

**ESTUDIO DIAGNÓSTICO SOBRE ESTRÉS ASISTENCIAL EN EL
PERSONAL DE SALUD DEL PROCESO INTEGRAL DE
REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA TELETÓN**

Vanessa Buritica, Carolina Giraldo, Luisa Fernanda Gómez, *Jeannette Torres

Universidad de La Sabana

Clínica Universitaria Teletón

* Directora del Proyecto

Tabla de Contenido

Resumen, 6
Marco teorico, 7
Justificación, 36
Objetivos, 37
General, 37
Especificos38,
Método, 38
Diseño, 38
Participantes, 39
Instrumentos, 39
Procedimiento, 41
Resultados, 42
Discusión, 53
Referencias, 59
Apéndices, 63

Tabla de Apéndices

Apéndice A: Registro de Variables Demográficas, 64

Apéndice B: Inventario de Agotamiento Maslach (MBI), 67

Apéndice C: Consentimiento Informado, 69

Apéndice D: Base de Datos (Tabulación MBI), 71

Apéndice E: Relación variables demograficas y categorías del MBI, 72

Tabla de Tablas

Tabla 1. Baremos establecidos por el MBI para determinar el nivel de estrés asistencial con n=1, 44

Tabla 2. Baremos establecidos para cada profesion según el número de profesionales evaluados, 45

Tabla 3. Nivel de estrés asistencial y porcentaje según las categorías del MBI en los Terapeutas Físicos, 46

Tabla 4. Nivel de estrés asistencial y porcentaje según las categorías del MBI en los Terapeutas Ocupacionales, 47

Tabla 5. Nivel de estrés asistencial y porcentaje según las categorías del MBI en los Psicopedagogos, 48

Tabla 6. Nivel de estrés asistencial y porcentaje según las categorías del MBI en los Fonoaudiologos, 48

Tabla 7. Nivel de estrés asistencial y porcentaje según las categorías del MBI en los Psicólogos, 49

Tabla 8. Nivel de estrés asistencial y porcentaje según las categorías del MBI en el Trabajador Social, 50

Tabla 9. Nivel de estrés asistencial y porcentaje según las categorías del MBI en el Terapeuta Respiratorio, 51

Tabla 10. Nivel de estrés asistencial y porcentaje según las categorías del MBI en los Enfermeros, 52

Tabla 11. Nivel de estrés asistencial y porcentaje según las categorías del MBI en los Profesionales de la Salud del PIR, 53

Tabla de Figuras

Figura 1. Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Terapeutas Fisicos del PIR por categorías de análisis, 46

Figura 2. Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Terapeutas Ocupacionales del PIR por categorías de análisis, 47

Figura 3. Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Psicopedagogos del PIR por categorías de análisis, 48

Figura 4. Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Fonoaudiologos del PIR por categorías de análisis, 49

Figura 5. Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Psicologos del PIR por categorías de análisis, 49

Figura 6. Porcentajes del nivel de estrés asistencial del Trabajador Social del PIR por categorías de análisis, 50

Figura 7. Porcentajes del nivel de estrés asistencial del Terapeuta Resporatorio del PIR por categorías de análisis, 51

Figura 8. Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Enfermeros del PIR por categorías de análisis, 52

Figura 9. Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Profesionales de la Salud del PIR por categorías de análisis, 53

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue establecer los niveles de estrés asistencial en 42 profesionales de la salud, pertenecientes al Programa Integral de Rehabilitación (PIR) en la Clínica Universitaria Teletón. Se utilizó una metodología descriptiva, en la cual se trabajó con 20 Terapeutas Físicos, 6 Terapeutas Ocupacionales, 4 Psicopedagogos, 5 Fonoaudiólogos, 3 Psicólogos, 1 Terapeuta Respiratorio, 1 Trabajador Social y 2 Enfermeros, a los cuales se les aplicó un registro de datos demográficos y el Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI), que evalúa las categorías de Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (D) y Logros Personales (LP). El análisis de resultados evidenció que los profesionales del PIR no presentan estrés asistencial pues tienen un nivel bajo en Despersonalización, alto en Logros Personales y medio en Agotamiento Emocional, siendo esta la primera manifestación de riesgo de presentar el síndrome; por lo tanto se sugiere desarrollar un estudio detallado de los síntomas que propician la presencia de este en los profesionales del PIR, con el fin de identificar las necesidades que presentan para realizar un programa preventivo, teniendo en cuenta esta investigación como línea de base y los parámetros de la prevención secundaria.

Palabras Claves: Estrés Asistencial (35060), Psicología de la Salud (22398), Prevención (40290), Despersonalización (13640), Agotamiento Emocional (19400), Logros Personales (00500)

Estudio Diagnóstico sobre Estrés Asistencial en el Personal de Salud del Proceso
Integral De Rehabilitación de La Clínica Universitaria Teletón

Uno de los factores de riesgo más importantes en la mayoría de las enfermedades que se manifiestan en el final del siglo XX y que rompen el equilibrio cuerpo – mente, hace referencia al estrés, presentándose tanto en trastornos del corazón, como en hipertensión arterial, cáncer, diabetes, alteraciones metabólicas y hormonales, perturbando a las personas y generando un deseo de huir o de confrontar violentamente la situación que lo provoca.

Por esta razón organizaciones dedicadas a velar por la calidad de vida de los individuos han generado diferentes programas preventivos y de intervención buscando siempre la salud y el bienestar de las personas en sus distintos contextos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (Laín, 1984). Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de un sistema de valores, donde continuamente se invita a evitar los hábitos que afecten negativamente la salud, como una dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol, entre otros. Los pensamientos y sentimientos son considerados requisitos para lograr y mantener la salud física, en lo que se puede denominar integración mente y cuerpo.

Para Matarazzo (1980), "La Psicología de la Salud es la suma de las aportaciones docentes y de formación, profesionales y científicas, propias de la disciplina de la Psicología, dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de la etiología y diagnóstico de la

salud, enfermedad y problemas afines, al análisis y mejora del sistema de cuidados de salud, y a la configuración de políticas sanitarias”.

Según esta definición, la psicología de la salud incluye 1) Promoción y mantenimiento de la salud, 2) Prevención y tratamiento de la enfermedad y 3) Identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria.

Las razones que impulsaron a la aparición de la Psicología de la Salud, pueden resumirse en las siguientes: El cambio de las causas de mortalidad, interés sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades debido al aumento de los gastos sanitarios, la consolidación de la psicología como profesión y la eficacia de los tratamientos psicológicos (Simón, 1999).

La psicología de la salud estudia primordialmente el comportamiento en su significado más ambivalente de la persona sana o enferma. Sin embargo, su eje trata desde un posicionamiento de salud positiva, es decir, desde la promoción y comportamientos de salud y de las conductas o control de riesgo, tratando a la persona a lo largo de todas las etapas de su vida.

A su vez, busca más que la ausencia de enfermedad, el bienestar integral del individuo. Salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental, por ello depende de una relación de equilibrio entre el organismo, su conducta y el ambiente.

Ribes (1979), citado por Luzoro, J. (1992), describe como antecedente fundamental de esta disciplina la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y sus

aplicaciones “en años recientes y como consecuencia de la influencia recíproca de las ciencias biológicas y de la conducta, se ha configurado una nueva área interdisciplinaria denominada medicina conductual. La medicina conductual abarca, no solamente aspectos vinculados a la aplicación de técnicas dirigidas al campo de la salud, sino también la investigación experimental de problemas biomédicos desde la perspectiva que ofrece el análisis experimental de la conducta” (pág. 17).

Ahondando en ello, Shapiro (1988) afirma que el término medicina comportamental lo introdujo por primera vez un psiquiatra llamado Lee Birk (1973), quien afirmó que la bioalimentación o el condicionamiento operante de los sistemas de respuestas fisiológicas podían considerarse como una forma de terapia comportamental para el control de los síntomas de trastornos físicos, como la elevada presión arterial o el dolor de cabeza (Luzoro, J. 1992)

Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 1997), son diez los objetivos establecidos para la Psicología de la Salud:

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender como los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.

5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor, y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

En correspondencia con estos objetivos la Psicología de la Salud ha definido su campo de acción en tres ejes principales: prevención, promoción e intervención.

1. Prevención: Prevenir es anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que pase. Pero, si ya está el problema, prevenir es intentar evitar que este vaya a más y, en caso de existir alguna situación de dependencia, ayudar a las personas a recibir tratamiento para superarla y salir de ella. La prevención

desde el marco de la Psicología de la Salud se basa en el control de variables actitudomotivacionales y afectivo-emocionales de riesgo, en la modificación de las conductas y hábitos de riesgo, en modificar las condiciones patógenas o insalubres del entorno, en la detección e intervención anticipada ante los problemas y en disminuir las consecuencias de la enfermedad, así mismo como la prevención de recaídas. Hay tres clases de prevención: primaria, secundaria y terciaria. En la primaria se busca la prevención de la enfermedad, en la secundaria ya está la enfermedad y se busca que no se desarrolle otra y en la terciaria se realiza rehabilitación.

2. Promoción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1964), define la promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y al mismo tiempo mejorarla”. A su vez, Pledger y Watson (1988) citados por Noack (1987), la definen como una medida diferente del tratamiento de una enfermedad ya establecida que ayuda a los individuos y las comunidades a mantener y mejorar su salud. Por otro lado, promoción es un término relacionado con la salud y su referente es la salutogénesis (Noack, 1987). La promoción de la salud propone un cambio revolucionario en el eje salud-enfermedad dirigido fundamentalmente, hacia la investigación sobre cómo se adquieren las creencias, actitudes, motivaciones y conductas pro salud y a la elaboración y puesta en práctica de los adecuados programas para la implantación y mantenimiento de las mismas (Adams, 1984). Refiriéndose al nivel operativo, es el conjunto de actuaciones centradas en el individuo y/o comunidad, relacionadas con el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades encaminadas a la educación, protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud. Para Noack (1987), existen dos

principios básicos en la promoción de la salud: 1) Las aproximaciones centradas en el individuo, esto es, la mejora del potencial de salud de los sujetos individuales, lo que correspondería al tipo de actuaciones propio de la tradición clínica. 2) Las aproximaciones centradas en la comunidad, esto es, la mejora del potencial de salud socioecológico, lo que correspondería al tipo de actuaciones propio de la tradición comunitaria.

Estas dos aproximaciones no son necesariamente alternativas, sino que corresponden a tradiciones y planteamientos de actuación que pueden ser complementarios.

Partiendo de estas dos aproximaciones, surgirían dos posibles estrategias para su logro: La primera centrada en el sujeto, haciendo referencia a una nutrición adecuada, ejercicio físico, inmunización contra agentes infecciosos, información sobre salud, aumento de la motivación para la salud, incrementación de hábitos saludables, etc. La segunda esta centrada en el ambiente y se refiere al uso adecuado de los servicios de salud, búsqueda de apoyo social, evitación de ambientes contaminados, etc.

La promoción de la salud implica a nivel individual, la promoción, implantación y mantenimiento de conductas y hábitos sanos o saludables que dé contenido a la popular sentencia de añadir años a la vida y vida a los años. Y a nivel comunitario, la adopción de medidas destinadas a la mejora de la salubridad biopsicosocial del medio ambiente (Noack, 1987).

La promoción de la salud apuntó a los siguientes blancos: 1) Modificar las condiciones de vida para que hagan posible la realización de las potencialidades, 2) La satisfacción de las necesidades y el acceso a las oportunidades, 3) Transformar los procesos individuales de toma de decisiones para que sean

favorables a la calidad de vida 4) Estimular los mecanismos de decisiones colectivas: Esto implica comprender las motivaciones colectivas y posicionarse en el contexto de los diferentes intereses en juego, así las decisiones que se tomen sean solidarias, convenientes para las necesidades de todos en común.

3. Intervención: Partiendo del marco de psicología de la salud, la intervención es la “educación para la salud” (OMS, 1964), siendo esta dirigida a que las personas sientan la necesidad de cuidar de sí, de su familia y de toda la comunidad, llegando a modificar conductas o adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud. (Cuesta y Moreno, 1986). Se cree que los programas de intervención comportamental - educativa, basados en el modelo de competencia, es decir, estrategias de intervención destinadas a facilitar al sujeto el aprendizaje de habilidades o competencias que le capaciten para resolver sus problemas de salud, son los más prometedores.

Siendo el estrés uno de los males que más aqueja a la humanidad en este tiempo, ha sido de gran importancia estudiar las múltiples causas por las que se presenta y las áreas en que afecta a cada individuo.

Estrés es una palabra que deriva del latín, la cual fue utilizada con mucha frecuencia durante el siglo XVII para representar adversidad o aflicción. A finales del siglo XVIII su utilización evoluciono para fuerza, presión o esfuerzo, puesta en práctica en primer lugar por la propia persona, su cuerpo y su mente. El concepto de estrés no es nuevo, pero fue solo a comienzos del siglo XX cuando las ciencias biológicas y sociales iniciaron la investigación de sus efectos en la salud del cuerpo y la mente de las personas. (Clínica del estrés y biofeedback, 1999)

Este término fue introducido por el medico fisiólogo Hans Selye (1977) y hacía referencia a las reacciones inespecíficas del organismo ante estímulos tanto físicos

como psíquicos, involucrando procesos normales de adaptación (eustres), así como anormales (distres) (Buceta y Bueno, 1995). En el nivel de la emoción, sin embargo, las reacciones del estrés son muy distintas. La persona maneja la situación con la motivación y el estímulo del eustres. Al contrario, el distres acobarda e intimida a la persona y hace que huya de la situación. (Clínica del estrés y biofeedback, 1999)

El estrés es entonces la respuesta a cualquier situación que nos implique un cambio. Tanto el estrés positivo (eustres) como el negativo (distres) comparten las mismas reacciones para el individuo. Según Pérez (1998), se pueden distinguir tres fases:

1. Reacción de Alarma: En este momento el organismo se ve amenazado por las circunstancias y se altera fisiológicamente.
2. Estado de Resistencia: Durante este periodo cesan los cambios fisiológicos, sin embargo si el estresor se prolonga, el organismo llega a un estado en el cual no puede seguir respondiendo ni con una reacción de alarma, ni con resistencia. No hay más secreción de hormonas y el organismo no puede seguir adaptándose al estrés.
3. Fase de Agotamiento: La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.

Según Buceta y Bueno (1995), el estrés puede ser producido por diferentes causas y en los distintos contextos en los que se mueva el individuo, por ejemplo: 1) El estrés producido por las relaciones interpersonales: cuando existen relaciones pobres, donde hay poca confianza, se producen frecuentemente comunicaciones insuficientes

que originan tensiones psicológicas y sentimientos de insatisfacción. 2) El estrés relacionado con el desarrollo de la carrera profesional: El trabajador espera ir ascendiendo en los diferentes cargos que tiene su entidad para desarrollar su carrera profesional. Cuando estas expectativas no se realizan aparecen tensiones, tales como, falta de seguridad en el trabajo e insatisfacción laboral, entre otras. 3) Estrés producido por la estructura y el clima organizacional: donde aspectos como la falta de participación en los procesos de toma de decisiones, sentirse extraño en la propia organización, la falta de autonomía en el trabajo y la estrecha supervisión de éste, generan en el individuo tensiones que poco a poco van incidiendo directamente en el comportamiento de la persona y las relaciones que ella maneja.

Esta problemática se ha convertido en un tema importante para investigar debido a la gran influencia que tiene en el clima organizacional de toda institución, pues en ocasiones esta sensación de cansancio o frustración afecta la globalidad del individuo haciéndolo reaccionar agresivamente con los demás trabajadores e incluso con las personas externas a la organización que acudan a él.

Estos factores asociados con el trabajo y el individuo se enmarcan dentro del Síndrome de quemarse por el trabajo, conocido en la actualidad como Burnout o estrés asistencial, teniendo en cuenta los importantes cambios socioculturales producidos en las últimas décadas que juegan sin duda un papel importante en la aparición de este síndrome.

Los avances científicos y tecnológicos, el consecuente envejecimiento de la población y multiplicación de las patologías crónicas e invalidantes, en una sociedad donde impera el consumismo y la satisfacción sin límites, y en donde el cuidado de la salud se ha convertido en un artículo más de consumo; han influido en la frustración y desencanto sistemático que sufren muchos profesionales en relación a

su trabajo, generando como se menciono anteriormente el síndrome de “quemarse por el trabajo” (Vega, D. y cols. 1999).

El concepto de “quemarse en el trabajo” (Burnout) surgió con Freudenberguer en 1974 en Estados Unidos, para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicio (organizaciones de voluntarios, sanitarias, de servicios sociales, educativas, etc.) (Gil-Monte y Peiró, 1997).

A lo largo de estos años el síndrome de ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach y Jackson, 1981, citado por Gil-Monte y Peiró, 1997).

Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (pacientes, alumnos, presos, indigentes, etc.). No obstante, el Estrés Asistencial no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos.

Al querer delimitarlo conceptualmente se diferencian dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica entiende el síndrome como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. Pines y Aroson, 1988 (citado por Gil-Monte y Peiró, 1997), conceptualizan el síndrome como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e

inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima.

En esta perspectiva se encuentra Fischer, 1983 (citado por Gil-Monte y Peiró, 1997), quien considera que el síndrome debe ser entendido como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos.

La perspectiva psicosocial, señala que el síndrome no debe identificarse con el estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismos. Es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-cliente, y en la relación profesional-organización (Rodríguez-Marín, 1995).

Al hablar de estrés asistencial se deben tener en cuenta una serie de características propias del síndrome tales como: 1) Cansancio o agotamiento emocional; causando pérdida de atractivo, tedio y disgusto por las tareas y el trabajo, disminución del interés y satisfacción laboral, además de evidenciarse sentimiento de fracaso e indefensión por haber intentado modificar su condición sin resultado. 2) Despersonalización; se encuentra que es un tipo de conducta caracterizado por falta de interés, objetivación burda y somera de los problemas, pérdida de empatía e incluso sentimientos de culpa por la situación vivida. 3) Logro personal, hace referencia a un sentimiento y creencia de que el trabajo no vale la pena, que es imposible cambiar las cosas a nivel personal e institucional, empezando a aparecer ideas de cambio de trabajo o de institución. (Maslach y Jackson, 1981)

Otros autores asumen el síndrome de quemarse en el trabajo como proceso. Así, Price y Murphy, 1984, entienden que el síndrome es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por sentimientos de fallo o

desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, y aislamiento (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Otro de los aspectos relevantes del Burnout se refiere a las variables que facilitan la presencia de este, que pueden ser de carácter sociodemográfico, de estilos de afrontamiento y de personalidad (Zabel y Zabel, 1982). Con respecto a las variables de personalidad Cooper (1998), indican diferenciación de dos esquemas, el primero de predisposición al síndrome, según algunos tipos de carácter y cualidades independientes de las personas y el segundo esquema habla del papel modulador de determinadas cualidades o patrones de personalidad funcionales debido a efectos directos o indirectos, dichos patrones son el tipo A de conducta, el cual se relaciona según el MBI (Maslach Burnout Inventory) con niveles más significativos en la escala de despersonalización y agotamiento emocional, este patrón se asocia al Burnout, ya que su presencia indica una pobre red de apoyo social.

Por otro lado Moreno y Peñacoba citado por Simón (1999) coinciden en que la aparición del síndrome en personal sanitario es más frecuente por las características del ejercicio profesional, y otros desencadenantes, tales como: Cuidado de los pacientes, grado de dependencia que estos generan (demandas por parte de estos), ambigüedad de roles, conflicto de grupo, sobrecarga de trabajo, falta de autonomía, relación con compañeros y superiores, trato con familiares de los pacientes y ambiente laboral.

Cherniss (1980), citado por Simón (1999); propone que una de las causas de padecimiento del síndrome de Burnout surge durante los primeros años de ejercicio profesional, ya que se realiza una transición de las expectativas idealistas desarrolladas durante la asimilación al mundo real de la práctica cotidiana. De forma

que en este período el joven profesional aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas que recibe no son las prometidas o esperadas, lo que hace que entre en el proceso de Burnout.

En el modelo de Burnout elaborado por Maslach y Jackson (1982), se afirma que el síndrome es especialmente peligroso ya que es contagioso pues la pérdida de autoestima profesional y el cuestionamiento de las propias tareas, lleva frecuentemente a la formación de grupos con características parecidas, que son en si mismas un factor de precipitación y aceleración del Burnout generalizado en el ambiente laboral, produciéndose un clima social de desvinculación y un amoral grupal de derrotismo y abandono.

Jeffe, 1986, citado por Moreno y cols. (1995), expone tres razones que suelen presentarse en practica médica y que propician la aparición del problema de estrés laboral asistencial en profesionales de la salud:

1. Los médicos no tienen necesidades personales, ya que la personalidad altruista, comprometida y desinteresada que deben tener, los obliga a estar siempre disponibles para responder a las demandas de los pacientes.
2. Los médicos deben estar dispuestos a responder a los cuidados que le exigen los pacientes en forma inmediata, y por lo tanto, tienen que estar disponibles en todo momento.
3. Los médicos al ser infalibles, omnipotentes y con baja tolerancia a fracaso, deben estar en condiciones de poder obtener siempre resultados frente a cualquier clase de enfermedad.

El profesional de la salud suele ser exageradamente responsable y tiende a sentir la necesidad de excelencia y perfección en cada uno de sus actos por lo que el nivel de estrés del medico es bastante alto.

Existen algunos desencadenantes del estrés en el ambiente laboral, los cuales Peiró (1993) identificó como: El entorno físico y las características estresantes del propio puesto de trabajo, el desempeño del rol laboral, las relaciones sociales en el trabajo, el desarrollo de la carrera en la organización, las formas organizativas, la propia estructura, el clima organizacional y la implantación de nuevas tecnologías

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas psicósomáticas, conductuales, emocionales y defensivas, que si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación.

Ochoa (1997), Caballero y Millan (1999), coinciden en afirmar que el síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos (Gil Monte y Peiró, 1997):

1. Psicósomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas del sueño, úlceras y desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, sensación crónica de cansancio, hipertensión arterial, asma y alteraciones menstruales, entre otros.
2. Conductuales: ausentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol y fármacos), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, problemas conyugales y familiares, comportamientos de alto riesgo y aumento de conductas violentas.
3. Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, sentimientos depresivos, además aparece ansiedad, que conlleva una disminución de la concentración y el rendimiento en el trabajo.
4. Defensivos: utilizados por el sujeto para poder aceptar sus sentimientos. Niega las emociones anteriormente descritas y que le resultan desagradables. Desplaza los

sentimientos hacia otras situaciones o cosas que no tengan que ver con el trato con el cliente.

Peiro (1993), afirma que el Síndrome Burnout se diferencia de enfermedades enmarcadas dentro de la salud mental, como la depresión, la ansiedad, la insatisfacción ocupacional y la fatiga, pues este mas que un estado es una respuesta única y específica durante un lapso de tiempo al estrés crónico en el ejercicio profesional.

Desde esta perspectiva el síndrome no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un momento fueron importantes para el sujeto.

Otra cualidad de este, es su carácter insidioso, pues este no aparece después de uno o dos episodios de sobrecarga o de especial dificultad, sino que se genera a lo largo de un proceso que evoluciona lentamente del entusiasmo a la decepción a través de un continuo.

Su origen se encuentra en la manera como los individuos interpretan y mantienen sus propios roles profesionales ante situaciones de crisis. Los factores de riesgo psicosocial deben ser entendidos como toda condición que experimenta el hombre, en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que le rodea. Por lo tanto no se constituyen en un riesgo sino hasta el momento en que se convierten en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran su relación con el trabajo o con el entorno (Villalobos, 1999).

Por tanto los factores de riesgo psicosocial existen en el ambiente y bajo condiciones apropiadas pueden ser fácilmente manejadas, lo que disminuye su incidencia y por ende el efecto dañino sobre la salud integral de la persona.

Desde que el estrés asistencial apareció en la literatura de corte psicológico, han sido múltiples las perspectivas elaboradas para dar una explicación adecuada a su etiología como respuesta al estrés laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Cormes, Codesido y Fernández-Rios (1997), presentan tres modelos explicativos principales que proporcionan lineamientos en el momento de indagar acerca del síndrome de Burnout:

1. El Modelo de Cherniss (1980): Propone que las características de un ambiente de trabajo particular interactúan con individuos que se encuentran con niveles diversos de estrés, los individuos pueden afrontar los factores estresantes de diversas maneras, algunos utilizan estrategias de afrontamiento activas, mientras otros utilizan estrategias de afrontamiento ineficaces. En este segundo caso es cuando se habla que los trabajadores se encuentran en una situación de burnout. Así, desde este punto de vista también, el burnout tiene un lugar en el tiempo y representa una forma de adaptarse a, o de enfrentarse con las fuentes de estrés.
2. Modelo de Golembiewski y Munzenrider (1988): Toman en cuenta, pero en un orden diferente las anteriores explicaciones acerca del burnout: despersonalización, logro personal disminuido y cansancio emocional. Es decir, un individuo experimenta primero un cierto grado de desprendimiento o separación profesional, la cual llega a producir despersonalización, dicha despersonalización deteriora la habilidad para una realización óptima de las tareas. En la medida en que la despersonalización se va haciendo más aguda y el logro personal se deteriora, se socavan las habilidades de afrontamiento, dando lugar al cansancio emocional.
3. Modelo de Leiter y Leiter y Maslach (1989): Consideran como concepto prioritario y central el cansancio emocional como respuesta a las demandas y a los

estresores del trabajo. Los trabajadores intentan afrontar los sentimientos de cansancio a través de la despersonalización en sus relaciones con los clientes. La pérdida de este componente personal se traduce en el menoscabo de sus sentimientos de logro. Por tanto la secuencia lógica del proceso SBO (Síndrome de Burnout), es la siguiente: cansancio emocional, despersonalización y logro personal disminuido.

A pesar que el Burnout viene siendo estudiado desde hace más de 20 años dada su importancia en el proceso de pérdida de salud del trabajador, en el deterioro de su trabajo y por las graves pérdidas económicas y de la calidad del servicio que supone en las organizaciones, aún parece que no se ha avanzado lo suficiente en lo que respecta a la metodología de evaluación específica, en el desarrollo de herramientas precisas que permitan aislar los diferentes elementos del proceso de desgaste profesional (Revista Interamericana de Psicología ocupacional, 2001).

Sin embargo, se han propuesto diferentes instrumentos para estimar el síndrome de estrés asistencial. En un primer momento el síndrome fue descrito a través de la observación clínica; posteriormente fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación, entre otras.

Uno de los instrumentos que más se utiliza para medir el síndrome de estrés asistencial, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, es el Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach y Jackson (1981/1986).

Como señalan Schaufeli y col., (1993), el éxito del MBI puede que radique en el trabajo de Perlman y Hartman (1982), ya que como conclusión a su trabajo, los autores definieron el síndrome como “una respuesta al estrés crónico que tiene tres

componentes: 1) agotamiento emocional y/o físico, 2) baja productividad laboral, y 3) una excesiva despersonalización”.

Esta definición resultó muy similar a la elaborada por Maslach y Jackson (1981) como resultado de la factorización del MBI y, probablemente, generalizó su empleo y aceptación (Gil-Monte y Peiró, 1997). Este instrumento está formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. La factorización de los ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 categorías ortogonales que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y logro personal en el trabajo.

Como señala Phillips (1984), la primera medida para evitar el síndrome de quemarse por el trabajo es conocer sus manifestaciones, además de considerar programas que implican la adquisición de conocimientos. Desde esta perspectiva, se entiende que las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles:

1. Considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia.
2. Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales.
3. Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome.

A su vez, existen una serie de estrategias de intervención preventiva para reducir los factores de riesgo del síndrome:

1. A escala individual: Se trata de adoptar estrategias de afrontamiento que permitan manejar el estrés laboral asistencial, las cuales se pueden dividir en programas dirigidos a estrategias instrumentales para la solución de problemas; utilizando

técnicas de asertividad, manejo del tiempo en forma eficaz, optimización de la comunicación y cambios en el estilo de vida (Cormes y Cols. 1997). Estrategias paliativas para el manejo de las emociones asociadas, realizando un entrenamiento y adquisición de habilidades para expresión de emociones, manejo de sentimientos de culpa y relajación (Ceslowitz, 1989).

2. Desde la perspectiva grupal: Se recomienda fomentar el apoyo social por parte de compañeros y jefes, fomentando la realización personal en el trabajo (Gil- Monte y Peiro, 1997).
3. En el ámbito organizacional: Cambios en la estructura y procesos de desarrollo organizacional, implementando sistemas de recompensa y selección, procesos de socialización organizacional; sistemas de rotación en el trabajo, mejora en los servicios de salud, producción en la sobrecarga y el conflicto de funciones, y proveer programas de entrenamiento para que los profesionales lleguen a ser más competentes. (Cormes y Cols. 1997).

En general se pueden postular unas estrategias de prevención como las citadas por Rodríguez-Marin (1995): Aprender a identificar las señales de peligro del BO, descubrir el arte de poner en un balance realista las metas, aprender a manejar el estrés y la posición no como una imposición, practicar un ejercicio físico diariamente, aprender a ser asertivo, tomar control de los pensamientos, sentimientos y conductas, aprender a relajarse dentro del trabajo, adaptar una actitud de gratitud por los beneficios recibidos del trabajo, respetar a los otros y reconocer sus logros, vivir la vida acorde con sus valores, establecer prioridades, mirar fortalezas y obstáculos como oportunidades para aprender, huir de lo negativo, mantener siempre el sentido del humor, reimponer los valores personales y aumentar el autocuidado

Caballero y Millan (1999), retoman las propuestas de Maslach y Leiter, afirmando que no es la persona sino la organización la que necesita modificar los esquemas corporativos, especialmente a lo que se refiere a los ambientes de trabajo en las empresas, para tal fin, es posible poner en práctica una serie de medidas preventivas, las cuales son (Gil – Monte y Peiró, 1997):

1. Facilitar la comunicación y participación en la organización
2. Ofrecer soporte a la persona afectada
3. Diseñar adecuadamente cada puesto de trabajo dejando claras sus responsabilidades
4. Desarrollar estrategias que permitan al grupo superar el aislamiento de los trabajadores afectados por el estrés asistencial, reforzando los lazos, el sentimiento de pertenencia, y el soporte recíproco imprescindibles para el ajuste psicológico
5. Desarrollar programas de intervención y prevención capaces de asegurar la integridad del sujeto y la propia satisfacción
6. Formar directores, mandos intermedios y del propio personal capaces de mejorar el ambiente laboral
7. Tener en cuenta que los cambios frecuentes de personal reducen las relaciones interpersonales del sistema

Para respaldar la información teórica recopilada se han seleccionado una serie de investigaciones. Estas han sido realizadas por profesionales, interesados en generar estrategias de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y su respectivo desempeño laboral.

Estos estudios han arrojado información valiosa para el diagnóstico de estrés asistencial en el personal de salud del Proceso Integral de Rehabilitación (PIR) de la

Clínica Universitaria Teletón, pues utilizan poblaciones con profesionales del área de la salud, como enfermeras, médicos, etc, instrumentos como el MBI, encuestas socio-demográficas, y datos en los cuales se ratifica que el MBI es un inventario válido y seguro para aplicar a profesionales de la salud en el momento de diagnosticar el síndrome de Burnout.

Las escalas elaboradas para la medida del estrés asistencial pueden distinguirse con base a la cantidad de estudios psicométricos realizados sobre ellas, y al volumen de investigación que se han generado (Gil-Monte y cols. 1997).

Apareciendo una serie de cuestionarios denominados “evalúese usted mismo”, estos cuestionarios han sido publicados bajo títulos como El test de estar quemado: evalúe sus creencias sobre su trabajo, sobre su ocio, y sobre usted mismo de Dailey (1985), ¿Cuál es su puntuación en el síndrome de estar quemado? Elaborado por Steward y Mascaros (1981), o ¿Hasta qué punto está usted quemado? De Bramhall y Ezaell (1981); estos test o cuestionarios recogen en sus ítems lo que los autores entienden por síndrome de quemarse por el trabajo, pero a su vez alarman al individuo innecesariamente.

Diferentes autores consideran que el síndrome puede afectar a cualquier tipo de profesionales e incluso a estudiantes; Matthews (1990), en un estudio comparativo entre diferentes profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, personal de banca, directivos, carteros, etc.) empleó el Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE), compuesto por 50 ítems que estiman el síndrome como un constructo unidimensional, aunque integrado por aspectos conductuales, cognitivos, afectivos y psicosomáticos; los diferentes aspectos muestreados son actitudes hacia el trabajo, ajuste al rol, locus de control, estrategias de afrontamiento, ajustes personal al puesto y temperamento.

Teniendo en cuenta a los autores que encuadran al síndrome de Burnout principalmente en los profesionales de servicios de ayuda, Jones (1980) elabora el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS – HP) para medir el síndrome de forma específica en esta población. El cuestionario está formado por 30 ítems, valorados con una escala de 6 grados, presentando 4 factores: insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad y tensión y, falta de relaciones profesionales con los pacientes (Gil-Monte y Peiró, 1997).

A su vez, Pine y col. (1981) elaboraron el Burnout Measure (BM), considerando que el síndrome puede desarrollarse tanto en profesionales de la salud como en otro tipo de profesionales. El BM es un instrumento integrado por 21 ítems que se distribuyen en tres subescalas denominadas agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental. La puntuación en las tres dimensiones que mide la escala se combinan en una puntuación única que da un índice indicativo de en qué grado el sujeto está quemado (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Vega, D y cols. (1999), realizaron una investigación en donde se pretendió estudiar la existencia del síndrome de Burnout, así como su relación con los factores socio-demográficos y laborales investigados, y el estado de salud general en los profesionales sanitarios de un hospital. La muestra estuvo constituida por 363 sujetos (hombres y mujeres) divididos en tres categorías: 1. Personal médico; 2. Personal de enfermería, matronas, instrumentistas, fisioterapeutas y técnicos de servicios centrales; y 3. Personal auxiliar de clínica. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario socio-demográfico, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el General Health Questionnaire-28. Dando estos como resultados una relación entre el grado de Burnout, la salud general de los sanitarios y la antigüedad profesional, el ocio diario, el consumo de tabaco, analgésicos y tranquilizantes. A su vez, los profesionales

sanitarios del hospital, presentan un grado medio de Burnout, caracterizado por niveles medios de despersonalización, medio-bajo de agotamiento emocional y medio-alto de autoestima profesional sin importar las categorías mencionadas anteriormente.

A pesar de que el desgaste profesional o burnout viene siendo estudiado desde hace más de 20 años, aún parece que no ha avanzado lo suficiente en lo que respecta a la metodología de evaluación específica, que permita aislar los diferentes elementos del proceso de desgaste profesional. Moreno, B; Garrosa, E y Gonzalez, J (2001), en la Revista interamericana de Psicología Ocupacional publicaron su investigación “Evaluación específica de los procesos de burnout: Burnout de profesorado y de enfermería”, en el cual encontraron importante elaborar instrumentos de evaluación más amplios y precisos que permitan recoger información de los distintos componentes del proceso.

Desde esta perspectiva, se han elaborado el “Cuestionario de Burnout de Profesorado Revisado”, instrumento específico para profesores que evalúa los procesos de estrés y burnout, así como las posibles variables antecedentes de tipo organizacional y laboral, y el “Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería” (CDPE), que evalúa los estresores laborales de esta profesión, la personalidad resistente de los sujetos, el desgaste profesional y las estrategias de afrontamiento utilizadas. La muestra utilizada para el análisis del cuestionario CDPE, la constituyeron 389 enfermeros- as de 5 hospitales de Madrid Capital, de los cuales 88% eran mujeres y el 11% hombres. La media de edad se situaba en torno a los 36 años, con una media de 24 años de experiencia en la atención sanitaria.

Los dos instrumentos parten de una conceptualización del desgaste profesional o burnout como proceso que se va desarrollando de manera progresiva ante las

situaciones de estrés sostenidas en el tiempo. Desde esta perspectiva, se hace necesario que los instrumentos de evaluación permitan recoger información de las distintas fases del proceso de burnout o desgaste profesional. En el primer instrumento presentado, específico para profesores, la solución factorial confirma la estructura teórica planteada de las variables antecedentes de carácter laboral y organizacional que están en la génesis de este proceso, y de la medida del desgaste profesional según las dimensiones clásicas propuestas por Maslach y Jackson (1981 – 1986). El instrumento elaborado permite evaluar los factores antecedentes y el burnout, este último a través de un índice general, tal como han propuesto algunos autores, o mediante las puntuaciones obtenidas a partir de las 3 subescalas que lo componen: agotamiento emocional, despersonalización y falta de relación. Con este cuestionario parece ser más adecuado el uso de índice general de burnout creado a partir de la media en cada una de ellas, debido a que aún no ha sido estudiada la validez convergente entre estas dimensiones y las recogidas por el MBI.

En 1998, se publica una investigación sobre la dimensionalidad y validez de las medidas del Burnout (Enzmann D., Schaufeli W., Janssens P., Rozeman A, 1998), la cual se realizó en profesionales de servicios, encontrando como resultados que en contraste a las dimensiones medidas en el Burnout (agotamiento físico, emotivo y mental), existían otras dimensiones que no estaban siendo medidas, correspondientes a la desmoralización, el agotamiento y la desmotivación. Al darse estos resultados, se discuten conceptos y la operacionalización del Burnout. Y es por medio de estas que se encuentra una relación directa entre estas tres nuevas dimensiones y las medidas en el MBI. Llegando así a la conclusión que las medidas, o formas de evaluación para determinar la existencia de Burnout solo captan un aspecto en particular de este,

siendo este aspecto el que reúne básicamente todo lo que se quiere medir, y es el estado de bienestar en el que se encuentra una persona.

Van Dierendanck D., Chaufeli W., Bunk B., publicaron en Marzo del 2001, un artículo en el cuál se había realizado una investigación sobre las relaciones causales entre las tres dimensiones que componen el MBI. Se examinaron mediante la recopilación de información de cinco estudios longitudinales previamente publicados, y se encontró que el factor logro personal influye sincrónicamente sobre la despersonalización, y a su vez, esta influye sobre el agotamiento. Es decir, existe una relación causal entre estas tres dimensiones, lo cuál nos facilita una pronta identificación del síndrome (si lo hay), para que así este pueda ser intervenido en una etapa temprana y no tardía.

Estas investigaciones han generado datos de gran relevancia para detectar la presencia del síndrome, permitiendo así realizar instrumentos más especializados en áreas o profesionales determinados.

Con la elaboración del CDPE, instrumento específico para profesionales de enfermería, se ha avanzado aún más, incorporando algunas de las variables que modulan el proceso en cada una de sus fases, como son la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento. Además el instrumento incorpora algunas de las consecuencias más importantes del desgaste emocional en los trabajadores (consecuencias psicológicas, físicas, organizacionales y sociofamiliares). Otra característica novedosa de este instrumento, es su fundamento dentro de un planteamiento que permite conocer cuáles son los indicadores del sujeto y del contexto laboral que favorecen los procesos de salud y bienestar.

Estos instrumentos se presentan como herramientas eficaces, que permiten evaluar las variables disfuncionales del entorno organizacional y laboral que podrían estar

incidiendo en el desarrollo del burnout. Con el fin de tomar las medidas oportunas que permitan el control y prevención de este fenómeno.

Como una primera aproximación ambos instrumentos muestran datos favorables respecto a su fiabilidad y validez. No obstante, a pesar de haberse obtenido resultados positivos iniciales, es necesario seguir confirmando la validez de ambos instrumentos, siendo imprescindible en estudios futuros, analizar otras características psicométricas que garanticen la fiabilidad y validez de los resultados de la evaluación. Los dos instrumentos ofrecen nuevas alternativas para evaluar los elementos específicos del proceso de desgaste profesional, en los profesionales docentes y de enfermería, recogiendo una información más exhaustiva y global del proceso.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el burnout es un estado de cansancio físico y emocional relacionado con profesiones de ayuda, especialmente sanitarios, pero poco estudiado en médicos de cabecera. Factores laborales, individuales y sociales se invocan como responsables, moduladores o facilitadores, aunque de forma no concluyente. Los efectos del burnout se expresan y repercuten en el trabajo cotidiano, pero además pueden trascender al entorno social y familiar con resultados negativos.

Con base en lo anterior, Hewitt y Molina (2001), realizaron un estudio en el que analizaban las relaciones entre las variables de la práctica clínica y la salud mental de los psicólogos clínicos en Bogotá – Colombia. Se realizó por medio de un diseño correlacional descriptivo y se usaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Síntomas, el cual midió la salud mental y el MBI. Los resultados obtenidos mostraron un nivel de correlación alto entre el Burnout y el tipo de pacientes que asisten a consulta (niños y adultos principalmente), y el número de horas dedicadas a terapia en la semana.

Prieto, L., Robles, E., Salazar, L. y Vega, E. (2002), realizaron la investigación “Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres”, en el cual el objetivo principal era analizar el grado de desgaste profesional en médicos de atención primaria de la provincia y la influencia de diversos factores. Para esto se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico, con una muestra de 255 médicos de atención primaria de dicha provincia. Para la realización del estudio aplicaron un cuestionario autoadministrado y anónimo, Maslach Burnout Inventory, que valora: despersonalización (DP), autoestima (PA) y agotamiento emocional (AE); variables sociodemográficas, sociolaborales, preguntas personales y medidas adoptadas si hay estrés laboral. Análisis mediante t de student y anova (medias) y chi-cuadrado o fisher (porcentajes). Los resultados principales fueron: un total de 157 cuestionarios válidos; la edad media es 41,5; 75 % varones, 80,2 % casados, 73,2% propietarios, 48,9 % ejercen en núcleos urbanos, presión asistencial media de 40,5 +- 16,5 pacientes/día. Los valores medios obtenidos fueron: DP, 8,3 +- 5,8; PA, 35,2 +- 8,4; AE, 22 +- 11,3; un 65,8% presentó elevadas puntuaciones en alguna de las tres. Para AE las medias fueron significativamente superiores en varón, propietario, de centro urbano, más de 10 años de antigüedad o atendía más de 40 pacientes/día. Un 50% presentaba alteraciones psicofísicas en los 3 meses previos; el 33% soporta mucha burocracia, alteraciones en la esfera familiar o sociolaboral asocian niveles elevados de DP y AE. Por último se puede concluir que coincidiendo con otros estudios, se encontró un nivel moderado de desgaste profesional en nuestros encuestados. La antigüedad, conflictividad sociolaboral y familiar, y ciertas características personales y laborales se asocian con niveles altos de desgaste. Por otro lado, los factores que se invocan como relacionados con la presentación del síndrome de burnout podrían clasificarse en individuales, los que dependen del trabajo y aquellos que dependen de

la sociedad actual. Dentro de los primeros, los que dependen del trabajador, habría que incluir algunos como edad y años de ejercicio profesional, sexo y estado civil.

A su vez, y siguiendo con la investigación diagnóstica, Solano, Ma C. y cols. (2002), llevaron a cabo un estudio en el cuál se quiso estimar la prevalencia del síndrome Burnout en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de diferentes hospitales, para ello se utilizó el cuestionario MBI el cual fue autoadministrado a 107 personas, de las cuáles 83 lo resolvieron satisfactoriamente.

Los resultados obtenidos indicaron para el personal de enfermería de los cuidados críticos, valores de bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada realización personal, no coincidiendo estos resultados con la bibliografía consultada para este estudio. Sin embargo es importante destacar un menor cansancio emocional por parte de las enfermeras de intensivos, con respecto a las de hospitalización.

Respecto a la situación laboral, fué significativo la dimension de cansancio emocional, donde los empleados con contratos fijos, obtienen puntajes más elevados que los que trabajan eventualmente, ya que estos últimos, al trabajar temporalmente se desconectan de su trabajo, permitiéndoles esto una disminución de los sentimientos de Burnout. Otras diferencias significativas encontradas en cuanto al cansancio emocional, se presentan en relación al horario de trabajo, a la edad, y al número de pacientes que el profesional tenga a su cargo.

El estrés asistencial o síndrome de burnout es un trastorno de frecuente incidencia entre los profesionales de enfermería, que conlleva unos costos considerables en el ámbito personal, laboral y social, como ya se ha dicho en repetidas ocasiones. Peña, E., Sanz, J., Garrido, J., Carvajal, J., Galan, R. y Herrero, A. (2002), en su trabajo “Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería de área de

salud de Badajoz”, realizan un estudio de diseño transversal, mediante la administración de 3 tipos de instrumentos (MBI, cuestionario general de elaboración propia, adaptación del elaborado por Hidalgo y Diaz y la escala de actitudes disfuncionales) sobre la relación del nivel de burnout con variables de tipo personal, laboral y organizativo, en una muestra de 150 enfermeros/as pertenecientes a 5 unidades clínicas en 4 centros hospitalarios de la provincia de Badajoz. Los resultados revelan que factores como el bajo nivel de satisfacción laboral, una actitud disfuncional de excesiva necesidad de aprobación y una insuficiente valoración social percibida por el enfermero/a se relaciona con mayores niveles de estrés profesional.

En el año 2003, en la revista Cubana de Salud Pública, el doctor Jorge Román Hernández publico un artículo llamado “Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención” donde se realizó un estudio transversal acerca de estrés y Burnout a 287 profesionales de la salud de un municipio de la Habana. Médicos y enfermeros de los niveles primero y segundo de atención, hombres y mujeres, repondieron tres cuestionarios: Cuestionario breve de Burnout, de Moreno. Escala de Síntomas de Estrés, de Aro; e Inventario de Estrés para profesionales de la Salud, de Wolfgang. Se estableció la hipótesis que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30 % y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afecto fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.

En Asturias (España) se realizó un estudio descriptivo transversal, en el cual se pretendía identificar el grado de satisfacción laboral y desgaste profesional en médicos de atención primaria, así mismos los factores relacionados a éstos. El estudio se aplicó a 810 sujetos comprendidos en: médicos generales, médicos de familia, residentes y pediatras de atención primaria. Se utilizaron los siguientes instrumentos: MBI, cuestionario Font Roja-AP (FR); en forma autoadministrable, con variables sociodemográficas y sugerencias. Posterior a la aplicación y al análisis de los resultados, se encontró que el 43% de la población presentaba alto desgaste profesional, el 23% un moderado desgaste y el 32% un bajo desgaste. Como conclusión se obtuvo un nivel alto de satisfacción laboral y un desgaste profesional alto-moderado. (Prieto, 2001)

Después de revisar el marco teórico se planteó la justificación basada en investigaciones que demuestran que el estrés asistencial, es una de las variables que más afecta la productividad de las instituciones, dado que se encuentra relacionado con altos índices de ausentismo, rotación, desmotivación laboral, enfermedades físicas y psicológicas, que impiden el óptimo desempeño en las tareas y repercuten en la salud integral de los empleados. Este síndrome está asociado a clima, cultura laboral y características organizacionales.

El estrés en las profesiones sanitarias es más alto que en otras ocupaciones debido a que el personal debe enfrentarse a diario con el dolor, la muerte, y enfermedades terminales, entre otras, en donde se deben tomar decisiones radicales, estando en juego la vida de las personas.

El énfasis que se le da a la presencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de salud, radica en que este aparece en mayor grado dentro de esta población y por tanto las repercusiones tanto en la salud física como psicológica de

los profesionales, afectan la calidad y efectividad del tratamiento. Teniendo esto en cuenta, se evidencia la profunda necesidad de obtener nuevos conocimientos con respecto al tema por parte de los psicólogos, pues son ellos los llamados a ahondar sobre las instancias que facilitan la aparición del síndrome, con el fin de estar preparados para asumir medidas preventivas dentro de las instituciones, además de realizar procesos autónomos de psicohigiene en pro de la excelencia en su ejercicio profesional.

Este proyecto surge con el objetivo de identificar los posibles niveles estrés asistencial existentes en el grupo de profesionales del programa integral de rehabilitación (PIR) de la Clínica Universitaria Teletón, para en un futuro continuar con una línea de investigación preventiva del Burnout en esta institución.

Para esto es necesario evaluar a los profesionales teniendo en cuenta el área de desempeño, el número de horas de trabajo, el espacio físico, el género, la edad y todas aquellas circunstancias que en un momento afecten el ejercicio laboral, bienestar y la calidad de vida de los individuos.

Por último, teniendo en cuenta que la misión de la Clínica Universitaria Teletón, está orientada a proporcionar una atención integral en salud, con calidad y en razón de un excelente trato humano, esta investigación nace como el insumo de un gran proyecto en el que se diseñará, implementará y evaluará un programa de prevención de estrés asistencial, que permitirá a la Clínica seguir cumpliendo sus objetivos referentes a la atención cálida y eficaz para sus pacientes.

El objetivo general de la presente investigación fue realizar un estudio diagnóstico en el que se puedan detectar los niveles de estrés asistencial en el personal que pertenece al Programa Integral de Rehabilitación (PIR) en la Clínica Universitaria Teletón. De igual manera brindar información suficiente para la creación de un

programa encaminado a generar condiciones organizacionales y personales más favorables al interior de la institución; brindando en un futuro próximo, bienestar tanto al personal de la salud como a sus usuarios.

Los objetivos específicos fueron describir las características generales del personal que integra el Programa Integral de Rehabilitación; Evaluar el síndrome de Burnout en la población planteada, por medio del Maslach Burnout Inventory (MBI) y proporcionar un diagnóstico a la institución que de herramientas para implementar un programa interdisciplinario de prevención futuro.

Método

Diseño

Esta investigación se realizó bajo una metodología descriptiva, observando los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para su respectivo análisis.

Los estudios descriptivos, según Dankhe (1989), permiten especificar las propiedades significativas de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno analizado, basándose en describir situaciones y eventos, y explicando cómo se manifiesta determinado fenómeno bajo estudio. (Hernández y cols., 1998).

Así mismo estos estudios miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar (desde el punto de vista científico describir es medir). Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver, aunque puedan integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir como es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas. (Hernández y cols., 1998)

Esta investigación fue de carácter descriptivo por que buscaba identificar los diferentes niveles de Estrés Asistencial en el personal que integra el Programa Integral de Rehabilitación de la Clínica Universitaria Teletón.

Participantes

Para el desarrollo de ésta investigación se tomaron a los profesionales pertenecientes al Programa Integral de Rehabilitación (PIR), (42 sujetos con edades entre los 23 y 42 años) de la Clínica Universitaria Teletón conformado por 3 Psicólogos, 6 Terapeutas Ocupacionales, 2 Enfermeros, 4 Psicopedagogos, 1 Terapeuta Respiratorio, 20 Fisioterapeutas, 5 Fonoaudiólogos y 1 Trabajador Social. La población fue cubierta en su totalidad, para dar una mayor certeza al diagnóstico de Estrés Asistencial.

Instrumentos

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Registro de Variables Demográficas: Este registro se utilizó para recolectar información personal, laboral y profesional influyente en la presencia de estrés asistencial. (ver apéndice A)
2. Inventario de Agotamiento Maslach (MBI) (1981): Este cuestionario se utiliza para evaluar el Síndrome de Burnout y esta compuesto por 22 items, con una escala de frecuencia tipo Likert, donde se afirman los sentimientos y actitudes personales del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Este instrumento valora tres aspectos fundamentales: agotamiento emocional (9 items), despersonalización (5 items) y logros personales (8 items). (ver apéndice B)

Categoría	Descripción
Agotamiento Emocional	Valora la sensación de estar emocionalmente exhausto o saturado por el propio trabajo, está acompañado por manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, irritabilidad y ansiedad.
Despersonalización	Se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia los clientes, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que ellos son la verdadera fuente del problema.
Logros personales	Valoran los sentimientos de competencia y eficacia en la relación de trabajo. Se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de trabajo y sentimientos de baja autoestima.

* Maslach y Jackson, 1981, 1982

El Burnout o desgaste profesional, se concibe como una variable continua en la que se puede medir el bajo, medio y alto grado y no como variable dicotómica que está presente o ausente. El test fue elaborado por Maslach y Jackson en 1982 (citado por Hernández, P. 2002) y cuenta con un nivel de confiabilidad del 90%. Se ha aplicado a diferentes profesionales de la salud, así como estudios realizados dentro de la población colombiana, como es el caso del “estudio descriptivo del Síndrome Burnout en el personal de la salud en el Hospital Militar Central”. (Hernández, P. 2002), de la Universidad Católica de Colombia.

Moreno y Fernandez Rios en 1989 (Rivera, 1997, citado por Hewitt y Molina, 2001), realizaron una adaptación del MBI, aplicándola a una muestra de 234 sujetos de habla hispana, pertenecientes a 6 profesiones. De estas aplicaciones se evidenció

que la adaptación al castellano mantenía las 3 escalas aunque de forma diferente. La única diferencia del cuestionario, se dio en la escala de despersonalización que queda reducida a tres ítems, lo que parece insuficiente para garantizar la fiabilidad de la escala. Se encontró además que la doble forma de respuesta de frecuencia e intensidad, tenía en las tres escalas una alta superposición, obteniéndose correlaciones alrededor del 0.90, por lo que parecía conveniente restringirse a una de ella, facilitando la adaptación. Se optó por la escala de frecuencia, probablemente más válida que la de intensidad.

Jackson y col. 1986 (citado por Hewitt y Molina, 2001) evidencian la validez divergente de la escala MBI, por las correlaciones significativas encontradas entre dicha escala, mostrando una consistencia interna y una fiabilidad en un rango de 0.75 a 0.90.

Procedimiento

La presente investigación se desarrolló en tres fases principalmente: Primera Fase: formulación del proyecto; En esta etapa se elaboró el marco teórico, los objetivos, la justificación y el método; también se seleccionó el diseño y el tipo de investigación. Se realizó el contacto institucional con la Clínica Universitaria Teletón y se determinó que la población a trabajar serían los profesionales integrantes del Programa Integral de Rehabilitación (PIR). Segunda Fase: Selección de instrumentos (Registro de Variables Demográficas e Inventario de Agotamiento Maslach (MBI)) para evaluar el nivel de Estrés asistencial presentado en los Profesionales del PIR. Tercera Fase: Sensibilización y Aplicación. Se realizó una conferencia con los profesionales del PIR, donde se les explicó el proyecto y sus objetivos, con el fin de informar a todos los participantes del proyecto y de esta manera se resolvieran todas las inquietudes sobre el tema, la investigación y la manera de analizar los resultados;

otro punto de importancia fue la explicación que se dio acerca del anonimato de la prueba, lo cual iba a evitar que se sesgaran las respuestas emitidas en el cuestionario.

Con el consentimiento informado (Ver apéndice C), firmado por cada uno de los integrantes, se dio paso a la aplicación de las pruebas, la cual se hizo de manera individual y anónima.

Resultados

El análisis de resultados se hizo a través de bases de datos realizadas en Excel, las cuales permitieron organizar los datos para hacer una mejor interpretación de estos.

En cuanto al análisis de las variables demográficas se encontró que la población presenta edades entre los 23 y 42 años; el 95% son mujeres y el 5% restante hombres; de los cuales el 69% son solteros y el 29% casados, el 2% no contestó.

Respecto a la información laboral, el tipo de vinculación más común es el contrato a “Termino Indefinido” con el 81% del total de la población, continuando con el 12% de contrato a “Termino Fijo” y el 7% restante por prestación de servicios; el 95% trabaja tiempo completo y el 5% medio tiempo.

El 17% de la población trabaja independiente, es decir, que cuenta con un trabajo alterno al de la Clínica; respecto al número de horas semanales dedicadas a terapias 67% de la población trabaja 48 horas semanales. Con respecto al número de casos atendidos semanalmente el 52% de la población atiende más de 16 casos, el 36% atiende entre 11 y 15 casos, el 9% atiende entre 1 y 5 casos y el 2% restante atiende entre 6 y 10 casos por semana.

En cuanto al tipo de población atendida el 67% atiende niños, adolescentes, adultos y ancianos; el 9% adultos, el 9% adolescentes, adultos y ancianos; el 7% adultos y ancianos; el 2% adolescentes y adultos; el 2% niños, adolescentes y

adultos; y el 2% restante niños y adultos. Con respecto a la frecuencia de atención de casos complejos 38% atiende un caso diarios; el 6% un caso semanal; el 12% un caso mensual y el 38% más de un caso diario, el 2% no contestó. El 64% de los profesionales acostumbra llevar algunas veces trabajo a la casa; el 12% muchas veces; el 14% nunca; el 7% siempre, el 2% no contestó.

Respecto a la información profesional de los 42 profesionales del PIR 48% son fisioterapeutas; el 14% terapeutas ocupacionales; 12% fonoaudiólogos; 9% psicopedagogos; 7% psicólogos; 5% enfermeros; 2% trabajadores sociales; y el 2% restante terapeutas respiratorios. Con relación a los estudios complementarios al pregrado el 19% de la población ha realizado especialización; el 12% diplomados; 9% especializaciones y diplomados; el 2% maestría; el 19% seminarios y cursos de actualización; y cabe resaltar que el 36% de la población no ha realizado ningún estudio complementario.

Por último, el 71% de la población tiene un tiempo de ejercicio profesional de 1 a 4 años; el 19% de 5 a 9 años y el 9% restante más de diez años.

El MBI se calificó según los parámetros establecidos por Maslach (1982), en los cuales se agrupan los items por categorías de la siguiente manera: agotamiento emocional items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20; despersonalización 5, 10, 11, 15 y 22; y logros personales 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. El puntaje bruto fue obtenido sumando la frecuencia de respuesta de cada uno de los items. Una vez se obtuvieron los datos brutos de la prueba se analizó el nivel de estrés asistencial en cada categoría según los baremos presentados por la misma y se pasaron los datos a porcentajes para una mejor interpretación; considerando que para que se presente estrés asistencial debe haber un alto nivel en agotamiento emocional y despersonalización y un bajo nivel en logros personales.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que un alto nivel en logros personales es positivo para la interpretación de la prueba, pues como se mencionó anteriormente esta categoría valora los sentimientos de competencia y eficacia en la relación de trabajo.

Se continuó con el análisis de la información obtenida por medio de la aplicación del instrumento, de lo cual se creó una base de datos (ver apéndice D).

El análisis de los resultados del MBI se presentará de forma descriptiva, teniendo en cuenta cada una de sus variables (agotamiento emocional, despersonalización y logros personales) con sus correspondientes tablas y figuras explicativas, con respecto a los profesionales de la salud del PIR (Programa Integral de Rehabilitación) en la Clínica Universitaria Teletón.

Para la interpretación de los puntajes brutos obtenidos, el MBI cuenta con una tabla de baremos los cuales establecen el nivel de Burnout.

Tabla 1

Baremos establecidos por el MBI para determinar el nivel de Estrés Asistencial con $n=1$

Nivel	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Bajo	9-20	5-11	8-18
Medio	21-32	12-18	19-28
Alto	33-45	19-25	29-40

Los baremos de la tabla 1 corresponden a un n de una persona, la adaptación de estos valores debe hacerse multiplicando la puntuación original de cada nivel por el número de personas evaluadas. En la presente investigación se realizó una tabla de

baremos (Tabla 2) específica para cada profesión teniendo en cuenta el número de profesionales con los que cuenta cada área.

Tabla 2

Baremos establecidos para cada profesión según el número de profesionales evaluados

Profesion	Nivel	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Fisioterapia	Bajo	180-419	100-239	160-379
(n 20)	Medio	420-659	240-379	380-579
	Alto	660-900	380-500	580-800
Terapia	Bajo	54-125	30-71	48-113
Ocupacional	Medio	126-197	72-113	114-173
(n 6)	Alto	198-270	114-150	174-240
Psicopedagogía	Bajo	36-83	20-47	32-75
(n 4)	Medio	84-131	48-75	76-115
	Alto	132-180	76-100	116-160
Fonoaudiología	Bajo	45-104	25-59	40-94
(n 5)	Medio	105-164	60-94	95-144
	Alto	165-225	95-125	145-200
Psicología	Bajo	27-62	15-35	24-56
(n 3)	Medio	63-98	36-56	57-86
	Alto	99-135	57-75	87-120
Terapia	Bajo	9-20	5-11	8-18
Respiratoria y	Medio	21-32	12-18	19-28
Trabajo Social	Alto	33-45	19-25	29-40

(n 1)*				
Enfermería	Bajo	18-41	10-23	16-37
(n 2)*	Medio	42-65	24-37	38-57
	Alto	66-90	38-50	58-80
PIR	Bajo	378-881	210-503	336-797
(n 42)	Medio	882-1385	504-797	798-1217
	Alto	1386-1890	798-1050	1218-1680

* N no valido estadisticamente

Tabla 3

Nivel de estrés asistencial y porcentaje según categorías del MBI en Terapeutas Físicos

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Dato Bruto	583	239	638
Nivel	Medio	Bajo	Alto
Porcentaje	64%	35%	80%

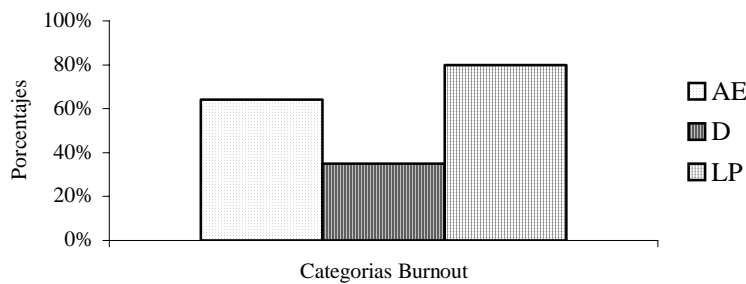


Figura 1. Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Terapeutas Físicos del PIR, por categorías de análisis

Los datos obtenidos arrojan que los Terapeutas Físicos presentan un nivel medio de agotamiento emocional (AE) con un 64%, un nivel bajo de despersonalización (D) correspondiente al 35% y un nivel alto de logros personales (LP) con un 80%.

Tabla 4

Nivel de estrés asistencial y porcentaje según categorías del MBI en Terapeutas Ocupacionales

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Dato Bruto	134	51	192
Nivel	Medio	Bajo	Alto
Porcentaje	50%	34%	80%

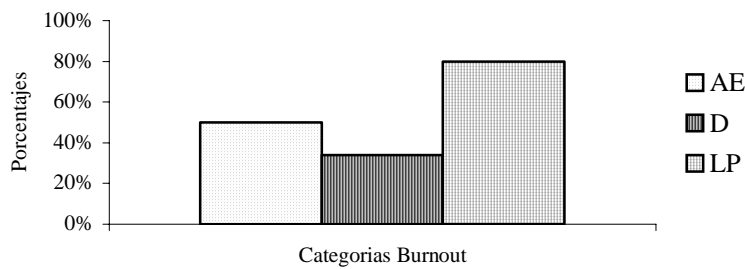


Figura 2 Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Terapeutas Ocupacionales del PIR, por categorías de análisis

Los datos obtenidos arrojan que los Terapeutas Ocupacionales presentan un nivel medio de agotamiento emocional (AE) con un 50%, un nivel bajo de despersonalización (D) correspondiente al 34% y un nivel alto de logros personales (LP) con un 80%.

Tabla 5

Nivel de estrés asistencial y porcentaje según categorías del MBI en Psicopedagogos

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Dato Bruto	99	26	133
Nivel	Medio	Bajo	Alto
Porcentaje	55%	26%	83%

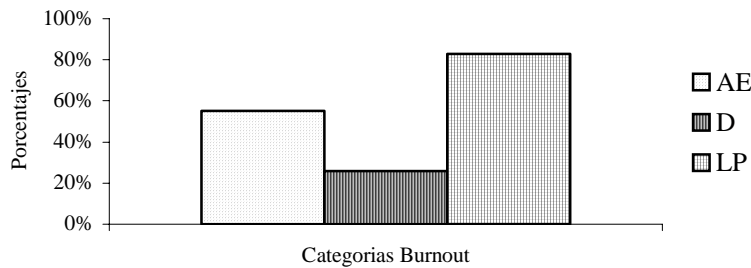


Figura 3 Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Psicopedagogos del PIR, por categorías de análisis

Los datos obtenidos arrojan que los Psicopedagogos presentan un nivel medio de agotamiento emocional (AE) con un 55%, un nivel bajo de despersonalización (D) correspondiente al 26% y un nivel alto de logros personales (LP) con un 83%.

Tabla 6

Nivel de estrés asistencial y porcentaje según categorías del MBI en Fonoaudiólogos

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Dato Bruto	134	42	175
Nivel	Medio	Bajo	Alto
Porcentaje	59%	34%	87%

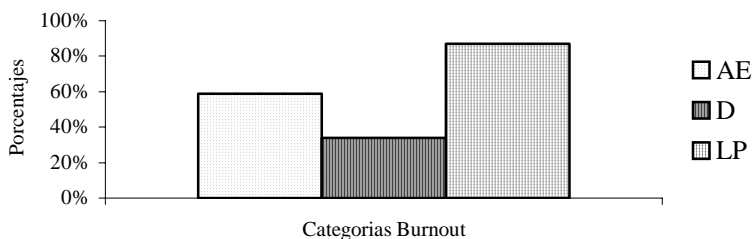


Figura 4 Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Fonoaudiólogos del PIR, por categorías de análisis

Los datos obtenidos arrojan que los Fonoaudiólogos presentan un nivel medio de agotamiento emocional (AE) con un 59%, un nivel bajo de despersonalización (D) correspondiente al 34% y un nivel alto de logros personales (LP) con un 87%.

Tabla 7

Nivel de estrés asistencial y porcentaje según categorías del MBI en Psicólogos

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Dato Bruto	66	23	115
Nivel	Medio	Bajo	Alto
Porcentaje	49%	31%	96%

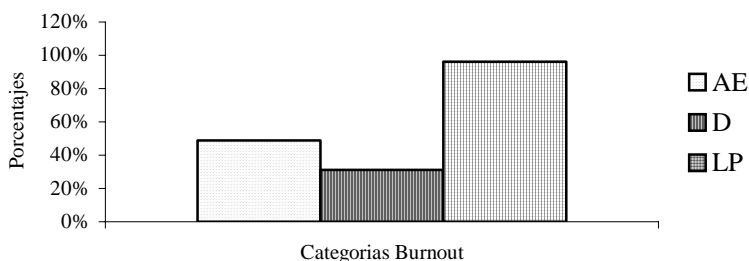


Figura 5 Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Psicólogos del PIR, por categorías de análisis

Los datos obtenidos arrojan que los Psicólogos presentan un nivel medio de agotamiento emocional (AE) con un 49%, un nivel bajo de despersonalización (D) correspondiente al 31% y un nivel alto de logros personales (LP) con un 96%.

Tabla 8

Nivel de estrés asistencial y porcentaje según categorías del MBI en Trabajo Social

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Dato Bruto	17	8	32
Nivel	Bajo	Bajo	Alto
Porcentaje	38%	32%	80%

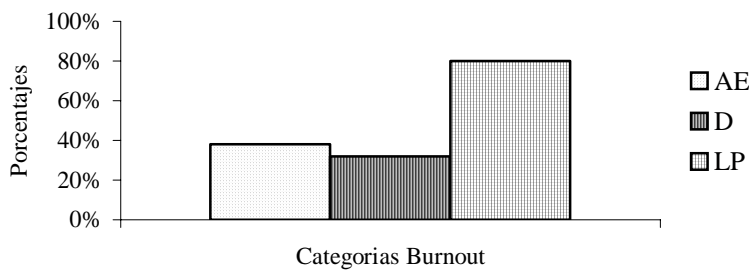


Figura 6 Porcentajes del nivel de estrés asistencial del Trabajador Social del PIR, por categorías de análisis

Los datos obtenidos arrojan que el Trabajador Social presenta un nivel bajo de agotamiento emocional (AE) con un 38%, un nivel bajo de despersonalización (D) correspondiente al 32% y un nivel alto de logros personales (LP) con un 80%.

Tabla 9

Nivel de estrés asistencial y porcentaje según categorías del MBI en Terapia Respiratoria

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Dato Bruto	15	5	38
Nivel	Bajo	Bajo	Alto
Porcentaje	33%	20%	95%

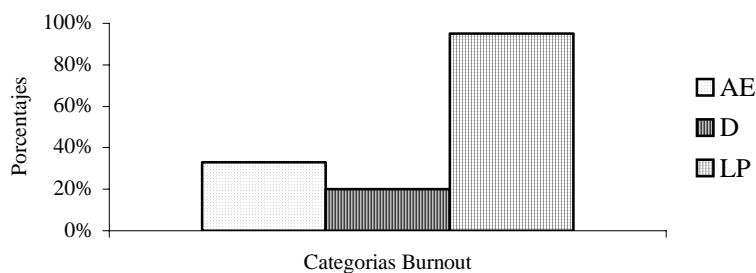


Figura 7 Porcentajes del nivel de estrés asistencial del Terapeuta Respiratorio del PIR, por categorías de análisis

Los datos obtenidos arrojan que el Terapeuta Respiratorio presentan un nivel bajo de agotamiento emocional (AE) con un 33%, un nivel bajo de despersonalización (D) correspondiente al 20% y un nivel alto de logros personales (LP) con un 95%.

Tabla 10

Nivel de estrés asistencial y porcentaje según categorías del MBI en Enfermería

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Dato Bruto	55	31	74
Nivel	Medio	Medio	Alto
Porcentaje	61%	62%	92%

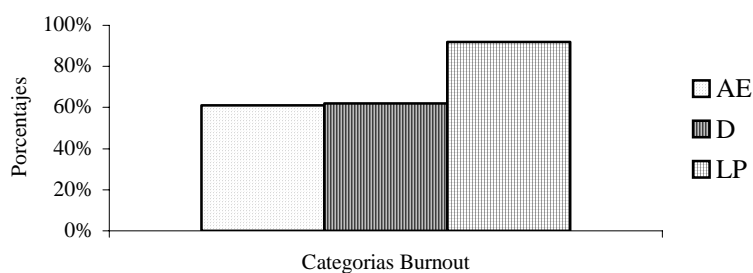


Figura 8 Porcentajes del nivel de estrés asistencial de los Enfermeros del PIR, por categorías de análisis

Los datos obtenidos arrojan que los Enfermeros presentan un nivel medio de agotamiento emocional (AE) con un 61%, un nivel medio de despersonalización (D) correspondiente al 62% y un nivel alto de logros personales (LP) con un 92%.

Tabla 11

Nivel de estrés asistencial y porcentaje según categorías del MBI en los Profesionales de la Salud del PIR

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Dato Bruto	1103	362	1397
Nivel	Medio	Bajo	Alto
Porcentaje	58%	34%	83%

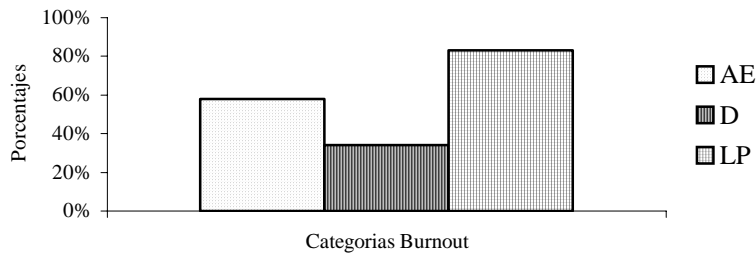


Figura 9 Porcentajes del nivel de estrés asistencial en los Profesionales de la Salud del PIR, por categorías de análisis

Los datos obtenidos arrojan que los Profesionales de la Salud del PIR presentan un nivel medio de agotamiento emocional (AE) con un 58%, un nivel bajo de despersonalización (D) correspondiente al 34% y un nivel alto de logros personales (LP) con un 83%.

Discusión

Los objetivos centrales de la investigación fueron los de realizar un estudio diagnóstico sobre los niveles de estrés asistencial en el personal que pertenece al Programa Integral de Rehabilitación (PIR) en la Clínica Universitaria Teletón y brindar información suficiente para la creación de un programa preventivo

encaminado a generar condiciones organizacionales y personales más favorables al interior de la institución, brindado en un futuro próximo, bienestar tanto al personal de la salud como a sus usuarios.

Este estudio diagnóstico se realizó mediante la aplicación de un registro de datos demográficos y el Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI), en el cual se evidencio que el grupo de profesionales de la salud del PIR no presenta estrés asistencial, pues su nivel en las categorías de despersonalización y logros personales son bajo y alto respectivamente; es importante destacar que tienen una tendencia media en la categoría de Agotamiento Emocional, entendida como la valoración de la sensación de estar emocionalmente exhausto o saturado por el trabajo causando la pérdida de atractivo, tedio y disgusto por las tareas del trabajo, acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad, lo cual hace que esten en riesgo de tener el síndrome.

Estos resultados coinciden con los encontrados en la investigación de Hernandez (2002) la cual se llevó a cabo con el personal de salud del Hospital Militar, en donde la población evaluada no presenta el síndrome de Burnout, sin embargo se encuentra en un riesgo latente de tenerlo debido a los puntajes obtenidos en Agotamiento Emocional, que es la primera manifestación o fase del síndrome tal como lo describe Maslach, Schaufeli y Leiter, (2001) citado por Hernandez (2002).

La importancia de investigar el síndrome de burnout viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, dado que el interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados, sobre todo por el ausentismo laboral, rotación de personal, aumento de licencias médicas y la disminución de la calidad de trabajo (Maslach, 2001).

Así mismo, dado que la mayor incidencia del Síndrome de Burnout se da en profesionales de servicios que prestan funciones asistenciales o sociales, el deterioro de su vida laboral tiene efecto sobre su vida personal y social (Gil-Monte, 1999). Otra justificación para el estudio del burnout, es el creciente aumento en la última década en las instituciones de servicio del sector público y privado en que la calidad de la atención es una variable crítica para el éxito de éstas instituciones (Mideplan, 2000).

El trabajo para los profesionales de la salud exige que se brinde apoyo emocional al paciente en una relación de ayuda durante un tiempo prolongado. Ello, si bien permite aumentar la capacidad de resolución de problemas de este, aumenta también el riesgo en el tiempo de desencadenar un estrés crónico o prolongado en el profesional de la salud (Di Carlo, 1995).

Es importante reconocer que los profesionales del área de la salud del PIR muestran homogeneidad con relación al riesgo de presentar el síndrome de Burnout, pues al analizar los resultados de la prueba y categorizarlos por profesiones se encuentra que la mayoría está dentro de los mismos rangos. Este aspecto puede considerarse como un factor de riesgo para el grupo, pues como se dijo anteriormente el alto porcentaje de profesionales en nivel medio para la categoría de Agotamiento Emocional no es favorable y pueden estar más sensibles a la presencia del Burnout. Como lo sustentan Maslach y Jackson (1982), cuando afirman que el síndrome es especialmente peligroso, pues es contagioso; la pérdida de autoestima profesional y el cuestionamiento de las propias tareas, lleva frecuentemente a la precipitación y aceleración del Burnout generalizado en el ambiente laboral, produciéndose un clima social de desvinculación y un sentimiento de derrotismo y abandono por parte del profesional.

Lo anterior lleva a revisar de manera más amplia los factores externos (aspectos personales, laborales y profesionales) que pueden estar influyendo en la presencia del Burnout; pues como lo plantean Villalobos (1999) y Simón (1999) los factores de riesgo psicosociales deben ser entendidos como toda condición que experimenta el hombre, en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que lo rodea. Por lo tanto no se constituye en un riesgo sino hasta el momento en el que se convierten en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran la relación con el trabajo o con el entorno. Estos factores se presentan con mayor frecuencia en el ejercicio profesional del personal sanitario haciéndolos más vulnerables a la aparición del síndrome.

De este modo, un factor como la extensión de la jornada de trabajo en el mismo lugar aumenta la tendencia al Burnout, como es el caso de la institución, donde los profesionales permanecen más de 8 horas de trabajo continuo. Los datos anteriores confirman los hallazgos de Söderferdt et al., y de Drake & Yamada sobre que la cantidad de horas de exposición al cliente y la cantidad de horas de permanencia en la institución son factores de desarrollo del síndrome de Burnout (Söderfelt, et al., 1996; Drake & Yamada, 1996). A su vez, Gould, Cordes y Dougherty, Sandoval, Burke y Greenglass y Papadatu señalan que el exceso de trabajo y horas también aumentan la presencia del Burnout (citados en Garcés de los Fayos, 2001).

En relación a la cantidad de horas de atención, Lee y Ashforth sugieren que la interacción permanente con el paciente con sus roces y conflictos cotidianos, también son una variable predictiva del Burnout (Lee & Ashforth, 1996).

Otro factor precipitante se refiere a la cantidad de horas que el profesional de la salud permanece al interior de la institución con los roces cotidianos que eso conlleva, además de la convivencia con el dolor y sufrimiento humano. Para el caso

de los profesionales del PIR el tiempo de trabajo es en promedio más de 48 horas semanales atendiendo casos en su mayoría complejos. Lo anterior se apoya con los hallazgos de Maslach (1982); y Moreno, Oliver y Aragonés (1991) citados por Hewitt y Molina (2001); quienes hablan de una amplia gama de condiciones del agotamiento y la salud de los terapeutas a consecuencia de su ejercicio profesional donde destacan depresión, ansiedad, abatimiento, soledad, miedo y vacío emocional entre otros, contemplados en factores cognoscitivos, afectivos, conductuales, fisiológicos y de relación.

Dentro de las asociaciones significativas hechas en el presente estudio se encontró, que los terapeutas que atienden adolescentes y adultos muestran una alta tendencia a desarrollar Burnout en su dimensión de Agotamiento Emocional. Pues como lo sustenta la teoría (Farber, 1983; Levinson, 1986; Guy, 1997), cuando los terapeutas atienden a un adulto, entran en contacto con los problemas de su cliente lo cual unido con otras condiciones particulares aumentan el riesgo de Burnout, teniendo en cuenta que la adultez es una etapa de búsqueda, de compensaciones y satisfacciones, de establecimiento y realización personal, que en nuestro medio han sido de difícil manejo pues aspectos como el ingreso a la educación superior, la búsqueda de trabajo entre otros, forman parte de la dinámica social cotidiana en la que los terapeutas también se encuentran inmersos como persona.

Por último, de acuerdo al análisis realizado se sugiere desarrollar un estudio más detallado de los síntomas que propician la presencia del síndrome en los profesionales de la salud del PIR, con el fin de identificar las necesidades que estos presentan para realizar un programa preventivo teniendo en cuenta esta investigación como línea de base y los parámetros de la prevención secundaria en la cual ya existe la enfermedad y se busca que no se desarrolle otra.

Se sugiere continuar con investigaciones que permitan incorporar otras variables al análisis, por ejemplo, que permitan explicar porqué la población de profesionales de la salud, a pesar del agotamiento emocional, sigue trabajando y exponiendo su salud física y emocional. Se sugiere la incorporación de instrumentos que midan tedio, insatisfacción laboral, y la capacidad de afrontamiento hacia el estrés.

Se debiera incluir también variables que midan elementos institucionales y extra-institucionales, tales como: infraestructura, clima organizacional, y condiciones materiales de trabajo (Garcés de los Fayos, 2000).

Así mismo, la investigación invita a los integrantes del PIR, a programar sus actividades cotidianas tanto personales como laborales con una visión más crítica y objetiva y una mejor utilización del tiempo libre, de tal forma que se asegure un equilibrio entre el desgaste profesional y la recuperación proporcional de energía necesaria para mantenerse en un adecuado estado de bienestar; permitiendo desarrollar mejores herramientas que disminuyan el riesgo de sufrir el síndrome.

Referencias

- Adams. (1984). *Health Promotion – Definitions/Aims/Sigues*. Londres, Health Education Canal.
- APA (1997) *The road to Burnout*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2003, de <http://www.geocities.com.hotlspring/villa/4551/burnout2.html>
- Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1995). *Control de estrés y factores asociados*. Ed. Dykimson.
- Ceslowitz, S. (1989). Burnout and doping strategies among hospital staff nurses. *Journal of advanced nursing*. 14, 553 – 558.
- Clínica del Estrés y Biofeedback. (1999). Recuperado el 3 de Diciembre de 2003, de <http://www.clinicadeestresybiofeedback.htm>. España.
- Cuesta A, Moreno JA. (1986). *La calidad de la asistencia hospitalaria*. Barcelona, Doyma S.A.
- Cooper, C. (1998). *Theories of organizational stress*. Oxford University Press.
- Cornes, J. M., Fernández- Ríos, L., y Codesido, F. (1997). *Psicología preventiva*. Madrid, Pirámide.
- Di Carlo, E. (1995). *Teoría y realidad del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Drake, B. & Yadama, G. (1996). *A structural equation model of burnout and job exit among child protective services workers*. *Review National Assosiation of Social Workers*, 20(3), 179-187.
- Enzmann, A., Schaufeli, W., Jamssen, P. y Rozemam, A. (1998). *Dimensionalidad y validez del Burnout*.
- Farber, B. A. (1983). *Dysfunctional aspects of the psichoterapeutic role, en B.A Farber (comp)*. *Stress & burnout in the human service professions*. Nueva York: Pergamón, 97-118.

- Garcés de los Fayos, E. (2001). *Tesis sobre el Burnout*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de: Psiquiatria.com.
- Gil, Monte y Peiró. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. España, Síntesis Psicológica.
- Gil-Monte, P. (1999). *Síndrome de Quemarse por el trabajo: Aproximaciones teóricas, explicación y recomendaciones para su intervención*. Documento elaborado para la OMS. Revista electrónica de Psicología científica. Recuperado de: Psicologiacientífica.com.
- Guy, J. D. (1997). *La vida personal del psicoterapeuta*. Barcelona, Paidós.
- Hernández, R., y cols. (1998). *Metodología de la investigación*. México, Mc. Graw Hill.
- Hernández, P. (2002). *Estudio descriptivo del Síndrome de Burnout en personal de salud en el Hospital Militar Central*. En Acta Colombiana de Psicología, Colombia, Universidad Católica.
- Hewitt, N., y Molina, J. (2001). *Variables de la práctica clínica relacionadas con la salud mental de los psicólogos que ejercen como terapeutas en Bogotá*. Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología.
- Laín, P. (1984). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona, Salvat.
- Lee, R. & Ashforth, B. (1996). *A meta-analytic examination of the correlates of the three dimension of job burnout*. Journal of applied Psychology, 2, 123-133.
- Levinson, D. J. (1986). *A conception of adult developmente*. American Psychologist, 41.3-13.
- Luzoro, J. (1992). *Psicología de la salud*. *Revista de psicología*. 111, No. 1. Recuperado el 20 de Noviembre de 2003, de <http://rehue.csociales.uchile.cl/psicologia/publica/psicologia%20de%20la%20salud.pdf>

- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement o experienced Burnout. *Journal of occupational behavior*. 2, 99 – 113.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1982). *Maslach Burnout Inventory Reseach Edition*. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. (2001). *Job burnout*. Annual Review Psychology. Recuperado de: findarticles.com.
- Matarazzo, J.D. (1980) Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*. 35, 807-817.
- Ministerio de Desarrollo y Planificación (2000). Recuperado de: mideplan.cl
- Moreno, B. y cols., (1995). *Variables implicadas en el Burnout de enfermería: un modelo estructural de diagnosis*. Madrid, UAM.
- Moreno, B., Garrosa, E. y González, J. (2001). Evaluación específica de los procesos de Burnout: Burnout de profesorado y de enfermería. *Revista interamericana de psicología ocupacional*. 20, 36 – 54.
- Noak, H. (1987). *Conceptos de salud y de promoción de salud*. European Series, No.22.
- Peiró, J. M. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid, Eudema.
- Peña, E., Sanz, J., Garrido, J., Carvajal, J., Galán, R. y Herrero, A. (2002). Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería Clínica*. 12, 59 – 64.
- Perez, T. (1998). *Estrés, vida o muerte*. México, Instituto Politécnico Nacional..
- Phillips, N. (1984) *Motivating for change: how to manage employee stress*. Londres, Institute of Management Foundation; Pitman.
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L. y Vega, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*. 29, 294 – 302.

- Prieto, L. (2001). Burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 28, 444 – 445.
- Revista Interamericana de Psicología Ocupacional* (2001) Moreno, B., Garrosa, E. y Gonzále, J. L. Evaluación específica de los procesos de burnout: Burnout de profesorado y de enfermería. Vol. 20.
- Rodríguez – Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid, Síntesis.
- Román, J. (2003) Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, 103 – 8.
- Schaufeli y cols., (1993). The construct validity of two Burnout measures. *Journal of organizational behavior*. 14, 631 – 647.
- Simón, M. (1999). *Manual de Psicología de la salud*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Sörderferdt, M. Söderfeldt, B. y Warg, L (1996). *Burnout en Social Work*. National Association of Social Workers Review, Inc, 40, 638-646.
- Solano, M., Hernández, P., Reig, A. y Vizcaya, M. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 13, 9 – 16.
- Van Dierendanck, A., Schaufeli, W. y Bunk, B. (2001). *Toward a process model of burnout: results from a secondary analysis*. European journal of work and organizational psychologist.
- Vega, D., De Matos, D. y Pérez, U. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas españolas de psiquiatría*, 27, 310 – 320.
- Villalobos, L. (1999). *Salud y Sociedad. Un enfoque para Centroamérica*. Costa Rica, ICAP.
- Zabel, R. H. y Zabel, M. K. (1982). Factors in Burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional children*. 49, 261 – 262.

Apéndices

Apéndice A

Registro de Variables Demográficas

El siguiente registro es totalmente anónimo, la información seguirá un manejo estrictamente confidencial y los datos tendrán un tratamiento estadístico. Por favor, conteste las siguientes preguntas y en donde aparezcan varias opciones de respuesta, señale con un círculo la que corresponda.

Edad: _____ Sexo: M____ F____ Estado Civil: _____

Información Laboral**1. Tipo de vinculación laboral:**

- a. Contrato a término indefinido
- b. Contrato a término fijo
- c. Contrato por honorarios
- d. Otro, cuál? _____

2. Horario laboral:

- a. Tiempo completo
- b. Medio tiempo
- c. Parcial, cuántas horas? _____

3. Trabaja independiente:

SI NO

4. Número de horas semanales dedicadas a las terapias: _____**5. ¿Semanalmente cuantos casos atiende?**

- a. De uno a cinco (1-5)
- b. De seis a diez (6-10)
- c. De once a quince (11-15)
- d. Más de 16

6. Población atendida:
 - a. Niños
 - b. Adolescentes
 - c. Adultos
 - d. Ancianos
 - e. Todas

7. Con que frecuencia atiende casos que considere complejos (entienda complejidad como el grado de dificultad al abordar una problemática, que requiere mayor cantidad de tiempo y número de consultas que el promedio):
 - a. Un caso diario
 - b. Un caso semanal
 - c. Un caso mensual
 - d. Otro, frecuencia: _____

8. ¿Acostumbra realizar labores de su trabajo en su casa?
 - a. Nunca
 - b. Algunas veces
 - c. La mayoría de veces
 - d. Siempre

Información Profesional

1. Profesión: _____

2. Estudios realizados:
 - a. Especialización Título otorgado: _____
 - b. Maestría Título otorgado: _____
 - c. Diplomado Título otorgado: _____
 - d. Doctorado Título otorgado: _____

e. Otro, Cual? _____

3. Tiempo de ejercicio profesional: _____ años

Apéndice B

Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos tal como usted lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas; el objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. Un ejemplo le ayudará a comprender el tipo de tarea que debe realizar, las frases que encontrará son de este tipo:

“Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo”.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento. ¿Con qué frecuencia siente eso?

1. Nunca
2. Algunas veces al año
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces a la semana
5. Diariamente

- | | |
|---|-----------|
| 1. Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento cansado. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Siento que puedo entender fácilmente las personas a las que tengo que atender. | 1 2 3 4 5 |

5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiarios de mi trabajo como si fuesen objetos impersonales. 1 2 3 4 5
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. 1 2 3 4 5
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender. 1 2 3 4 5
8. Siento que mi trabajo me está desgastando. 1 2 3 4 5
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo. 1 2 3 4 5
10. Siento que me he vuelto más duro con la gente. 1 2 3 4 5
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente. 1 2 3 4 5
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo. 1 2 3 4 5
13. Me siento frustrado por mi trabajo. 1 2 3 4 5
14. Siento que paso demasiado tiempo en mi trabajo. 1 2 3 4 5
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente. 1 2 3 4 5
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa. 1 2 3 4 5
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo. 1 2 3 4 5
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender. 1 2 3 4 5
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo. 1 2 3 4 5
20. Me siento como si estuviera en el límite de mis posibilidades. 1 2 3 4 5
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada. 1 2 3 4 5
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas. 1 2 3 4 5

Apendice C

Consentimiento Informado

Estimado Terapeuta:

Reciba un cordial saludo, actualmente nos encontramos realizando el Trabajo de Grado **“Estudio diagnóstico sobre estrés asistencial en el personal de salud del proceso integral de rehabilitación (PIR) de la Clínica Universitaria Teletón”**; el cual pretende detectar los niveles de estrés asistencial y las características personales de quienes realizan esta labor para brindar de esta forma información suficiente para la creación de un programa preventivo encaminado a generar condiciones organizacionales y personales más favorables al interior de la institución; ofreciendo en un futuro próximo, bienestar tanto al personal de la salud como a sus usuarios. Por lo anterior le solicitamos nos suministre información sincera y completa acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él mediante el diligenciamiento de los formatos anexos.

Recuerde que no existen respuestas ni buenas ni malas, siendo la respuesta correcta aquella que exprese en realidad lo que usted siente.

Es de aclarar que la información allí consignada es de tipo confidencial y será divulgada sin datos de identificación en los resultados que se obtengan de este trabajo.

En caso de presentarse alguna duda o inquietud en el momento de contestar los cuestionarios, por favor diríjase a la persona encargada.

Agradecemos su colaboración,

Jeannette Torres

Directora Proyecto

Carolina Giraldo

Psicóloga en Formación

Luisa Gómez

Psicóloga en Formación

Vanesa Buritica

Psicóloga en Formación

Firma y Fecha

Apéndice D

Base de Datos (Tabulación MBI)

Apéndice E

Relación variables demográficas y categorías del MBI

PROFESIÓN	SUJETO	ITEM/CATEGORIA																					SUB-TOTAL	TOTAL			
		AGOTAMIENTO EMOCIONAL									DESPERSONALIZACION					LOGROS PERSONALES											
		1	2	3	6	8	13	14	16	20	5	10	11	15	22	4	7	9	12	17	18	19			21		
FISIOTERAPIA	1	2	4	3	3	4	1	5	2	4	28	2	3	3	2	1	11	5	4	5	4	4	3	4	2	31	70
	2	2	4	4	3	2	3	5	1	4	28	2	3	3	1	1	10	5	4	5	4	4	5	5	4	36	74
	3	3	5	4	1	5	2	5	2	1	28	1	2	2	1	2	8	5	5	5	5	5	4	2	3	34	70
	4	3	5	4	4	5	4	5	4	1	35	1	2	2	1	2	8	4	5	5	4	5	4	2	3	32	75
	5	1	4	3	2	2	1	4	2	1	20	1	1	1	1	1	5	5	5	3	4	4	4	4	5	34	59
	6	4	5	5	5	5	5	5	4	5	43	4	5	5	3	3	20	4	4	5	3	2	4	3	1	26	89
	7	3	5	4	2	4	3	4	3	3	31	2	2	2	1	1	8	5	5	5	4	4	3	3	2	31	70
	8	3	5	4	4	4	3	5	2	3	33	4	4	2	1	2	13	5	5	5	4	3	5	4	2	33	79
	9	2	4	2	2	3	1	4	2	2	22	1	2	1	1	1	6	2	0	5	4	1	2	5	4	23	51
	10	0	4	3	4	3	2	4	4	0	24	2	2	2	1	2	9	4	3	5	4	4	5	4	2	31	64
	11	4	5	4	4	3	4	5	2	2	33	1	3	4	2	1	11	4	4	5	4	3	3	2	5	30	74
	12	4	4	4	1	4	3	5	1	1	27	1	1	1	1	1	5	5	5	5	4	4	4	5	1	33	65
	13	4	4	5	3	4	3	5	3	1	32	2	1	1	1	1	6	5	5	5	4	4	4	5	2	34	72
	14	4	4	4	1	5	2	4	1	2	27	1	3	1	1	1	7	5	5	4	5	5	5	5	3	37	71
	15	1	5	4	3	3	2	5	2	3	28	1	3	3	1	1	9	5	5	4	3	5	2	2	1	27	64
	16	2	5	4	3	5	2	5	3	0	29	1	3	2	5	1	12	5	4	5	4	5	4	3	2	32	73
	17	2	5	4	4	4	3	5	3	2	32	1	4	3	1	1	10	5	4	5	4	5	5	5	4	37	79
	18	2	5	4	3	0	2	5	3	1	25	1	2	1	1	1	6	0	3	5	5	5	5	5	4	32	63
	19	3	4	4	2	4	3	2	2	2	26	1	1	1	1	1	5	5	5	5	4	4	3	4	3	33	64
	20	2	5	5	3	5	3	5	1	3	32	1	2	2	1	1	7	5	5	5	2	5	4	3	3	32	71
SUB-TOTAL		51	91	78	57	74	52	92	47	41	583	31	49	42	28	26	176	88	85	96	79	81	78	75	56	638	1397
TERAPIA OCUPACIONAL	21	1	5	3	1	3	1	5	1	3	23	1	3	3	1	2	10	5	5	4	5	5	5	5	2	36	69
	22	1	5	2	1	2	1	3	1	1	17	1	3	3	1	2	10	5	5	5	5	4	4	5	5	38	65
	23	2	4	3	3	3	2	5	3	2	27	1	1	1	5	4	12	4	3	5	3	3	4	3	1	26	65
	24	3	3	3	1	2	2	3	1	3	21	1	1	1	1	3	7	2	1	5	4	4	5	5	4	30	58
	25	3	5	3	2	2	2	2	2	2	23	1	1	1	1	2	6	5	5	5	4	4	1	1	2	27	56
	26	3	5	3	2	2	2	3	1	2	23	1	1	1	1	2	6	5	5	5	4	4	5	5	2	35	64
SUB-TOTAL		13	27	17	10	14	10	21	9	13	134	6	10	10	10	15	51	26	24	29	25	24	24	24	16	192	377
PSICOPEDAGOGIA	27	3	5	3	2	0	2	2	1	2	20	1	1	1	1	2	6	5	5	5	4	5	5	5	2	36	62
	28	1	5	3	3	5	1	4	4	1	27	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	0	5	4	34	66
	29	1	5	3	3	5	1	4	3	1	26	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	0	5	5	35	66
	30	2	4	3	3	3	1	5	2	3	26	2	4	1	1	2	10	4	4	5	3	3	3	4	2	28	64
SUB-TOTAL		7	19	12	11	13	5	15	10	7	99	5	7	4	4	6	26	19	19	20	17	18	8	19	13	133	258
FONOAUDIOLOGIA	31	1	5	4	2	4	1	5	1	2	25	2	3	1	1	1	8	5	5	5	3	5	3	5	4	35	68
	32	2	4	1	3	3	2	4	2	4	25	3	1	1	1	1	7	5	5	5	5	5	4	5	5	39	71
	33	2	4	4	3	3	2	5	2	3	28	1	3	3	1	2	10	5	4	5	4	4	5	3	1	31	69
	34	2	5	3	2	2	1	5	2	5	27	2	3	2	1	2	10	4	4	5	4	4	4	5	4	34	71
	35	2	4	5	3	4	2	5	2	2	29	1	2	2	1	1	7	5	5	5	4	5	5	5	2	36	72
SUB-TOTAL		9	22	17	13	16	8	24	9	16	134	9	12	9	5	7	42	24	23	25	20	23	21	23	16	175	351
PSICOLOGIA	36	2	4	3	3	1	1	5	3	3	25	1	3	1	1	1	7	5	4	5	5	5	4	5	38	70	
	37	2	4	3	2	4	2	2	2	3	24	2	3	2	2	1	10	5	4	5	4	4	5	5	5	37	71
	38	1	3	2	2	2	1	2	2	2	17	1	2	1	1	1	6	5	5	5	5	5	5	5	5	40	63
SUB-TOTAL		5	11	8	7	7	4	9	7	8	66	4	8	4	4	3	23	15	13	15	14	14	15	14	15	115	204
TRABAJO SOCIAL	39	2	4	2	2	2	0	2	1	2	17	1	2	2	1	2	8	5	5	4	3	5	4	4	2	32	57
SUB-TOTAL		2	4	2	2	2	0	2	1	2	17	1	2	2	1	2	8	5	5	4	3	5	4	4	2	32	57
TERAPIA RESPIRATORIA	40	1	3	2	1	1	1	4	1	1	15	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	3	38	58
SUB-TOTAL		1	3	2	1	1	1	4	1	1	15	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	3	38	58
ENFERMERIA	41	1	5	5	4	3	2	5	4	1	30	5	4	4	5	4	22	5	5	4	5	5	4	3	3	34	86
	42	2	4	4	5	2	1	5	1	1	25	1	4	2	1	1	9	5	5	5	5	5	5	5	5	40	74
SUB-TOTAL		3	9	9	9	5	3	10	5	2	55	6	8	6	6	5	31	10	10	9	10	10	9	8	8	74	160
TOTAL		91	186	145	110	132	83	177	89	90	1103	63	97	78	59	65	362	192	184	203	173	180	164	172	129	1397	2862

VARIABLES DEMOGRAFICAS		AGOTAMIENTO EMOCIONAL		
		PUNTAJE BRUTO	PORCENTAJE	NIVEL ESTRÉS ASISTENCIAL
SEXO	MASCULINO	49	54%	MEDIO
	FEMENINO	1054	58%	MEDIO
ESTADO CIVIL	CASADO	322	60%	MEDIO
	SOLTERO	754	57%	MEDIO
TIPO DE VINCULACION LABORAL	CONTRATO A TERMINO FIJO	122	54%	MEDIO
	CONTRATO A TERMINO INDEFINIDO	902	59%	MEDIO
	OTRO	79	58%	MEDIO
	MEDIO TIEMPO	50	55%	MEDIO
HORARIO LABORAL	TIEMPO COMPLETO	1053	58%	MEDIO
	20 A 40 HORAS	114	51%	MEDIO
HORAS SEMANALES	40 A 60 HORAS	965	59%	MEDIO
	DE 1 A 5	100	44%	BAJO
NUMEROS DE CASOS SEMANALES	DE 6 A 10	23	51%	MEDIO
	DE 11 A 15	364	54%	MEDIO
	MAS DE 16	616	65%	MEDIO
	NINOS - ADULTOS	25	55%	MEDIO
POBLACION ATENDIDA	NINOS - ADULTOS - ADOLESCENTES	23	51%	MEDIO
	ADOLESCENTES - ADULTOS	28	62%	MEDIO
	ADOLESCENTES - ADULTOS - ANCIANOS	106	59%	MEDIO
	ADULTOS - ANCIANOS	86	64%	MEDIO
	ADULTOS	86	48%	MEDIO
	TODOS	749	59%	MEDIO
	1 SEMANAL	75	42%	BAJO
	1 MENSUAL	126	56%	MEDIO
FRECUENCIA DE CASOS COMPLEJOS	1 DIARIO	441	61%	MEDIO
	OTROS	434	60%	MEDIO
	NUNCA	190	70%	MEDIO
	ACOSTUMBRA REALIZAR LABORES DE SU TRABAJO EN CASA	ALGUNAS VECES	679	56%
LA MAYORIA DE LAS VECES		131	58%	MEDIO
SIEMPRE		80	59%	MEDIO

VARIABLES DEMOGRAFICAS		LOGROS PERSONALES		
		PUNTAJE BRUTO	PORCENTAJE	NIVEL ESTRÉS ASISTENCIAL
SEXO	MASCULINO	71	89%	ALTO
	FEMENINO	1326	83%	ALTO
ESTADO CIVIL	CASADO	386	80%	ALTO
	SOLTERO	974	84%	ALTO
TIPO DE	CONTRATO A TERMINO FIJO	173	86%	ALTO

VARIABLES DEMOGRAFICAS		DESPERSONALIZACION		
		PUNTAJE BRUTO	PORCENTAJE	NIVEL ESTRÉS ASISTENCIAL
SEXO	MASCULINO	18	36%	BAJO
	FEMENINO	344	34%	BAJO
ESTADO CIVIL	CASADO	113	38%	BAJO
	SOLTERO	242	33%	BAJO
TIPO DE VINCULACION LABORAL	CONTRATO A TERMINO FIJO	37	30%	BAJO
	CONTRATO A TERMINO INDEFINIDO	301	35%	BAJO
	OTRO	24	32%	BAJO
	MEDIO TIEMPO	15	30%	BAJO
HORARIO LABORAL	TIEMPO COMPLETO	347	35%	BAJO
	20 A 40 HORAS	34	27%	BAJO
HORAS SEMANALES	40 A 60 HORAS	319	35%	BAJO
	DE 1 A 5	29	29%	BAJO
NUMEROS DE CASOS SEMANALES	DE 6 A 10	10	40%	BAJO
	DE 11 A 15	121	32%	BAJO
	MAS DE 16	202	38%	BAJO
	NINOS - ADULTOS	7	28%	BAJO
POBLACION ATENDIDA	NINOS - ADULTOS - ADOLESCENTES	10	40%	BAJO
	ADOLESCENTES - ADULTOS	9	36%	BAJO
	ADOLESCENTES - ADULTOS - ANCIANOS	33	33%	BAJO
	ADULTOS - ANCIANOS	27	36%	BAJO
	ADULTOS	24	24%	BAJO
	TODOS	252	36%	BAJO
	1 SEMANAL	34	34%	BAJO
	1 MENSUAL	35	28%	BAJO
FRECUENCIA DE CASOS COMPLEJOS	1 DIARIO	139	35%	BAJO
	OTROS	147	37%	BAJO
	NUNCA	55	37%	BAJO
	ACOSTUMBRA REALIZAR LABORES DE SU TRABAJO EN CASA	ALGUNAS VECES	236	35%
LA MAYORIA DE LAS VECES		32	26%	BAJO
SIEMPRE		33	44%	BAJO

TIPO DE VINCULACION LABORAL	CONTRATO A TERMINO INDEFINIDO	1125	83%	ALTO
	OTRO	99	82%	ALTO
	MEDIO TIEMPO	72	90%	ALTO
HORARIO LABORAL	TIEMPO COMPLETO	1325	83%	ALTO
	20 A 40 HORAS	173	86%	ALTO
HORAS SEMANALES	40 A 60 HORAS	1193	83%	ALTO
	DE 1 A 5	131	82%	ALTO
NUMEROS DE CASOS SEMANALES	DE 6 A 10	36	90%	ALTO
	DE 11 A 15	535	89%	ALTO
	MAS DE 16	695	83%	ALTO
	NINOS - ADULTOS	39	97%	ALTO
POBLACION ATENDIDA	NINOS - ADULTOS - ADOLESCENTES	36	90%	ALTO
	ADOLESCENTES - ADULTOS	27	67%	MEDIO
	ADOLESCENTES - ADULTOS - ANCIANOS	132	82%	ALTO
	ADULTOS - ANCIANOS	93	77%	ALTO
	ADULTOS	133	83%	ALTO
	TODOS	937	84%	ALTO
	1 SEMANAL	147	92%	ALTO
	1 MENSUAL	169	84%	ALTO
FRECUENCIA DE CASOS COMPLEJOS	1 DIARIO	512	80%	ALTO
	OTROS	532	83%	ALTO
	NUNCA	189	79%	ALTO
	ALGUNAS VECES	906	83%	ALTO
ACOSTUMBRA REALIZAR LABORES DE SU TRABAJO EN CASA	LA MAYORIA DE LAS VECES	169	85%	ALTO
	SIEMPRE	106	88%	ALTO