--------|------------|-----------|---------|-------|-------|
| Porcentaje         | 47%    | 14%        | 21%       | 17%     | 1%    | 100%  |

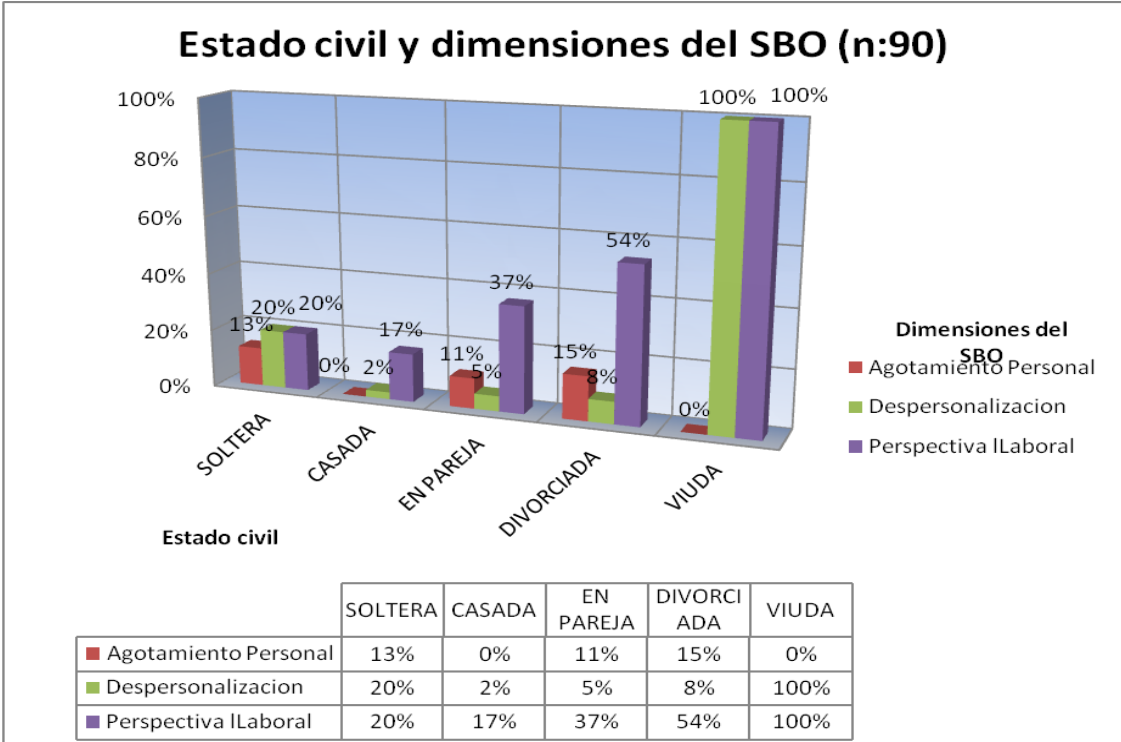
El SBO es más frecuente entre divorciados seguido de aquellos en pareja. La condición de casada es la que menos SBO presenta. La existencia de un encuestado viudo con SBO eleva al 100% la prevalencia en ese estado civil.

Gráfico 12



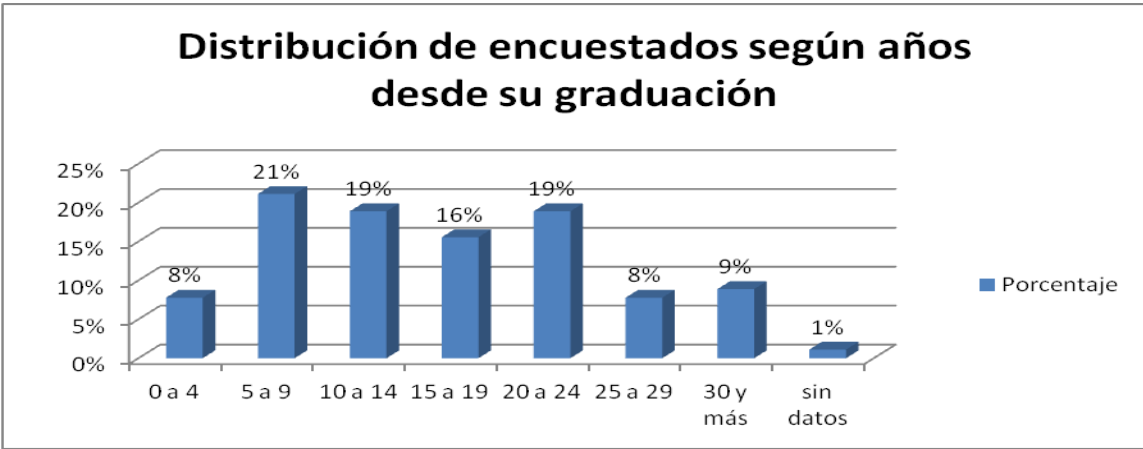
Se observa que en casados las dimensiones de SBO se hallan proporcionadas mientras que en aquellas con alta frecuencia, la baja perspectiva laboral tracciona la prevalencia

Gráfico 13



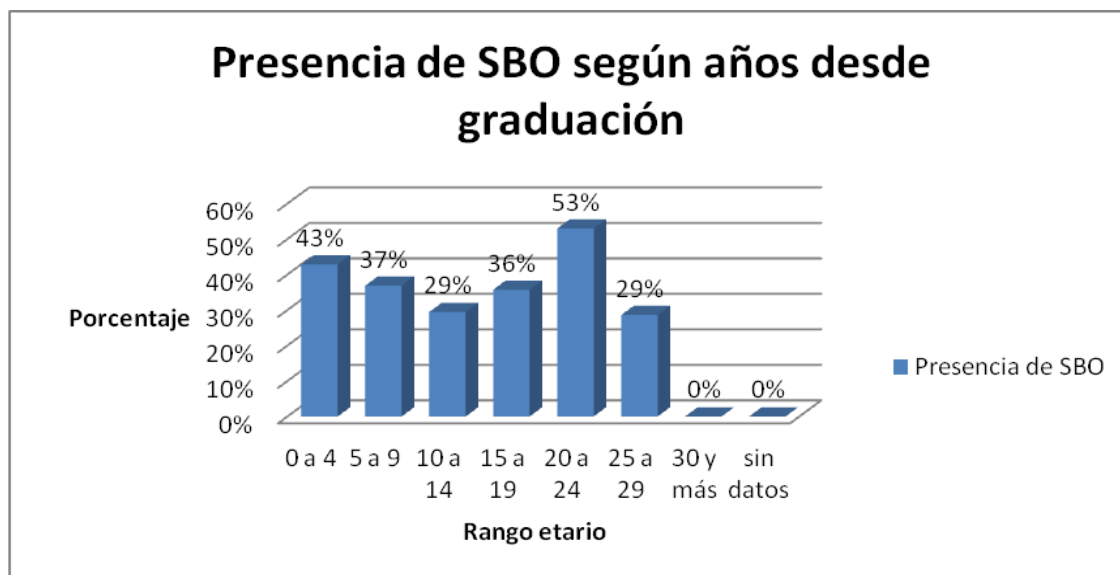
En relación a los años de graduación observamos que el 40% de los encuestados se encuentra entre los 5 y los 14 años de recibidos, hallándose el 75% entre los 5 y 24 años de egresados.

Gráfico 14



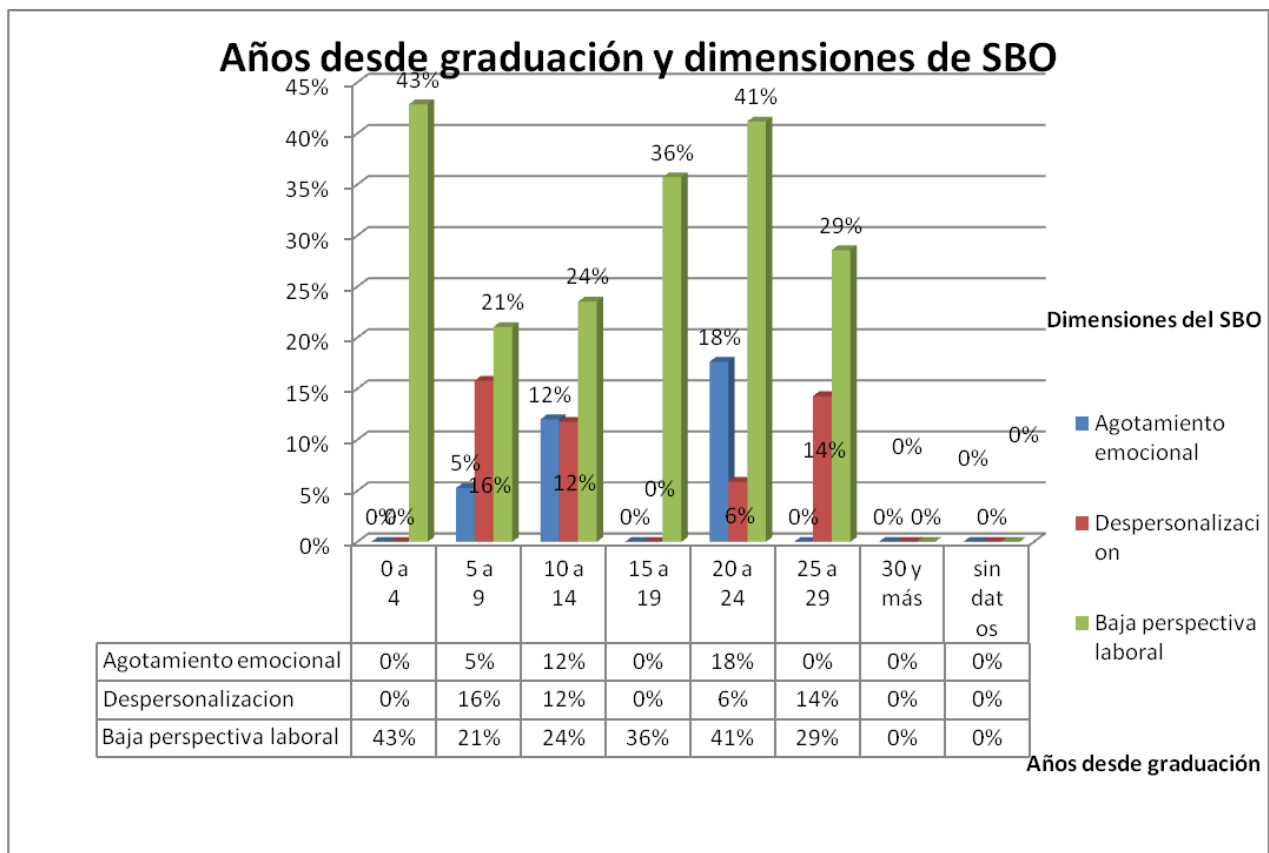
En el siguiente gráfico podemos observar la alta prevalencia de SBO en aquellos con 20 a 24 años de recibidos, seguidos de aquellos entre 0 y 4 años de egresados. Los que tienen más de 30 años de recibidos no presentan SBO.

Gráfico 15



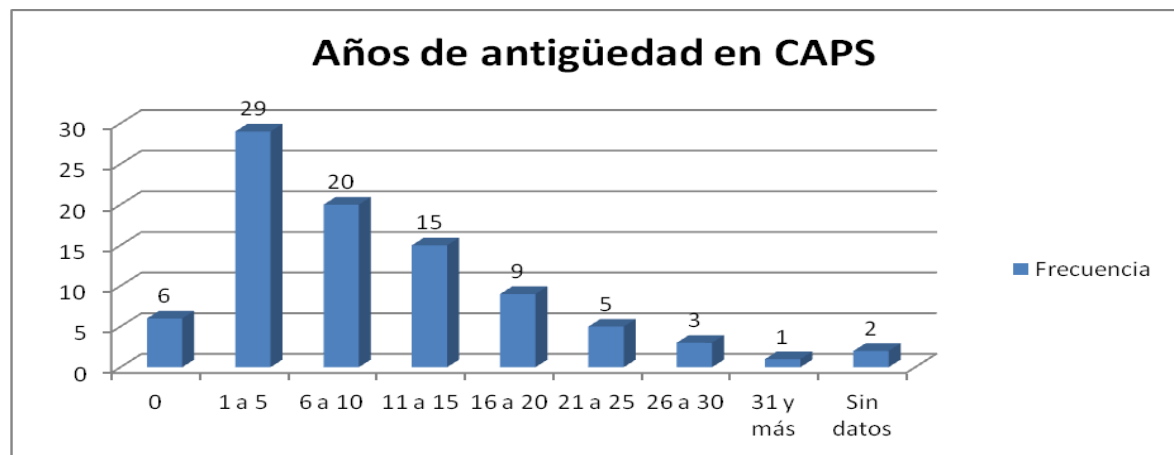
En el gráfico que relaciona años desde la graduación con las dimensiones del SBO vemos que la baja realización profesional eleva en forma mayoritaria la presencia de SBO principalmente en los grupos etáreos con mayor prevalencia

Gráfico 16



Cuando analizamos años de antigüedad trabajando en CAPS vemos que existe un número pequeño con menos de un año de antigüedad, probablemente residentes, produciéndose luego un pico entre los 1 y 5 años para luego decaer en forma paulatina.

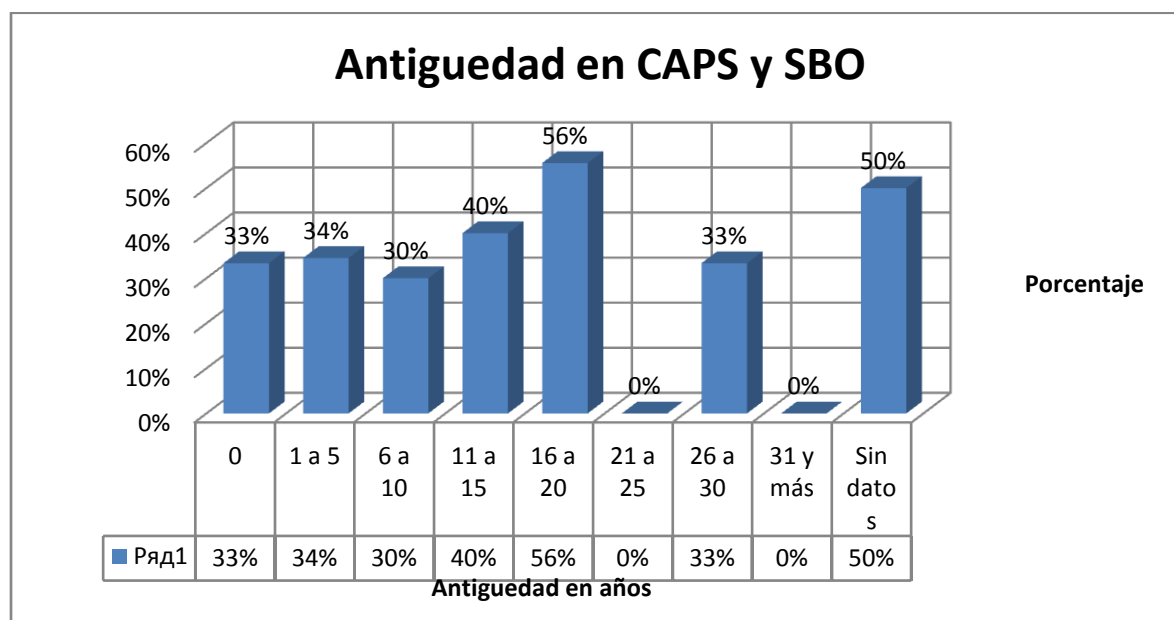
Gráfico 17



Al visualizar el gráfico de Antigüedad en CAPS y presencia de SBO, observamos que la prevalencias más altas se dan en los rangos de entre 11 a 20 años de antigüedad. Mientras que el

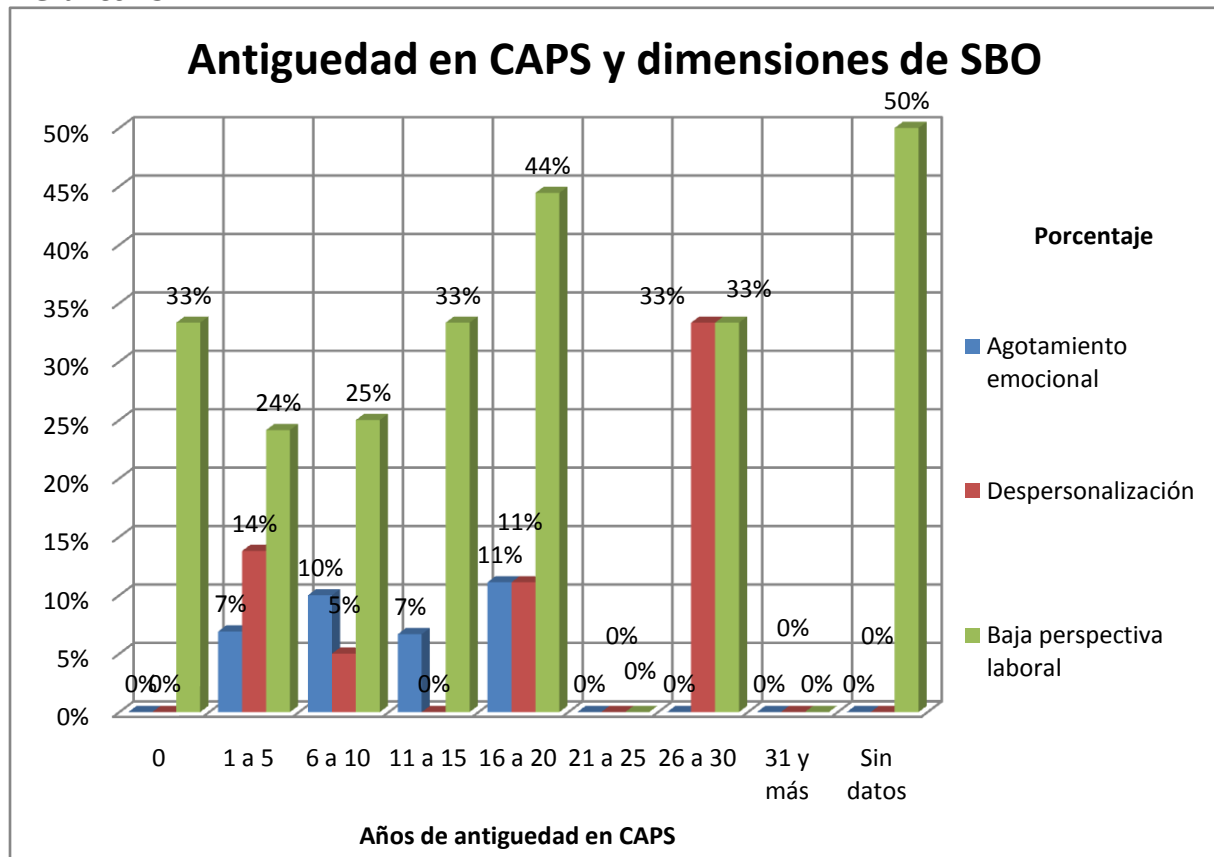
resto de los rangos rondan el 33%. La ausencia de representación de SBO en rangos de 21 a 25 y de 31 y más puede deberse al número reducido de encuestados en esas edades.

Gráfico 18



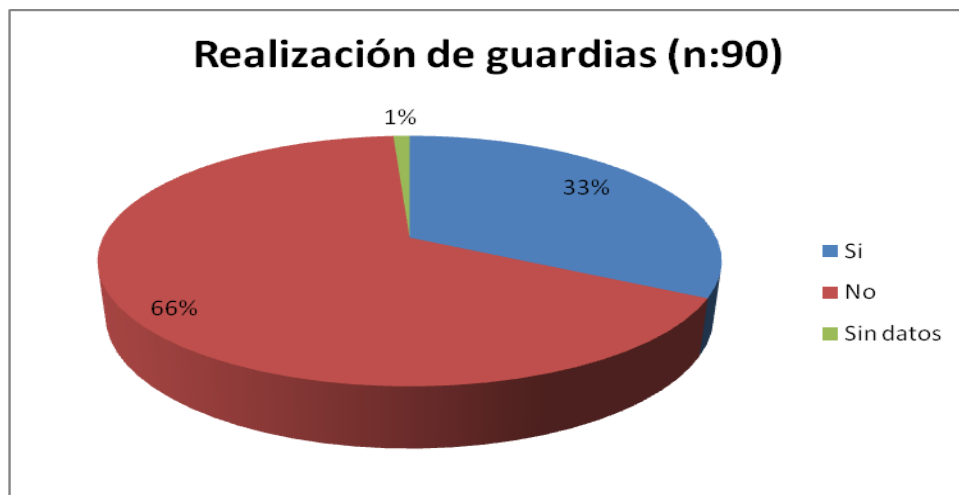
Al analizar antigüedad en CAPS con dimensiones de SBO vemos nuevamente el peso de la baja realización personal en la prevalencia. En el rango entre 26 y 30 años la despersonalización y la baja perspectiva laboral se equiparan. En aquellos con menos de 1 año de antigüedad solo se constata baja perspectiva laboral.

Gráfico 19



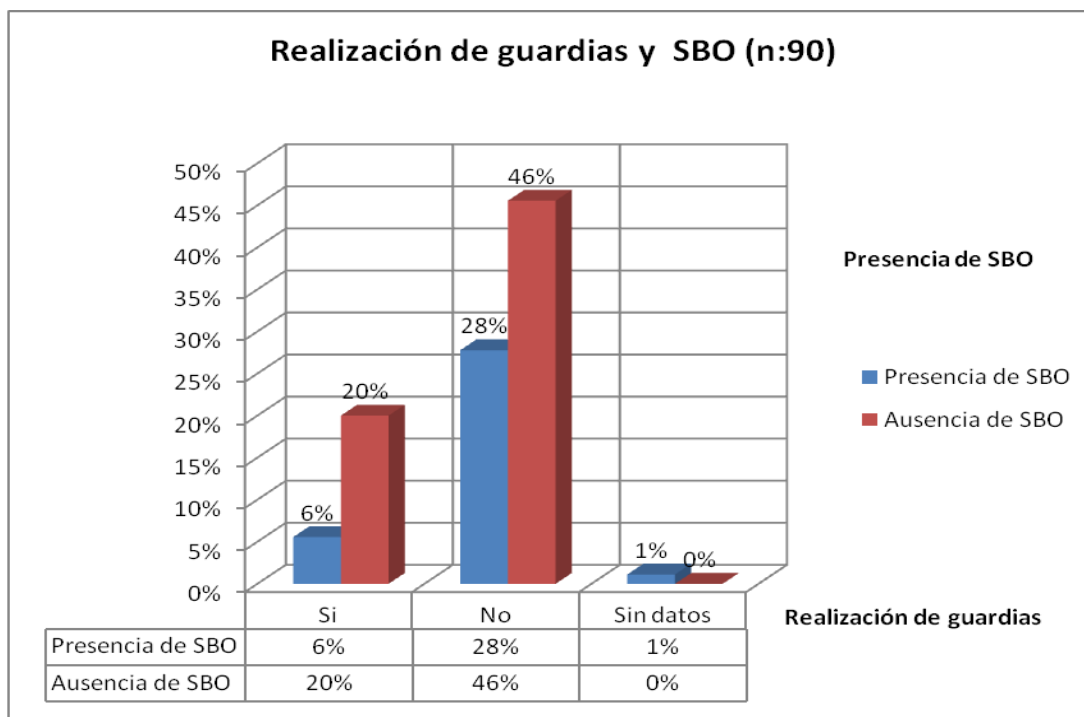
Al analizar la realización de guardias, vemos que el 33% cumple con guardias mientras que el 66% no trabaja en guardias. Las encuestas sin datos no representan número significativo.

Gráfico 20



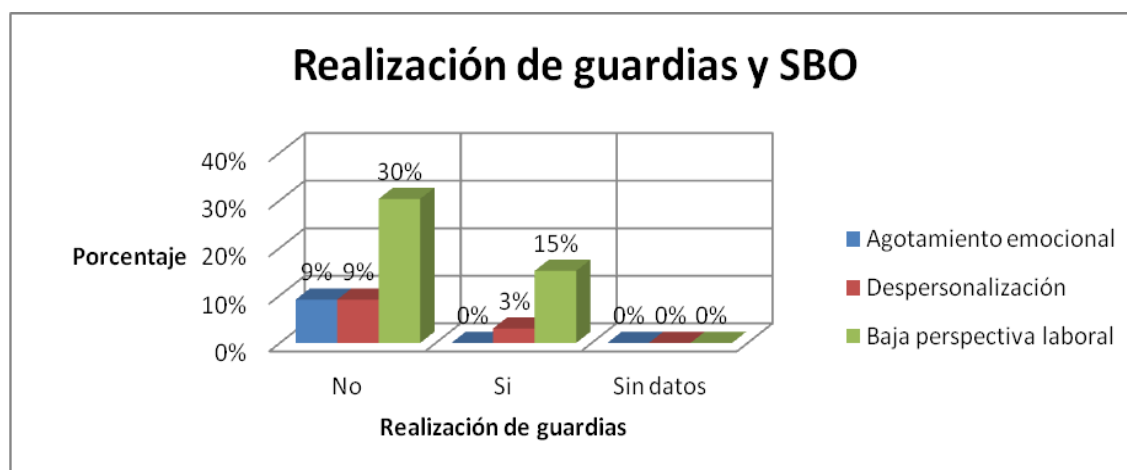
Podemos observar en el gráfico de realización de guardias y SBO que pareciera existir una mayor prevalencia de SBO entre aquellos que no realizan guardias

Gráfico 21



La no realización de guardias puede ser un factor favorecedor de SBO como se ve en el gráfico siguiente: expensas de baja perspectiva profesional

Gráfico 22



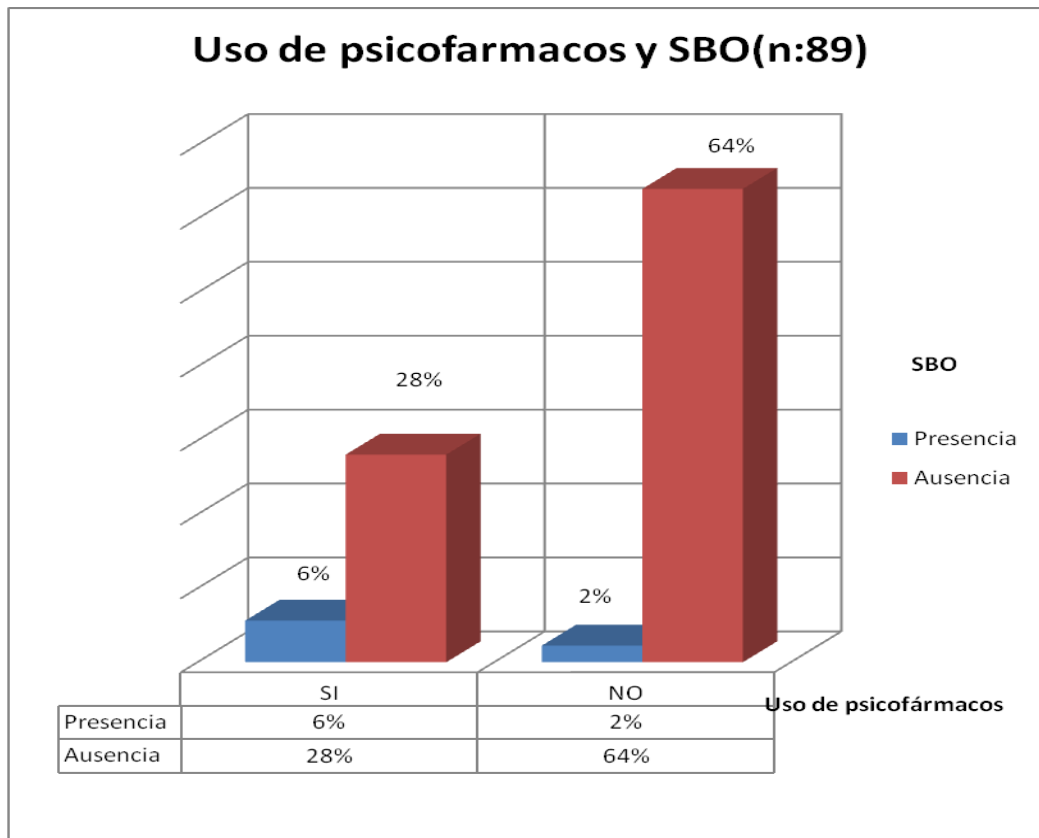
En el análisis del total de las encuestas se puede observar que el 7% declara consumo de psicofármacos.

Gráfico 23



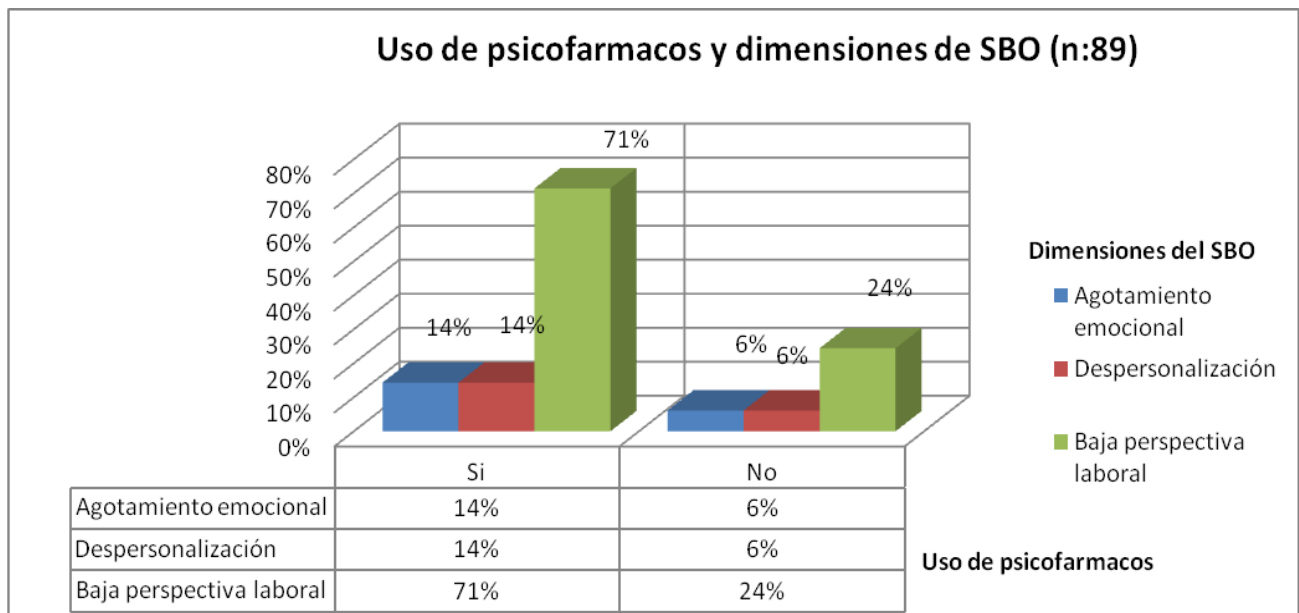
El consumo de psicofármacos se asocia a mayor prevalencia de SBO como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico 24



Nuevamente la baja perspectiva profesional favorece la existencia de SBO

Gráfico 25



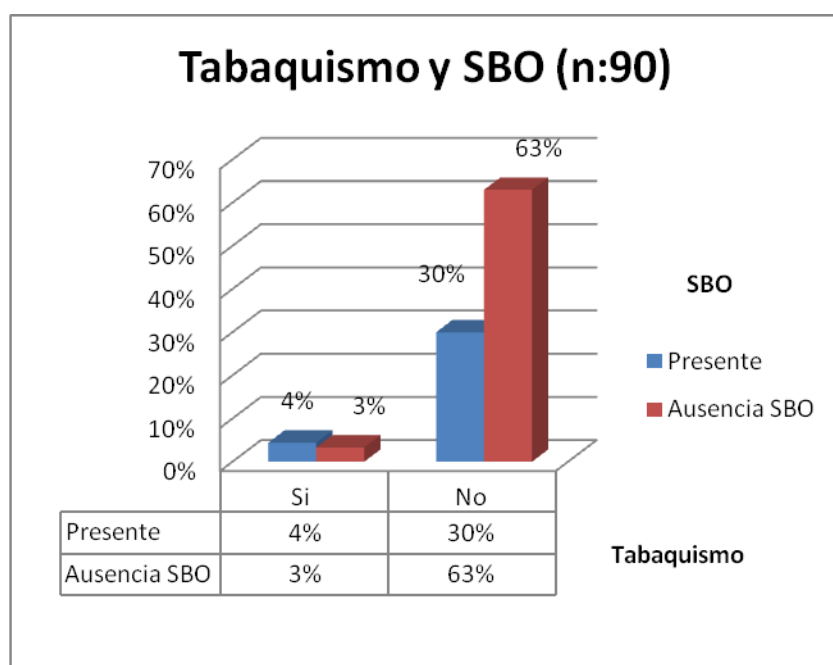
El consumo de tabaco es bajo en la población estudiada con un 8% de prevalencia

Gráfico 26



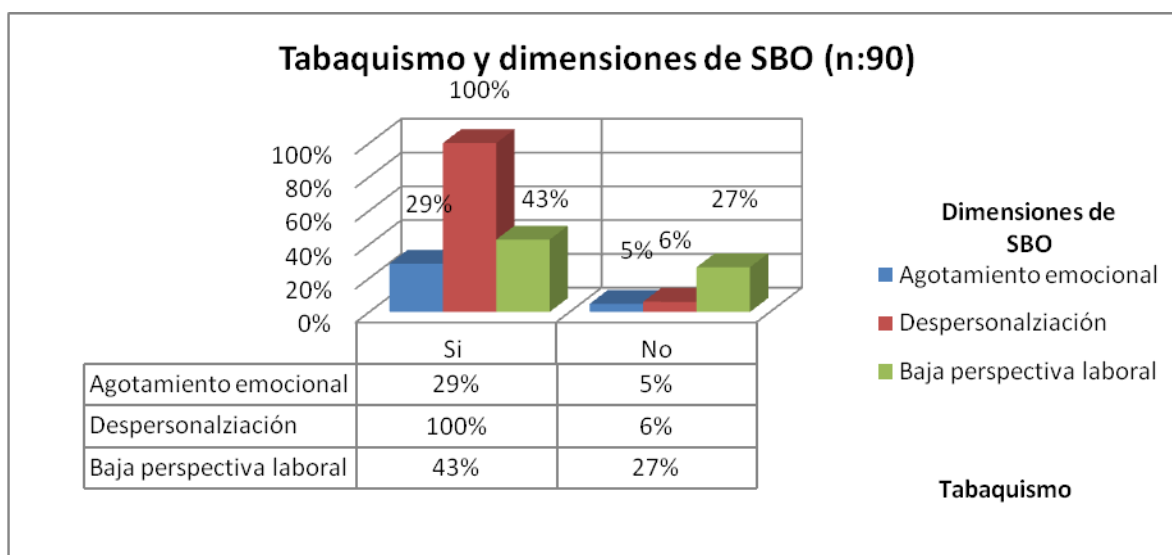
Pareciera haber prevalencia similar de tabaquismo y no tabaquismo entre los encuestados con SBO a la asociación entre tabaquismo y SBO. V

Gráfico 27



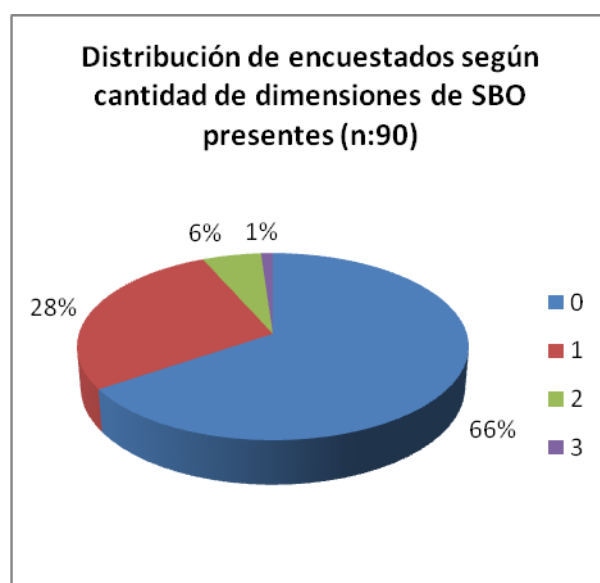
El tabaquismo tiene alta frecuencia de despersonalización con valores también altos de Agotamiento emocional y baja perspectiva laboral

Gráfico 28



Cuando analizamos la cantidad de individuos con dimensiones de SBO presentes vemos que el 66% no posee puntaje para alcanzar el piso de ninguna dimensión del síndrome de burn out, un 28% alcanza y/o supera el piso de una dimensión del SBO, 6% alcanza puntaje para dos dimensiones y sólo un 1% tiene valores presentes para las tres dimensiones del SBO.

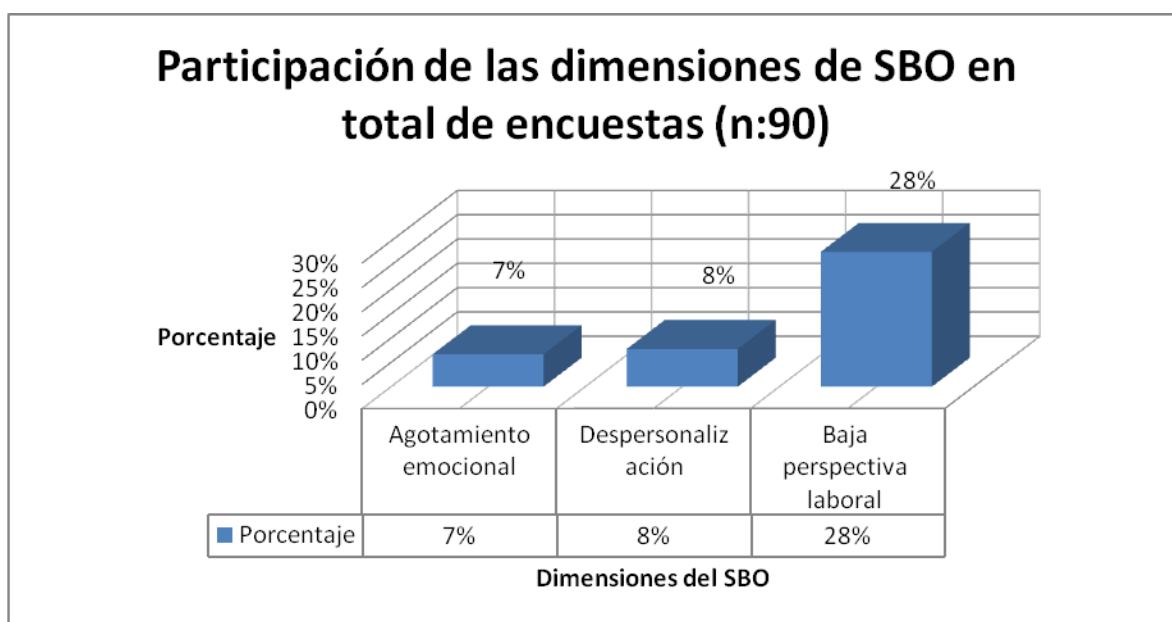
Gráfico 29



| Número de dimensiones de SBO afectadas               | 0   | 1   | 2  | 3  |
|------------------------------------------------------|-----|-----|----|----|
| Porcentaje alcanzado de los individuos de la muestra | 66% | 28% | 6% | 1% |

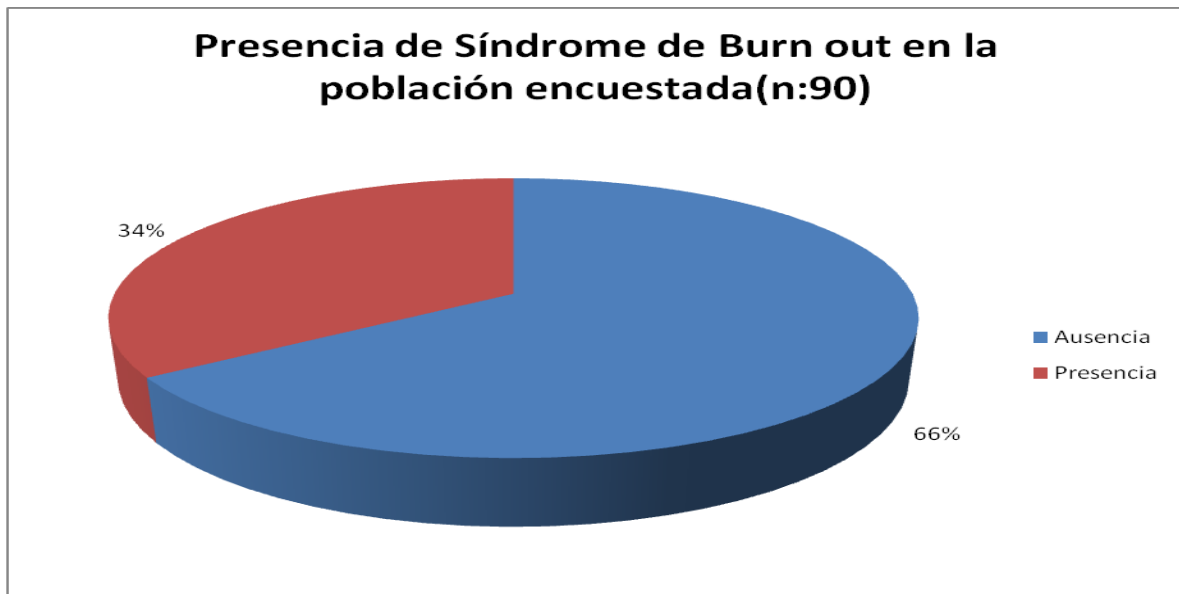
Cuando analizamos la presencia de valores positivos en cada dimensión del SBO podemos distinguir que las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización presentan porcentajes similares (7 y 8%) con un valor de baja perspectiva laboral cuatro veces superior (28%). Como hemos visto, desagregando estas dimensiones en cada uno de los entrecruzamientos de las variables vemos que la representación de las dimensiones se mantiene en puntajes similares.

Gráfico 30



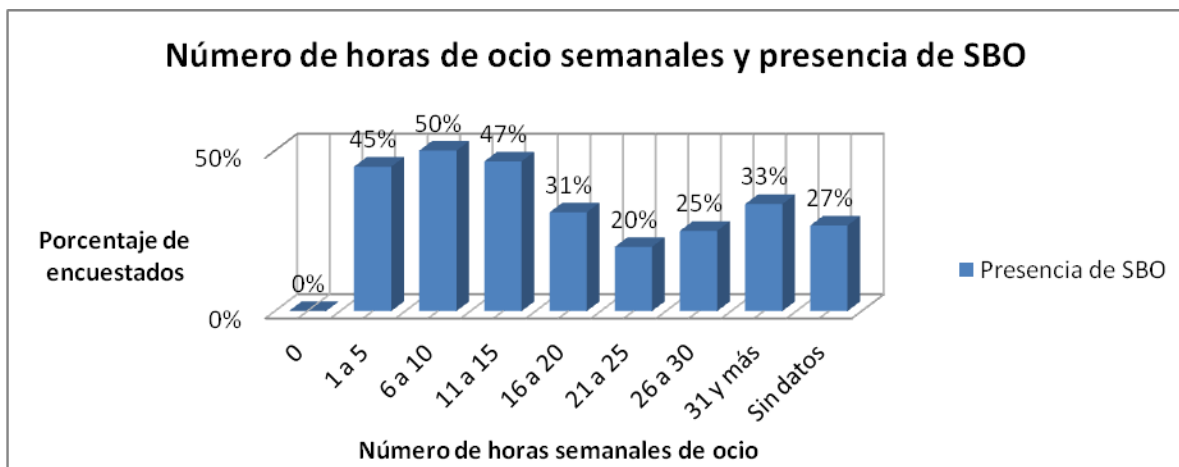
En el total de la población encuestada, la prevalencia de síndrome de burnout es del 34%

Gráfico 31



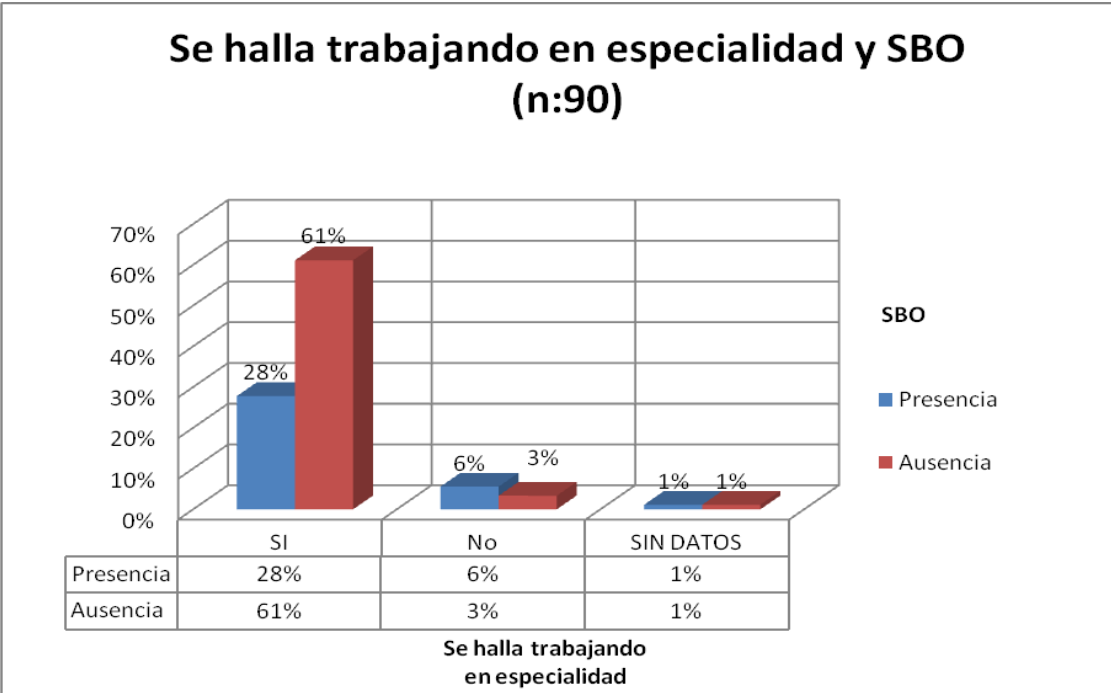
En el gráfico de horas dedicadas al ocio vemos que las frecuencias mayor se da en el rango entre 1y 15 horas semanales. El resto de las frecuencias promedia el 25%

Gráfico 32



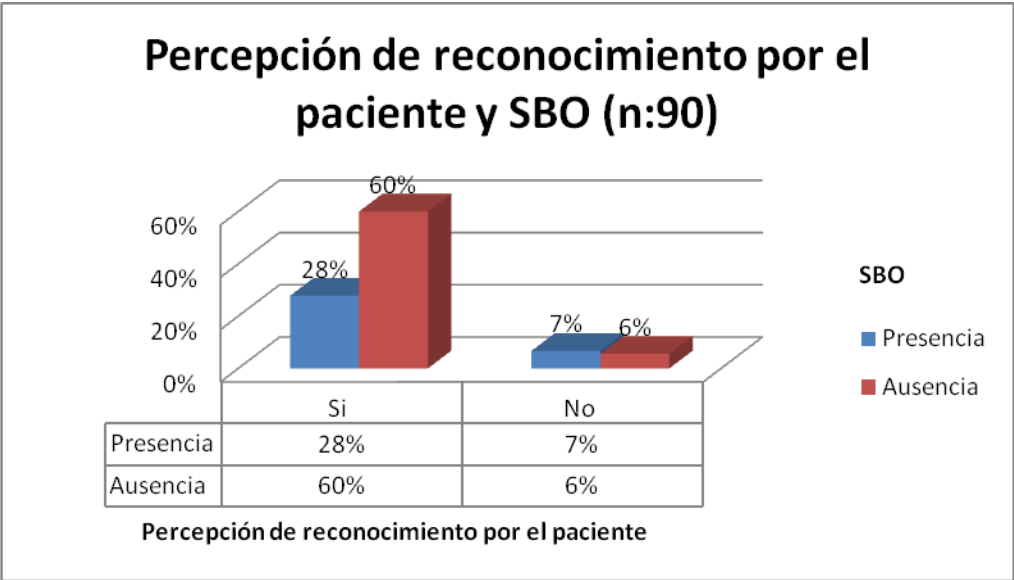
Observamos que la mayoría de los encuestados refiere hallarse trabajando en la especialidad en que formó, con una frecuencia considerable de SBO entre ellos.

Gráfico 33



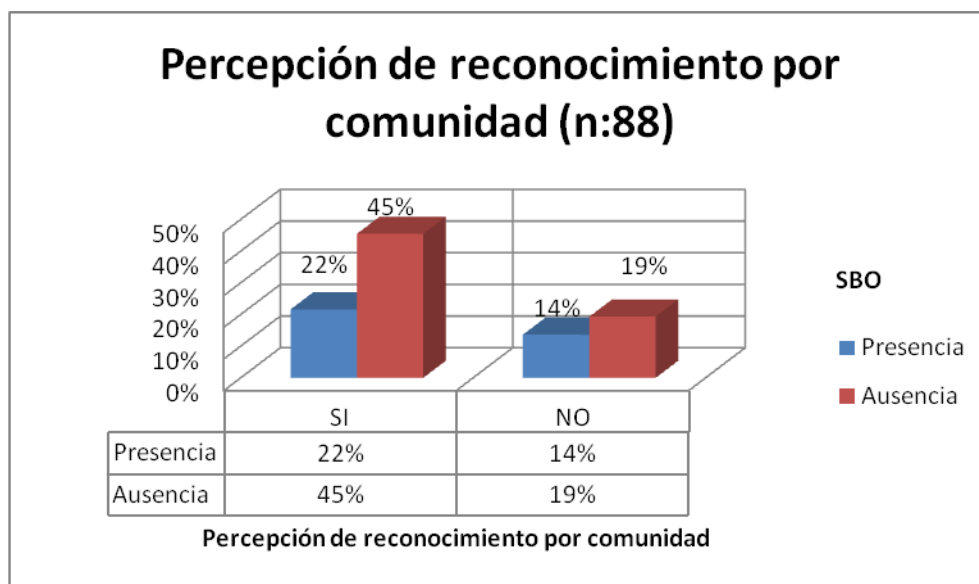
La gran mayoría percibe reconocimiento por el paciente hacia su trabajo.

Gráfico 34



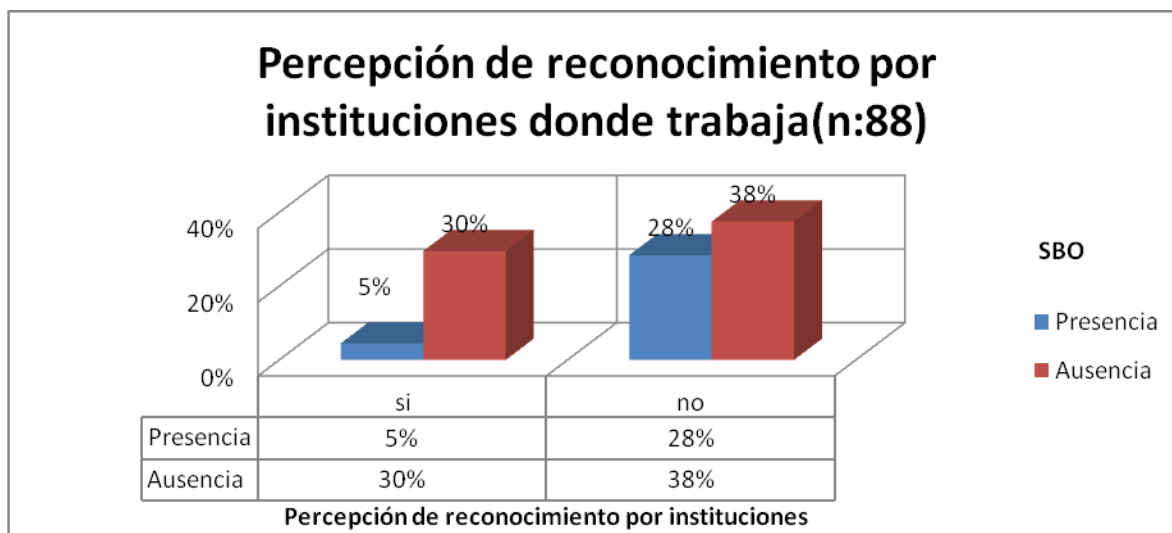
Más de la mitad de los encuestados percibe reconocimiento de la comunidad

Gráfico 35



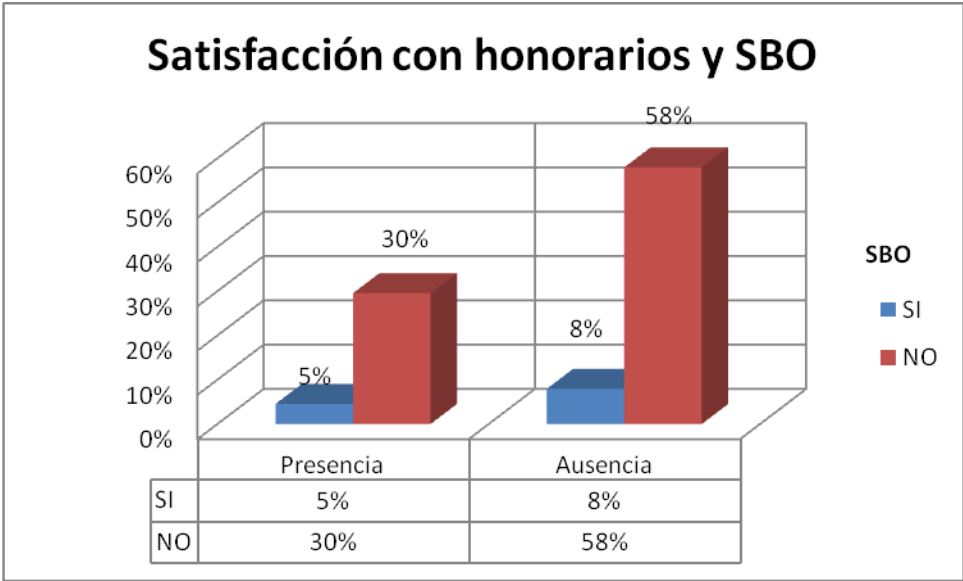
En relación a la percepción de reconocimiento por las instituciones donde trabajan se observa la menor prevalencia de reconocimiento, observándose además alta prevalencia de SBO

Grafico 36



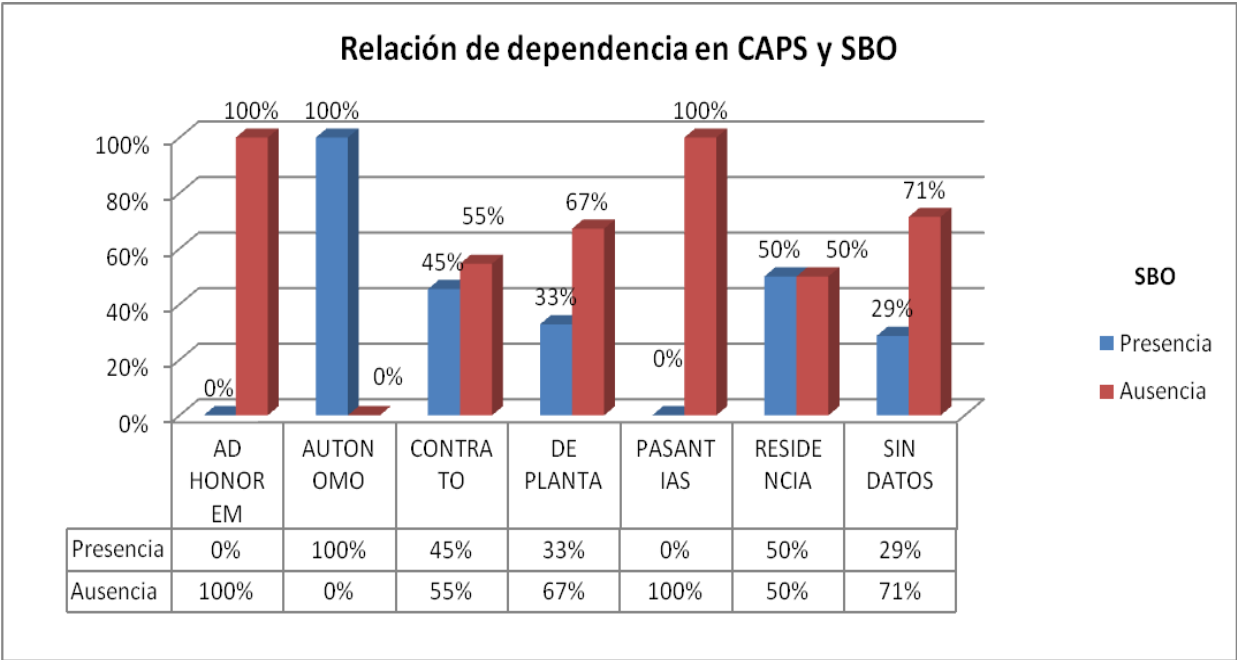
La insatisfacción por los honorarios es evidente, con mayor prevalencia de SBO

Gráfico 37



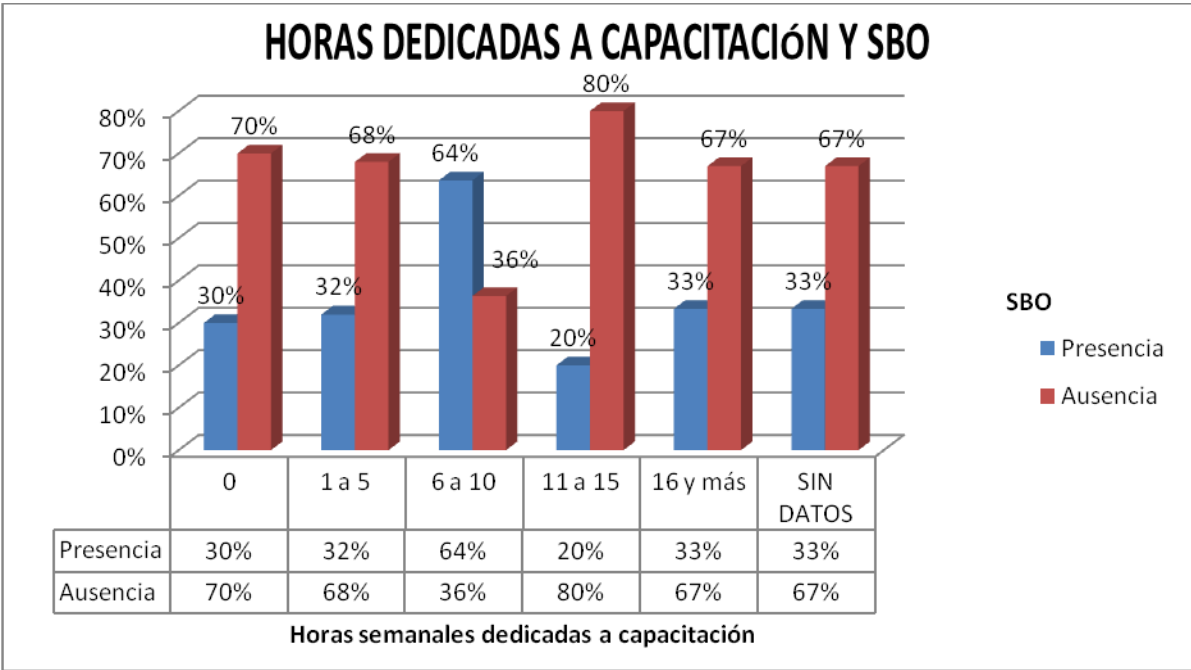
El siguiente gráfico muestra la relación de dependencia en CAPS y SBP observándose mayores valores en aquellos con pasantía, ad honorem y autónomos.

Gráfico 38



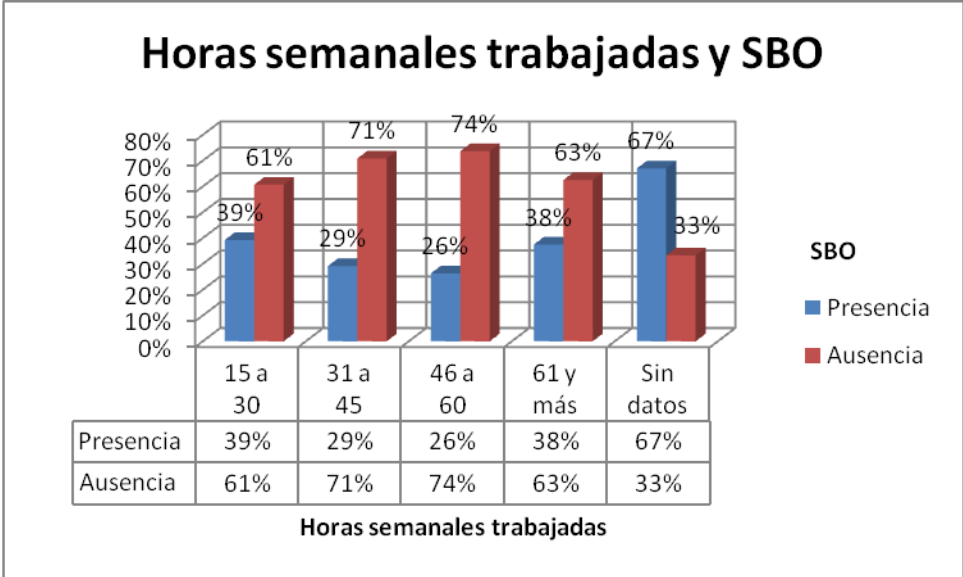
El SBO se da más entre aquellos que se dedican entre 6 y 10 horas semanales a la capacitación personal, con frecuencias similares entre sí en otros rangos de dedicación.

Gráfico 39



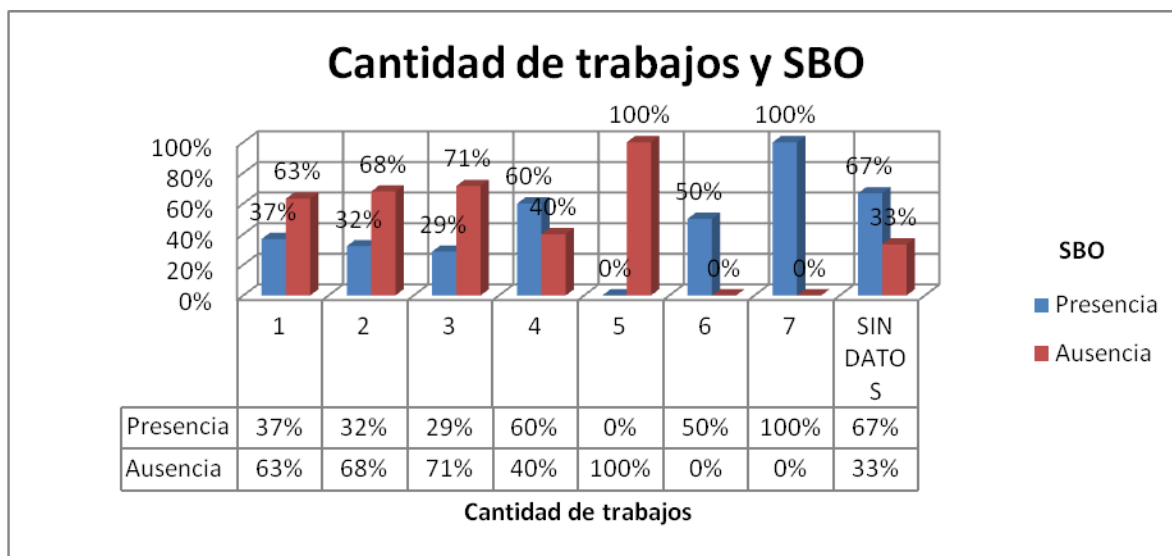
En el Gráfico 40 podemos observar la relación entre horas semanales trabajadas y presencia de SBO. Descartando aquellos sin datos de horas semanales trabajadas, observamos que aquellos que trabajan 61 horas y más son los más afectados seguidos por aquellos entre 15 y 30 horas y 61 horas y más.

Gráfico 40



La relación entre cantidad de trabajos y SBO muestra que el SBo se da mas entre aquellos que tienen 4 trabajos seguidos de los que tienen 6. El valor de 100% en 7 trabajos se debe a que el único encuestado tiene SBO

Gráfico 41



Analizados ya los gráficos presentamos a continuación el odds ratio de variables que se han demostrado cuya presencia favorece o dificulta la coexistencia con SBO. Así aquellos valores mayores a 1 representan a las variables que se asocian a mayor riesgo de SBO mientras que aquellas con valores menores a 1 tendrían un efecto de protección contra SBO

| Variable                                       | Odds ratio |
|------------------------------------------------|------------|
| Insatisfacción por honorarios                  | 11.429     |
| Consumo de psicofármacos                       | 5.27       |
| Percepción de reconocimiento por el paciente   | 0.3858     |
| Percepción de reconocimiento por la comunidad  | 0.5493     |
| Percepción de reconocimiento por instituciones | 0.2031     |
| Realización de guardias                        | 0.4556     |
| Sexo femenino                                  | 14.362     |
| Tabaquismo                                     | 2,7654     |
| Trabaja en especialidad para la que se formó   | 0.2727     |

Discusión. Ante la falta de datos del universo salvo el número total y la composición por profesiones aportados por la Secretaria de Salud de Junín, no tenemos las herramientas para conocer la representatividad de los resultados en relación al universo pero considerando que contestó un amplio número de profesionales podemos suponer una gran posibilidad. El presente

estudio encuentra resultados similares a los publicados en otras partes del mundo en relación a la asociación de SBO con determinados condicionantes existiendo resultados opuestos en otros. Los resultados de la encuesta determinan una feminización de la fuerza de trabajo en el sector estudiado, con una distribución etárea bastante simétrica, consumo de psicofármacos y tabaco bajos, asociados a SBO, una prevalencia de SBO intermedia en relación a las prevalencias halladas en encuestas de este tipo alrededor del mundo, una mayor prevalencia de SBO en trabajadores sociales y psicólogos, en aquellos profesionales con edad entre 45 y 49 años y 30 y 34 años (tal vez aquellos con más de 10 años de trabajo fuera de residencia y aquellos que cumplen residencia), divorciados o en pareja, 20 y 24 años de ejercicio profesional seguidos de aquellos con 0 a 4 años de egresados, entre 11 y 20 años de antigüedad en CAPS, con respuestas de percepción de falta de reconocimiento por parte de las instituciones donde trabajan, insatisfacción en relación a honorarios percibidos. También se puede concluir que en relación a cantidad de dimensiones de SBO afectadas predominan las encuestas con una sola dimensión con un peso de baja perspectiva laboral que cuadriplica a las otras dos. Despersonalización en trato ha dado baja participación en todos los cuadros salvo en antigüedad en CAPS. Como limitaciones del estudio anotamos la imposibilidad de aprovechar al máximo la riqueza de datos aportados por cuestiones de manejo estadístico así como un probable sesgo en la selección de la muestra al ser voluntaria y no poder haberse entrevistado con la totalidad del universo para ofrecerles explicaciones del estudio. Si bien se contó con la autorización de la Secretaría de Salud local a través de la presentación del proyecto en forma personal ante la persona del secretario y la firma de una copia del proyecto avalando el mismo por este, hubo comentarios de recelo por la realización de la encuesta en un momento preelectoral y su potencial uso en la campaña. Si bien inicialmente se pensó en utilizar el software Epiinfo 7 para el análisis estadístico de la muestra, nos hemos encontrado con dificultades en el manejo del mismo que no han podido ser resueltas con los medios de capacitación disponibles debiendo recurrir al programa Excel para resolver algunos puntos. Como conclusión ha sido un trabajo muy interesante que aporta ideas de la prevalencia de SBO en el medio estudiado así como estimula para buscar mejores condiciones de trabajo para los profesionales de salud

Resumen: el presente trabajo investiga la presencia de síndrome de burn out o desgaste profesional y sus condicionantes en los profesionales del primer nivel público de atención de la salud del partido de Junín a través de un estudio observacional analítico de corte transversal con la utilización de una encuesta autoadministrada y el análisis de los resultados por en forma estadística determinando las características de la muestra, las relaciones entre variables, con hallazgo de asociación de SBO con variables conocidas en otros estudios( sexo femenino, edad, pluriempleo, percepción de reconocimiento) y otras asociaciones que se muestran opuestas a lo conocido( realización de guardia, trabajo en especialidad en la que se formó, mayor prevalencia en trabajadores sociales y psicólogos).

Lista de referencias:

1 Dure MI., Cosacov M., Dursi C., La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN: 1667-3700 • Año 7- N° 13 • Agosto 2009. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_fuerza\\_trabajo/FT\\_Categoria\\_Perfil\\_Y\\_Distribucion/DURE-COSACOV-La-sit-trabajadores-sist-pub-GCBA-2009.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/FT_Categoria_Perfil_Y_Distribucion/DURE-COSACOV-La-sit-trabajadores-sist-pub-GCBA-2009.pdf).

Consultado Julio 07 de 2015

2 Zaldúa, G; Lodieu, M T; Koloditzky, D. La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 19, núm. 4, 2000, pp. 167-172 Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires, Argentina. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219406> Consultado Agosto 9 de 2015.

3 Organización Panamericana de la Salud. La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS, 2013. Disponible en:

[http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub69.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub69.pdf) Consultado Agosto 9 de 2015

4 Garibaldi A. Síndrome de burnout en médicos del servicio de pediatría del hospital provincial del centenario de Rosario. Trabajo final de investigación de la carrera de medicina Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. UAI. Disponible en:

<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC106803.pdf>. Consultado Julio 07 de 2015

5 Zazzetti F., Carricaburu M, Ceballos JL, Miloc E. Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en argentina Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, N° 2, Octubre de 2011, págs. 120 a 128.

Disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/17/66\\_oct11/03\\_zazzetti\\_alc66.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/17/66_oct11/03_zazzetti_alc66.pdf). Consultado Junio 26 de 2015

6 Manchado López F., Vaquero Abellán, M., Romero Saldaña M Álvarez Fernández C. Síndrome de Burn out y estrés laboral en trabajadores de APS en Córdoba. Disponible en: <http://www.seslap.com/seslap/html/curCong/congresos/xiiicongreso/comunicaciones/28.pdf>.

Consultado Junio 26 de 2015

7 OIT La Prevención de las enfermedades profesionales. Primera edición 2013. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_209555.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf). Consultado Junio 26 de 2015

8 Carlotto M.S. Gobbi M D. Desempleo y síndrome de Burnout. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. X, N° 1, 2001. Disponible en: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/18558/19591> Consultado Julio 7 de 2015

9 Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington, D. C.: OPS. 2012. Disponible en: [http://dev.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/salud%26trabajo\\_2012.pdf](http://dev.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/salud%26trabajo_2012.pdf). Consultado Julio 3 de 2015.

9 Artazcoz L. Determinantes sociales de la salud en trabajadores con jornadas laborales prolongadas Salud (i) Ciencia 21 (2015) 187-190. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/sic/212/138419.pdf>. Consultado Agosto 9 de 2015

10 Birmingham M., Rodríguez-Guzmán J., González Machín D. Avances Internacionales de la Salud de los Trabajadores. OPS. OMS. Disponible en: <http://www.oiss.org/prevenia2014/libponencias/PLENARIO/PANELINTERNACIONAL/OPS.pdf> . Consultado Junio 3 de 2015

11 Pedraza Avella A. C. Exclusión social y empleo: ¿qué ocurre cuando hay segmentación laboral? tesis de doctorado titulada “Exclusión social y segmentación laboral en Colombia”, financiada por el Contrato de Crédito Educativo No. 081-2005 de ICETEX en el marco de la convocatoria de COLCIENCIAS del Programa “Apoyo a la comunidad científica nacional, a través de los programas de Doctorado Nacionales-2005”. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n22/n22a06.pdf> Consultado el Agosto 9 de 2015

12 Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión en Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. Alames. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf> Consultado Junio 3 de 2015

13 Barragán H.L. Introducción a los recursos humanos en atención médica. En: Barragán H.L., Moiso A., Mestorino M., Ojea A. Fundamentos de la Salud Pública. La Plata, Argentina: EDULP; 2007. pp. 68.

14 Benítez M., Rodríguez E. Síndrome de Burnout en el equipo de Enfermería de Cuidados Intensivos de un hospital de la ciudad de Montevideo. Enfermería. Cuidados humanizados (Montev.) - Vol. 3, n° 1): 21-27 - junio 2014 Disponible en: [http://www.ucu.edu.uy/sites/default/files/publicaciones/2014/revista\\_enfermeria\\_cuidados\\_humanizados\\_vol.3.1\\_jun2014.pdf](http://www.ucu.edu.uy/sites/default/files/publicaciones/2014/revista_enfermeria_cuidados_humanizados_vol.3.1_jun2014.pdf). Consultado Agosto 9 de 2015

- 15 Barrios Araya S, Arechabala Mantuliz M.C., Valenzuela Parada V. Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis Enfermería Nefrológica. 2012; 15 (1): 46/55 [Artículo de revisión]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v15n1/revision.pdf> Consultado Junio 3 de 2015
- 16 Foz Gil G. El síndrome de desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria. A propósito de un caso. Tesis para Master Salud Laboral 2008-09 UPF-UD “Mateu Orfila”. Disponible en: **Error! Referencia de hipervínculo no válida..** Consultado 10/08/15
- 17 Ortiz Viveros G. R., Ortega Herrera M. E.. El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>
- 18 Grau A., Flichtentrei D., Suñer R., Prats M y Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007) Revista Española de Salud Pública 2009; 83: 215-230N.º 2 - Marzo-Abril 2009. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf> Consultado Junio 3 de 2015
- 19 Chou L-P, Li C-Y, Hu SC. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. BMJ Open 2014;4: e004185. doi:10.1136/ bmjopen-2013-004185 Consultado Junio 3 de 2015
- 20 Santana V. S. Empleo, condiciones de trabajo y salud. [Editorial]. Salud colectiva. 2012; 8(2):101-106. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v8n2/v8n2a01.pdf>
- 21 OMS. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Consultado Junio 3 de 2015
- 22 Svampa M. Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político Conversaciones con Floreal Ferrara. 1a ed. - Buenos Aires: Biblioteca Nacional, 2010. 184 p. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hnarcisolopez/files/2012/10/libroferrara.pdf>. Consultado Julio 7 de 2015
- 23 Márquez López Mato A., Beretta P., Corrales A., Dillon C., Ostera D., Oyhamburu P. Psiconeuroinmunoendocrinología III: Los últimos serán los primeros. 1era Edición. Buenos aires: ScienS. 2008. pp480
- 24 Moreno Bernardo, Oliver Coral, Aragoneses Araceli. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. Buela- Casal, caballo V. E. Manual de Psicología Clínica Aplicada. pp. 271-284. Madrid: Siglo XXI. Disponible en:

[https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/burnout\\_forma\\_estreslab.pdf](https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/burnout_forma_estreslab.pdf). Consultado Junio 16 de 2015.

25 Freudenberger, H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159- 165. Winter 1974

26 Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational behavior*. Vol. 2, 99-113 (1981). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/epdf> Consultado Junio 3 de 2015

27 Maslach C., Schaufeli W., Historical and conceptual development of burn out. Pp1-16. Disponible en: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/043.pdf>. Consultado Julio 5 de 2015

28 Gil Monte P. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 19, núm. 2, 2003, pp. 181-197. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Madrid, España Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231318052004>. Consultado Junio 3 de 2015

29 Edelwich J., Brodsky A., Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions. Human Sciences Press, 1980. pp255.

30 Gil Hernández F. Tratado de Medicina del trabajo 2 edición 2 volumen. Masson 2012 Barcelona Tomo II, pp485-490.

31 Cebria J., Segura J., Corbella S., Sos P., Comas O. García M. Rasgos de personalidad y síndrome de burn out en médicos de familia. *Atención Primaria*. Vol. 27. Núm. 7. 30 de abril 2001.

32 Moreno Toledo A. Burn out asistencial: Identificación, prevención y mediación en Factores precipitantes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 10 nº 1. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. p 63-79. Disponible en: [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin) . Consultado Julio 3 de 2015.

33 Jennings B., Work Stress and Burnout among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 2-137- 158. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/pdf/Bookshelf\\_NBK2668.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/pdf/Bookshelf_NBK2668.pdf). Consultado Agosto 9 de 2015.

34 Maccacaro Guido. Diferencias entre los sexos en el agotamiento profesional del personal de la salud. Colección Trabajos Distinguidos Serie Factores de Riesgo Psicosociales. Volumen 1, Número 5, Mayo 2014. Disponible en: [http://www.siicsalud.com/pdf/td\\_fac\\_ries\\_psico\\_1.5\\_50714.pdf](http://www.siicsalud.com/pdf/td_fac_ries_psico_1.5_50714.pdf). Consultado Junio 3 de 2015

- 35 Prieto Albino L., Robles Agüero E., Salazar Martínez L.M., Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13029722&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=35&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v29n05a13029722pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13029722&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=35&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v29n05a13029722pdf001.pdf). Consultado 10/08/15
- 36 Cáceres Pallavidino G. H., Echevarría Avellaneda. M. F., Ghilarducci de Martínez M. C., Pomares D. J. Síndrome de Burn-out en médicos residentes del NEA: ¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas? IIº Cátedra de Clínica Ginecológica. Facultad de Medicina UNNE. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. N° 201 – Junio 2010 pp. 8- 17. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista201/3\\_201.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista201/3_201.pdf) . Consultado Agosto 9 de 2015
- 37 Catsicaris C., Eymann A., Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. Archivos Argentinos de Pediatría 2007; 105(3):236-240 / 236. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v105n3/v105n3a10.pdf>. Consultado Julio 20 de 2015.
- 38 Deschamps Perdomo A., Olivares Román S., De la Rosa Zabala K, Asunsolo del Barco A., Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras Med Segur Trab (Internet) 2011; 57 (224) 224-241Julio - septiembre 2011. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf>. Consultado 02/08/2015
- 39 González Baron M., Lacasta M., Ordoñez A. El síndrome de agotamiento profesional en oncología. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana. 2008. pp. 158
- 40 Observatorio Permanente sobre riesgos psicosociales. Guía sobre síndrome de quemado (Burnout). Comisión ejecutiva Confederal de UGT. Primera edición: Madrid, diciembre de 2006. Disponible en: <http://www.feteugt.es/Data/UPLOAD/burnout.pdf>. Consultado Julio 17 de 2015.
- 41 Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley Nacional n° 24557 sobre riesgos del trabajo. Sancionada 13/09/1995. Promulgada 03/10/1995. Publicada 04/10/1995. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27971/norma.htm> . Consultada Octubre 02 de 2015
- 42 Comité consultivo Permanente Decreto 658/96 Listado de enfermedades profesionales <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/37572/texact.htm>. Consultado Octubre 02 de 2015
- 43 Comité consultivo Permanente. Decreto 659/96 Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/37573/norma.htm> Consultado Octubre 02 de 2015
- 44 Pantano María Cristina. Condiciones y medio ambiente de trabajo. Clase de Carrera de especialista en medicina del trabajo. Año 2013. Convenio UCA- SMTBA
- 45 Servicio de Prevención y Medio Ambiente y Servicio de Formación Permanente de la Universidad de Valencia. Curso Online de Seguridad y Salud en el trabajo. 2011. Universidad de

Valencia. Disponible en:

[http://www.uv.es/sfpenlinia/cas/26\\_organizacin\\_y\\_carga\\_de\\_trabajo.html](http://www.uv.es/sfpenlinia/cas/26_organizacin_y_carga_de_trabajo.html). Consultado Septiembre 26 de 2015

46 García Izquierdo M., Velandrino A., EPB una escala para la evaluación del burnout profesional de las organizaciones. *Anales de psicología* 1992, 8(1-2), 131-138. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/28821/27911.pdf> Consultado Agosto 9 de 2015

47 Constant Millán de Lange A. y D'Aubeterre López M.E. Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS en una muestra multiocupacional venezolana. *Revista de Psicología* Vol. 30 (1), 2012. P 103- 128. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/2627>. Consultado Junio 3 de 2015

48 Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 33-40. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html> Consultado Junio 3 de 2015

49 Moreno- Jiménez B, Bustos R., Matallana A., Miralles T. La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13,2 185- 207. Disponible en: [https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/validacion\\_cbb.pdf](https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/validacion_cbb.pdf) Consultado Junio 3 de 2015

50 Olivares V, Gil-Monte P. 2009. Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia & Trabajo*. Jul-Sep; 11 (31): 160-167. Disponible en: [http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2009\\_Olivares\\_y\\_Gil-Monte.pdf](http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2009_Olivares_y_Gil-Monte.pdf) Consultado Junio 5 de 2015

51 Estremero Judith, Goldman Adriana. Algunos conceptos sobre el síndrome de Burn out (Sobrecarga emocional o “Cabeza quemada”) Área de Salud Mental Fundación MF, Unidad de Medicina Familiar y Preventiva Hospital Italiano de Buenos Aires. Revisión: Agosto 2005. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/Algunos%20conceptos%20sobre%20el%20sindrome%20de%20Burn%20out.pdf>. Consultado Junio 7 de 2015.

52 Epi Info [programa de computadora]. Versión 7.1.4.0. Atlanta, GA. Centers for Disease Control and Prevention. 07/07/2014. Disponible en: <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/html/downloads.htm> Consultado Julio 3 de 2015

## Apéndice