EL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE LA LOCALIDAD DE SAN LUIS DEL PALMAR, CORRIENTES, ARGENTINA

Carlos Alberto Encinas, Juan Marcelo Reyes, Dra. Karin Alejandra Gómez
Dra. Lorena Dos Santos Antola. Médica Psiquiatra – JTP, Cátedra de Salud Mental. Facultad de Medicina UNNE.

RESUMEN

El estudio del ***síndrome de Burnout*** en el personal sanitario se ha incrementado sustancialmente en las últimas dos décadas en todo el mundo, dado su impacto potencial tanto en la salud los trabajadores que lo padecen como en la calidad de atención brindada a la población beneficiaria de los servicios de salud. Este trabajo tuvo como objetivo determinar la prevalencia del síndrome en el personal sanitario del hospital de San Luis del Palmar (Corrientes, Argentina), en noviembre de 2006. Se encuestó a la totalidad del plantel médico y de enfermería de dicho nosocomio. El instrumento utilizado para la recolección de la información fue el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Moreno-Jiménez. Se halló una afectación global del 72%. Entre los médicos la prevalencia fue del 55% y entre los enfermeros, de 81%. La "*despersonalización*" fue la manifestación que registró las mayores puntuaciones en ambos grupos. La elevada prevalencia de Burnout hallada evidencia la necesidad de diseñar e implementar a corto plazo estrategias para la prevención y el afrontamiento del mismo en la población hospitalaria estudiada.

Palabras clave: Síndrome de Burnout; personal sanitario; prevalencia.

ABSTRACT

THE BURNOUT SYNDROME AMONG MEDICAL AND NURSING STAFF OF THE HOSPITAL OF SAN LUIS DEL PALMAR, CORRIENTES, ARGENTINA.

The study of Burnout syndrome among health care workers has substantially increased in the last two decades, worldwide, because of its potential impact either on health status of the affected workers or on quality of care offered to users of the health centres. The aim of this investigation was to determine the prevalence of this syndrome among the heath staff of the hospital of San Luis del Palmar (Corrientes, Argentina), during November 2006. It was surveyed the total medical and nursing staff of this hospital. The Moreno-Jiménez's *Short Burnout Questionnaire* (SBQ) was used to collect the information. It was found a global affectation of 72%. Among the medical staff the prevalence was 55%, and among nursing saff it reached 81%. "Depersonalisation" was the diagnostic manifestation with the higgest values for both studied groups. The relative high prevalence found of Burnout highlights the need of designing and coping with it among the studied hospital staff in the short term.

Key words: Burnout syndrome; health care workers; prevalence.

INTRODUCCION

En 1974, el psicoanalista *H. Freudenberger*[1] comunicó su observación de un fenómeno de agotamiento profesional entre trabajadores de un centro sanitario, y propone el nombre de "Burnout" para tal situación, por analogía con el término utilizado en el área de la farmacología clínica para aludir a consecuencias del uso crónico de fármacos. A partir de dicha descripción inicial han sido numerosos los investigadores que se abocaron a profundizar en la naturaleza del síndrome. Fueron, no obstante, los estudios de Christine Maslach y Susan Jackson [2, 3] los que posibilitaron llegar a una definición técnicamente y operativamente aceptable del mismo. En efecto, estas autoras postularon 3 manifestaciones diagnósticas cardinales, que pronto fueron ampliamente adoptadas como marcadoras del padecimiento, a saber: 1) la ***sensación de cansancio emocional***; 2) la ***despersonalización***; y, 3) la percepción de ***falta de realización profesional***.

Según el modelo explicativo de *Maslach y Jackson*, el **cansancio emocional** constituye un elemento primordial en la génesis del síndrome y consiste en una sensación creciente de agotamiento en el trabajo que experimenta la persona, luego de intentos fallidos de adaptarse a un entorno estresante. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trataría de aislarse de los demás, mediante el mecanismo defensivo denominado **despersonalización,** caracterizado por un trato distante y la deshumanización de las relaciones hacia los pacientes y demás miembros del equipo de salud. En un tiempo variable se presentaría la sensación de **falta de realización en la profesión:** sentimiento complejo de inadecuación personal al puesto de trabajo, que surgiría al comprobarse que las *demandas que se le requieren exceden su capacidad para atenderlas debidamente, a pesar de sus intentos de adaptación.* El Burnout propiamente dicho constituiría la fase final del proceso y vendría a ser la respuesta a una situación laboral intolerable. [4]

Entre los numerosos y diversos instrumentos diseñados para la detección del nivel de afectación por el síndrome de Burnout, se destacó, también, el propuesto por las autoras *Maslach y Jackson*, al que denominaron *Maslach Burnout Inventory* (Inventario de Burnout de Maslach) [5]. Su amplia aceptación a nivel internacional lo convirtió en una herramienta diagnóstica muy valorada en países de habla inglesa. Dada las limitaciones asociadas a cuestiones idiomáticas, la aplicación del mismo se vio dificultada en poblaciones en las que se hablaban otras lenguas. Por esta razón, diversos grupos de investigadores se abocaron a la tarea de intentar adaptar el MBI a sus respectivas lenguas. En este sentido, *Moreno-Jiménez y colaboradores* (de la Universidad Autónoma de Madrid, España) elaboraron el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) para uso en hispanoparlantes, instrumento al que propusieron como complementario del MBI y de gran utilidad para el rastreo global de la afectación en las poblaciones diana. [6]

Los factores postulados como predisponentes para el desarrollo de Burnout han sido numerosos y diversos. Los más frecuentemente mencionados han sido [4, 7-9]: el desempeño de profesiones asistenciales, la baja edad, la inestabilidad afectiva (falta de pareja estable), la personalidad competitiva, el género masculino, la formación deficiente, y circunstancias propias del ambiente laboral (falta de motivación; volumen de trabajo excesivo; relación defectuosa entre los colegas; sobrecarga de pacientes, etc.) Asimismo, recientemente se ha reportado que la sobrecarga laboral actuaría como predictora de la calidad de la atención médica ofrecida a los beneficiarios de los servicios de salud. [10]

El padecimiento de este síndrome se acompaña de manifestaciones físicas, psicológicas y sociales.[4] Entre las primeras se citan: cefaleas, dorsalgias, lumbalgias, síntomas gastrointestinales, hipertensión arterial y trastornos del apetito. Las manifestaciones psicológicas incluyen, entre otras: irritabilidad, déficit atencional y trastornos de la memoria. La afectación de las relaciones interpersonales se expresa en conductas que afectan la relación con los miembros de la familia, con otros allegados y con colegas. [11] Pero la consecuencia última del Burnout está dada por ***la crisis de la identidad profesional***: el sujeto no puede identificarse con la actividad que desempeña y experimenta que su ejercicio profesional carece de sentido. Se instala entonces una pérdida de empatía y de satisfacción por brindar asistencia a los pacientes. [4, 8]

Debido a los efectos que puede provocar el padecimiento del síndrome en la salud de los trabajadores de una institución sanitaria y, consecuentemente, en la calidad de su desempeño profesional y de la atención brindada a los pacientes, resulta evidente la importancia de implementar de estrategias que permitan tanto su prevención, como la detección temprana y el tratamiento adecuado de los afectados.

El contexto laboral de los trabajadores sanitarios del ámbito público de nuestro país reúne en la actualidad una serie de características que se describen en la literatura médica como asociadas al síndrome en estudio. Entre ellas pueden citarse: *1) Exceso de horas de trabajo; 2) relación/comunicación defectuosa entre colegas, o con las autoridades; 3) escasez o ausencia de estímulos económicos (sueldos insuficientes); 4) falta de oferta de capacitación continua; 5) dificultad/imposibilidad de ascender laboralmente; 6) no disponibilidad de suficiente instrumental y/o espacio físico para el desempeño de las diferentes actividades; 7) riesgo de juicios de "mala praxis"; 8) dificultades en la relación médico-paciente; etc.* A pesar de ello, es aún escaso el estudio del grado de afectación por este síndrome entre profesionales de la salud del interior de las provincias del nordeste argentino.

El objetivo principal de este trabajo fue *determinar la prevalencia de síndrome de Burnout en los profesionales de la salud del medio hospitalario público de la localidad de San Luis del Palmar*. Los objetivos secundarios fueron: diferenciar el grado de afectación entre personal médico y de enfermería; identificar y comparar los factores asociados a la génesis del síndrome en los profesionales de ambos grupos; y, recoger las propuestas de los encuestados para la solución de los problemas prevalentes en el ejercicio de sus profesiones.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre la totalidad del plantel médico y de enfermería del hospital de la localidad de San Luis del Palmar, provincia de Corrientes, Argentina, durante los meses de octubre y noviembre de 2006. Se dividió a la población estudiada en dos grupos, según la profesión ejercida.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue el ***Cuestionario Breve de Burnout*** (**CBB**) de *Bernardo Moreno Jiménez y colaboradores* [6], surgido de modificaciones realizadas por dicho grupo al ***Maslach's Burnout Inventory*** (Inventario de Burnout de Maslach) [5] con la finalidad de adaptarlo a hispanoparlantes, y validado por *Rivera Delgado* en Cuba [12]. Se anexó al mismo un apartado con preguntas de respuestas abiertas y semiestructuradas a fin de evaluar (en el entorno laboral): causas de malestar; situaciones productoras

de estrés; conformidad con los recursos disponibles; propuestas para la resolución de problemas; posesión de días libres; y, realización de actividades recreativas.

Las variables sociodemográficas investigadas fueron: *a) edad; b) sexo; c) estabilidad afectiva; d) cantidad de hijos; e) estudios previos; f) profesión; g) cargo actual; h) situación laboral ("de planta" o "contratado"); i) antigüedad en el servicio; j) antigüedad en el cargo; k) antigüedad en la profesión; l) remuneración adicional por jerarquía; m) turno de trabajo; n) carga horaria semanal; o) cantidad de pacientes atendidos por día (promedio);* y*, p) desempeño de actividad laboral extrahospitalaria.*

La recolección de la información se realizó mediante el cuestionario autoadministrado, y la participación voluntaria y anónima se llevó a cabo en el ámbito de los servicios de clínica médica y de enfermería del hospital mencionado. Los datos obtenidos se registraron en una base creada para tal fin con la asistencia del programa Microsoft Excel 2000, el cual también fue utilizado para el procesamiento estadístico de los mismos y el diseño de tablas y gráficos.

Descripción del CBB y su modo de instrumentación

El CBB consta de varias preguntas introductorias (que investigan datos generales y las variables sociodemográficas citadas previamente), y de 21 proposiciones que exploran tres variables fundamentales: 1) el ***síndrome de burnout*** (**SBO**), 2) las ***causas del Burnout*** (**CBO**) y, 3) las ***consecuencias del Burnout*** (**CON**).

La variable **SBO**, a su vez, consta de tres subvariables que concuerdan con el modelo de *Maslach y Jackson*, y que contienen tres proposiciones cada una: *cansancio emocional* (**CE**); *despersonalización* (**DP**); y, *realización profesional* (**RP**). La variable **CBO**, por su parte, se analiza en sus componentes: *tedio* (**TE**), *características de la tarea* (**CT**), y *organización* (**OR**), cada uno con tres proposiciones. La variable **CON** no se divide en componentes; contiene tres proposiciones en total.

Cada proposición del cuestionario se responde en una escala ordinal de tipo Likert (de 5 puntos), los que expresan frecuencias crecientes o decrecientes de experimentar el contenido de la misma. Los valores obtenidos para cada subvariable y para la variable **CON** resultan de promediar los puntajes registrados para cada una de sus correspondientes proposiciones. En concordancia con una publicación previa, se consideró a todo valor mayor de 3 como "*afectado*" en la variable que se trate, y mayor de 4 como "*altamente afectado*". [13]

El CBB se encuentra actualmente disponible en Internet, y puede ser consultado, con acceso libre, en la página web del departamento de psicología biológica y de la salud perteneciente a la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (http://www.uam.es/gruposinv/esalud/equipo.htm).

RESULTADOS

Características de la población estudiada

Se encuestó a un total de 25 trabajadores sanitarios (100%), incluyendo personal médico y de enfermería. 9 de ellos eran varones (36%) y 16 (64%), mujeres. El rango de edades varió entre 26 y 59 años, con una media de 43,7 años. Poseían pareja estable 21 de los encuestados (84%). El número de hijos osciló entre 0 y 7, con una media de 2,6. Respecto de la categorización laboral, pertenecían a personal de "*planta permanente*" 19 (76%), mientras que los 6 restantes (24%) eran "*contratados*". La carga horaria semanal promedio fue de 37,12 horas, con un rango de 8 a 65 horas de trabajo por semana. La cantidad de pacientes atendidos diariamente osciló entre 6 y 120, con una media de 35,7. Refirieron no desempeñar otra actividad laboral fuera de la institución hospitalaria 10 encuestados (40%), y los 15 restantes sí (60%). La media de antigüedad en el ejercicio profesional fue de 17,8 años (rango: 0,33 a 36 años).

Al discriminarse según la profesión ejercida (médico o enfermero/a) se hallaron los resultados que se expresan a continuación.

Grupo de médicos/as

Fueron encuestados los 9 médicos (100%) del hospital, 3 (33,3%) de sexo femenino y 6 (66,7), masculino. Todos ellos presentaban pareja estable (100%). La edad media del grupo fue de 45,7 años, con un rango entre 37 y 59 años. La cantidad de hijos osciló entre 1 y 3 (media: 2,22). Respecto de la situación laboral, se observó que 8 (88,8%) pertenecía a "*planta permanente*", y 1 (11,2%) a la categoría "*contratado*". La carga horaria semanal varió de 8 a 65 horas, con una media de 38 horas. El promedio de pacientes atendido diariamente por este grupo fue de 30,22 (rango 6 a 60). La antigüedad en la profesión osciló entre 4 y 33 años, con una media de 17,11 años. 7 médicos (77,7%) refirieron desempeñar otro trabajo fuera del hospital.

Grupo de enfermeros/as

Al momento de la encuesta, el personal de enfermería del hospital contaba con un total de 16 personas, de las cuales 13 eran mujeres (81,25%) y 3 (18,75%), varones. El rango etario estaba comprendido entre 26 y 55 años,

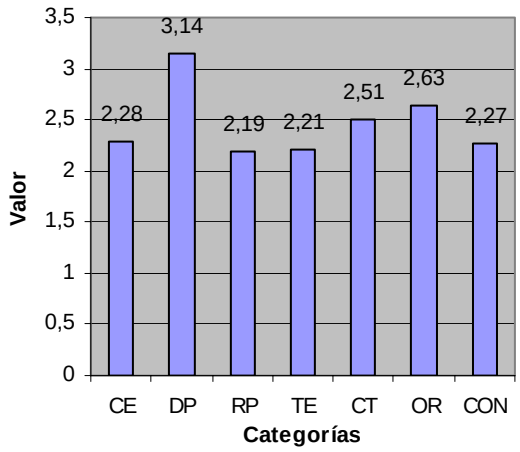
con una media de 42,6. Presentaban pareja estable 12 (75%). El número de hijos osciló entre 0 y 7(media: 2,58). Pertenecían a la categoría de personal de *"planta permanente"* 11 (68,75%), siendo los 5 restantes (31,25%) *"contratados"*. La carga horaria semanal media fue de 36,56 horas (rango: 20 a 40 horas). La cantidad de pacientes que refirieron atender diariamente varió entre 10 y 120, con una media aritmética de 39 pacientes/día y una mediana de 30 pacientes/día. La antigüedad media en la profesión fue de 18,28 años, con un rango entre 0,33 y 36 años. La mitad del personal de enfermería refirió desempeñar actividades laborales fuera del hospital.

Resultados del Inventario de Burnout

Se halló afectación por síndrome de Burnout en 18 (72%) de los encuestados. Al diferenciarse por profesión, se observó que 5 correspondían al grupo de "médicos/as", y 13, al de "enfermeros/as" (55,5% y 81,3% de cada grupo, respectivamente).

Las medias de las puntuaciones obtenidas en las diferentes categorías del CBB se presentan en la ***figura 1*** para el universo analizado, y en la ***tabla 1*** para cada uno de los grupos en que dicho universo fue dividido.

Figura 1: Puntuaciones medias de las diferentes categorías para la totalidad del personal sanitario. Hospital de San Luis del Palmar, Corrientes, Argentina. Año 2006.



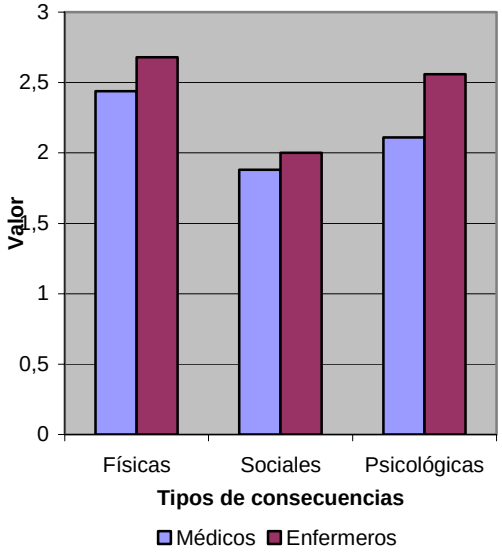
Referencias: CE: *Cansancio Emocional*; DP: *Despersonalización*; RP: *Falta de Realización Profesional*; TE: *Tedio*; CT: *Características de la Tarea*; OR: *Organización*; CON: *Consecuencias*.

Tabla 1: Valores medios de las categorías del Cuestionario Breve de Burnout, según profesión ejercida. Hospital de San Luis del Palmar, Corrientes, Argentina. Año 2006.

Profesión/Categoría	CE	DP	RP	TE	CT	OR	CON
Médicos	2,53	**3,36**	2,03	2,10	2,14	2,77	2,14
Enfermeros	2,16	**3,01**	2,28	2,44	2,72	2,55	2,35

Los valores medios observados en cada grupo para los tres tipos de consecuencias (físicas, sociales y psicológicas) evaluadas por el CBB se incluyen en la *figura 2*.

Figura 2: Valores medios de las consecuencias manifestadas en cada grupo. Hospital de San Luis del Palmar, Corrientes, Argentina. Año 2006.



Las proporciones en las que las diferentes situaciones fueron identificadas por los miembros de cada grupo como principales productoras de estrés laboral se comunican en la *tabla 2*.

Tabla 2: Situaciones reconocidas como productoras de estrés , según profesión ejercida. Hospital de San Luis del Palmar. Corrientes, Argentina, año 2006.

Situaciones	Médicos	Enfermeros
Trabajo con pacientes terminales	11,1%	18,7%
Patologías infecto-contagiosas	11,1%	25%
Situaciones de maltrato	11,1%	56,25%
Situaciones de desprotección social	66,6%	43,75%
Riesgo de mala praxis	44,4%	31,25%
Otras	11,1%	12,5%

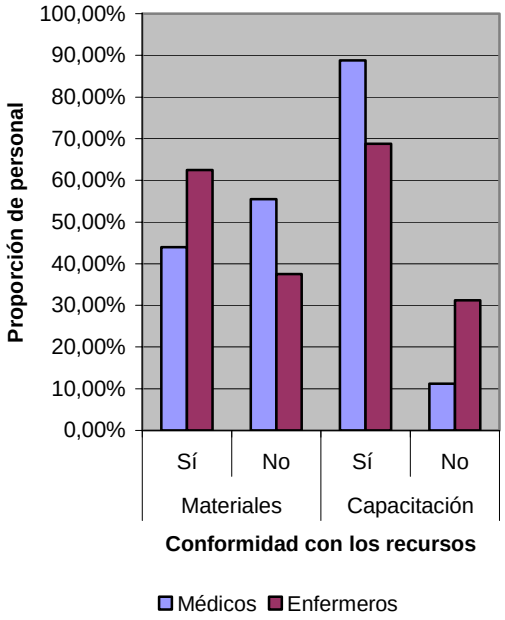
En la *tabla 3* se presentan las diferentes opciones incluidas en la encuesta a fin de determinar la forma en que los problemas habituales del desempeño laboral podrían ser resueltos y la proporción en la que cada una de las mismas fue considerada por los profesionales de cada grupo.

Tabla 3: Aceptabilidad de propuestas para la resolución de los problemas laborales, según profesión ejercida. Hospital de San Luis del Palmar. Corrientes, Argentina, año 2006.-

Propuesta	Médicos	Enfermeros
Implementar espacios de reflexión	11,1%	12,5%
Implementar espacios de formación	66,6%	37,5%
Mejorar la organización	66,6%	75%
Aumentar la remuneración	33,3%	62,5%
Mejorar el equipamiento	77,7%	81,2%
Otros	0%	12,5%

En la figura 3 se representa el grado en que los encuestados consideraban si le era posible o no responder satisfactoriamente a las demandas de los pacientes con los recursos materiales y de capacitación con los que contaban.

Figura 3: Conformidad del personal con la disponibilidad de recursos. Hospital de San Luis del Palmar. Corrientes, Argentina, año 2006.-



El 77,7 % de los médicos y el 87,5 % de los enfermeros manifestaron poseer días libres durante la semana. Reconocieron realizar algún tipo de actividad física el 93,7 % del personal de enfermería y el 77,7 % del plantel médico.

DISCUSION

El nivel de afectación detectado entre los trabajadores sanitarios del hospital de la localidad de San Luis del Palmar, Corrientes, Argentina, resultó ser llamativamente elevado tanto si se considera su valor en forma global, como para cada uno de los grupos analizados, en comparación con los valores encontrados en investigaciones multicéntricas realizadas en nuestro país por *Zaldúa y col.*[14, 15], en las que se utilizó el mismo instrumento evaluador (CBB). En uno de estos trabajos, en el que se evaluó a 168 profesionales de la salud de diferentes centros sanitarios de la ciudad de Buenos Aires, se halló porcentajes de afectación de *16,8% entre médicos* y de *4,9% para los enfermeros*.[14] En otra investigación de las mismas autoras, realizada en algunos servicios del Hospital General de Agudos "*Ramos Mejías*" de Buenos Aires, se detectó una prevalencia global de *síndrome de Burnout* de 10,7%.[15] Las diferencias significativas de las magnitudes muestrales y el método de selección de los miembros incluídos podrían justificar las diferencias entre las prevalencias comunicadas en los trabajos multicéntricos citados y la encontrada en esta investigación.

En un estudio efectuado en Cuba por *Hernández*[13], se halló una prevalencia global de Burnout de 30,3% para el personal sanitario, siendo de 35% para el personal médico y de 23,7 para el de enfermería. Al diferenciarse según nivel de atención del sistema de salud, se registraron porcentajes más elevados entre los médicos y enfermeros del primer nivel de atención (43,8% y 27,3%, respectivamente), respecto de los del segundo nivel de atención de la salud (25% y 20,6%). Aunque el hospital de San Luis del Palmar corresponde al primer nivel de atención del sistema de salud provincial, los valores registrados para su personal son igualmente mayores que los comunicados por *Hernández*.

Al discriminarse según profesión, se observó una diferencia sustancial entre los niveles de afectación, siendo marcadamente superior la del personal de enfermería del hospital estudiado. Este hallazgo se diferencia, también, de lo comunicado tanto por *Zaldúa y* col[14], como por *Hernández*[13]. Las razones de la mayor afectación del personal de enfermería podrían estar asociadas a ciertas diferencias existentes para con el grupo de médicos/as. En efecto, en el plantel de enfermería del hospital estudiado, se observó una menor proporción de estabilidad de pareja y una mayor carga media de pacientes a atender por día, en relación con los médicos/as.

La manifestación que se presentó con mayor frecuencia entre los trabajadores sanitarios encuestados en este estudio fue la "**despersonalización**"**,** hallazgo plenamente coincidente con lo reportado por ***Zaldúa y col***. [13, 14] y Hernández [12].

El hecho de que la "***despersonalización***" haya sido la manifestación diagnóstica predominante puede comprenderse si se considera el curso evolutivo del síndrome. [4] Es probable que los profesionales estudiados hayan desarrollado este síntoma a modo de una "*conducta defensiva*" bajo la forma de trato deshumanizado hacia los demás, considerándolos como objetos o meros números, la cual contribuiría a disminuir la sensación de agotamiento y de sobrecarga laboral crónicos. Esto pondría de manifiesto, a su vez, que es posible que los profesionales afectados de la población estudiadas lleven ya un tiempo considerable de padecimiento del síndrome, suficiente como para haber desarrollado estrategias psicoconductuales defensivas.

Respecto de las potenciales causas de Burnout entre los trabajadores sanitarios estudiados, la subvariable "**organización**" (del en-

torno laboral) presentó el valor más elevado para la población en conjunto y en el grupo "médicos/as", mientras que para el grupo de "enfermeros/as" la mayor puntuación correspondió a la subvariable "**características de las tareas**" (desempeñadas). Esta discrepancia intergrupal podría estar asociada a la diferente prevalencia del Burnout en ambas profesiones.

Las situaciones reconocidas como "principales productoras de estrés" podrían, también, vincularse del diferente nivel de afectación entre los grupos. Para el personal de enfermería la mayor proporción correspondió a "**situaciones de maltrato**", la cual fue mínimamente reconocida por el personal médico. Este hecho podría asociarse a una realidad característica de los profesionales médicos de nuestro medio, dada por un trato poco cuidadoso y hasta, en ocasiones, autoritario para con el personal no médico.

Por otro lado, en ambos grupos se registraron proporciones elevadas para las "**situaciones de desprotección social**", temática conflictiva también detectada por *Zaldúa y col* [14]., quienes afirman que: "*bajo la problemática de desprotección social aparece tanto lo que atañe a los usuarios del servicio de salud (pacientes y familiares) como al propio personal médico que se siente desprotegido frente a la labor cotidiana por las autoridades o por los propios compañeros o auxiliares de trabajo*".

En contraste, en un estudio llevado a cabo entre profesionales sanitarios de Madrid (España) por *Caballero Martín y col*. [16] se comunicó que el principal factor generador de estrés laboral entre los médicos madrileños encuestados sería la "*sobrecarga de pacientes*" (exceso de demanda). De las discrepancias manifestadas entre los hallazgos de los estudios argentinos y el español puede inferirse que la priorización de las situaciones asociadas a la génesis de estrés laboral se relacionaría con las particularidades socioeconómicas y de los sistemas sanitarios locales.

Respecto de las propuestas para la resolución de los problemas habituales del entorno laboral, la coincidencia evidenciada entre ambos grupos en relación a **mejorar la organización** y **el equipamiento** pondría en relieve falencias del nosocomio estudiado que afectarían la calidad del desempeño profesional, y, en consecuencia, de la atención brindada y de la sensación de bienestar de sus trabajadores sanitarios. Sin embargo, dado que *Zaldúa y col*.[13, 14] comunican hallazgos similares, puede afirmarse que dichas falencias serían una característica asociada al sistema sanitario estatal de distintos lugares de nuestro país.

Por otra parte, que una proporción importante de médicos haya considerado necesario "***implementar espacios de formación***", y que una proporción similar de enfermeros destacase la propuesta "***mejorar la remuneración***", estarían en relación con demandas surgidas a partir de percepciones de carencias evidenciadas en el ejercicio de cada profesión, en entorno laboral investigado.

En un estudio norteamericano, se comunicó que la disponibilidad de cursos de capacitación del personal de enfermería, en los que se proporcionaba información específica sobre las patologías de los pacientes a los cuales asisten habitualmente, contribuiría a la disminución de los niveles de estrés laboral crónico. [17] Dada la conformidad de una proporción elevada de los encuestados (de ambos grupos) de la presente investigación en relación a la oferta de capacitación de la que disponen, puede postularse que la misma constituye un punto favorable de su realidad laboral a ser fortalecido y, eventualmente, aprovechado como estrategia preventiva y/o terapéutica para los altos niveles de afectación hallados.

Debido a la elevada prevalencia de *síndrome de Burnout* en la población sanitaria estudiada, se hace evidente la necesidad de implementar de manera inmediata estrategias de afrontamiento y de prevención a ser ejecutadas en el centro de salud que es objeto de este estudio. En el diseño de dichas estrategias se debería contemplar las propuestas aportadas por los encuestados sobre cómo resolver los problemas habituales en su realidad laboral (ver tabla 3). Además, dado que una amplia proporción de los médicos y de los enfermeros manifestaron poseer días libres durante la semana y realizar algún tipo de actividad física, entre dichas estrategias se podría incluir medidas destinadas a estimular la continuidad de estos buenos hábitos y el desarrollo de actividades recreativas en el tiempo libre disponible.

CONCLUSIONES

El nivel de afectación global por síndrome de Burnout en la población hospitalaria estudiada fue del 72%, proporción que refleja una prevalencia relativamente elevada del mismo en relación a estudios efectuados en otros centros de salud del país y del extranjero.

El personal de enfermería presentó una proporción de afección sustancialmente mayor que el personal médico (81,3 vs. 55,5%, respectivamente).

La manifestación que se presentó con mayor frecuencia entre los trabajadores sanitarios encuestados fue la "**despersonalización**"**.**

Las potenciales causas de la afectación estarían asociadas con la "**organización**" del entorno laboral y las "**características de las tareas desempeñadas**".

Debido a la elevada prevalencia de *síndrome de Burnout* en la población sanitaria estu-

diada, se hace evidente la necesidad de diseñar estrategias de afrontamiento y de prevención a ser ejecutadas en el centro de salud investigado.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del hospital de la localidad de San Luis del Palmar (provincia de Corrientes, Argentina), por su generosa participación en esta investigación, y, muy especialmente, a su director, por habernos facilitado el acceso a dichos profesionales.

Al Dr. Bernardo Moreno-Jiménez (profesor titular del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid), quien nos facilitó muy gentilmente las claves del procedimiento para la correcta interpretación del CBB.

Al Dr. Gabriel Marder y demás organizadores del curso "introducción a la investigación científica y redacción de los trabajos", por acompañar nuestros primeros pasos en el camino de la investigación en ciencias de la salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran haber realizado este trabajo en el contexto del curso "*Introducción a la Investigación Científica y Redacción de los Trabajos*", dictado en la facultad de Veterinaria de la Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina, durante el segundo semestre del año 2006.

Los autores hacen constar, además, la ausencia de vinculación de la presente línea de investigación con fines partidarios, sectoriales, ministeriales y/o gremiales.

BIBLIOGRAFIA

1- Freudenberger H. Staff burn-out. Journal of social issues 1974; 30: 159-166.
2- Maslach C. Burned-out. Human behavior 1976; 5:16-22
3- Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the Burnout phenomenon. Journal of applied psychology 1986; 4: 630-640.
4- Martínez M, Guerra P. Síndrome Burnout: el riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y Cambio. 1995; 23: 45-58.
5- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour 1981; 2: 99-113.
6- 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 1997; 13(2):185-207.
7- Moreno Jiménez B, Hernandez O, Aragoneses A. El "burnout", una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal G, Caballo VE. Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI; 1991. p. 271-284.
8- Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. Med Clin (Barc) 1994; 103: 408-12.
9- Escriba-Aguir V, Martin-Baena D, Perez-Hoyos S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. Int Arch Occup Environ Health 2006; 80(2):127-33.
10- Shirom A, Nirel N, Vinokur AD. Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. J Occup Health Psychol 2006; 11(4):328-42.
11- Evers W, Tomic W, Brouwers A. Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. Int J Ment Health Nurs 2002; 11(1):2-9.
12- Rivera Delgado AM. Presencia del síndrome de burnout en médicos del hospital clínico quirúrgico hermanos ameijeiras. [Tesis de Maestría]. México DF: Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México; 1997.
13- Hernández JR. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública 2003; 29(29): 103-110.
14- Zaldúa G, Lodieu MT, 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. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2000; 19(4): 167-172.
15- Zaldúa G, Lodieu MT, Koloditzky D. El síndrome de Burnout en Hospitales Públicos. Revista Médica 2000; 1: 13-17.
16- Caballero Martin M, Bermejo Fernandez F, Nieto Gomez R, Caballero Martinez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Aten Primaria 2001; 27(5):313-7.
17- Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? J Adv Nurs 2002; 37(5):470-6.