



Cuidando
a los que cuidan:
**“Síndrome Burnout
en Kinesiólogos”**

Rocío Pilar García



Universidad Fasta
Facultad de Ciencia Médicas
Licenciatura en Kinesiología
Tutora: Lic. Graciela Tur
Tutora de Metodología: Dra. Mg. Vivian Minnard
2015

“Lo importante no es lo que uno hace, sino cómo lo hace, cuánto amor, sinceridad y fe ponemos en lo que realizamos. Cada trabajo es importante, y lo que yo hago, no lo puedes hacer tú, de la misma manera que yo no puedo hacer lo que tú haces. Pero cada uno de nosotros hace lo que Dios le encomendó”

Madre Teresa de Calcuta

A mi familia y a mi amor.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia a mis padres, Mónica y Norberto, que incondicionalmente y con mucho amor, me acompañan en cada paso de mi vida.

A mis hermanos, Agustín y Nacho, que desde éste o del otro lado del mundo, son un pilar fundamental para concretar mis sueños.

A Alejandro, mi amor, mi cómplice y todo.

A mi abuela Amparo, la gran compañera que Dios me permitió disfrutar.

A mis amigas, Flor, Posho, Vicki y Eli, que siempre tuvieron su mano tendida cuando las necesité, sobretodo en estos años de aprendizaje.

A Eve, esa gran amiga que me regaló la carrera.

A mi compañeros-colegas que conocí en la Universidad, con quienes transite y compartí mucho tiempo durante estos cinco años.

A la Lic. Graciela Beatriz Tur, quien confió en mí al proponerle esta Investigación y fue mi guía hasta concluirla.

A la Lic. Marion Díaz, por su ayuda y apoyo brindado a lo largo de esta Investigación.

Al Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires “Distrito IX” que desinteresadamente me brindaron su espacio para realizarla recolección de datos.

A los 110 kinesiólogos que generosamente y entusiasmados dedicaron su tiempo para responder las encuestas.

A la Dra. Mg. Vivian Minnard y a la Lic. Vanesa Baima Gahn, del Departamento de Metodología de la Investigación, por brindarme su tiempo y dedicación para que este sueño pueda concretarse.

A Natalia, del Departamento de Estadística, por asesorarme y darle puntualidad a esta Investigación.

A la Universidad FASTA y a todos los profesores de la misma, por brindarme una formación profesional y, especialmente, humana.

¡¡¡Eternamente gracias!!!!

RESUMEN

El Síndrome de Burnout es una entidad clínica caracterizada principalmente por un estrés crónico, propio de los profesionales que realizan servicios humanos cuya tarea exige una atención intensa, prolongada y constante con personas en situación de padecimiento, desigualdad o dependencia. El Kinesiólogo es uno de los profesionales de la salud que más contacto directo tiene con los factores tendientes al Síndrome por la relación constante con el paciente enfermo, la frecuencia y el tiempo prolongado de las sesiones y por la relación que con sus pacientes genera sesión a sesión.

Objetivo general: Analizar los factores de riesgo más tendientes al Síndrome de Burnout en Kinesiólogos de la ciudad de Mar del Plata y el nivel de afectación a los profesionales durante Octubre del 2014.

Material y Métodos: Trabajo de investigación no experimental, transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realiza una encuesta personal a 110 kinesiólogos con preguntas sobre variables demográficas y su situación laboral acompañado del "Inventario de Maslach Burnout" para evaluar la tendencia al Síndrome y el "Cuestionario del Desgaste Profesional del Médico" para evaluar consecuentes.

Resultados: El 62% de los kinesiólogos cuenta con una tendencia a desarrollar el Síndrome, siendo la mitad tendientes y el otro 10% fuertemente tendientes. Un 52% tiene un nivel medio o alto de Agotamiento Emocional, un 37% de los profesionales desarrollan un nivel alto y medio de Despersonalización y un 80% cuenta con un nivel alto de Realización Personal. La fuerte tendencia estaría determinada por el sexo masculino, en un rango etareo de 30 a 44 años que trabajan de forma independiente. La especialidad con mayor predisposición es la de Traumatología y Ortopedia con un promedio de pacientes atendidos de 24 en 8 horas y le sigue Gerontología con 25 pacientes en 9 horas diarias. De las variables que predispone al desarrollo del Síndrome, el 36% de los kinesiólogos admitieron que trabajan más de 9 horas, el 47% atiende más de 16 pacientes por día y el 19% atiende 26 pacientes o más, el 17% no realizaba ningún tipo de actividad de esparcimiento, el 27% de la muestra realiza un descanso menor a 6 horas diarias y 6 de 9 kinesiólogos que realizan guardias tienen tendencia a desarrollarlo. Prevalencen minimamente con fuerte tendencia los profesionales que tienen cargo docente por sobre los que no, se observa mayor predisposición si esta variable viene acompañada de una carga laboral diaria intensa. Un total de 11 kinesiólogos cuentan con una fuerte tendencia al Síndrome. Tres profesionales cuentan con alto nivel de consecuencias físicas y emocionales siendo su descanso menor a seis horas, no cuentan con actividades de esparcimiento, trabajan entre 5 y 6 días a la semana atendiendo a un promedio de 41 pacientes en 10 horas laborales diarias con un promedio de 6 inasistencias que refieren ser causadas por enfermedad y cansancio y no tienen profesionales reemplazantes porque faltan kinesiólogos y porque la Institución no le permite reemplazos. Sólo uno de estos profesionales cuenta con alto nivel de aislamiento socio-profesional y de deseo de abandono.

Conclusión: Los resultados dan la pauta de que los kinesiólogos que cuentan con una fuerte carga laboral diaria determinada por extensas horas de trabajo, gran cantidad de pacientes con atención en simultaneo, un descanso inadecuado y sin actividades de esparcimiento se encuentran fuertemente tendientes al Síndrome desarrollando consecuencias físicas y emocionales pero sin experimentar aislamiento dentro de su trabajo ni deseos de abandono.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Síndrome del Quemado, Desgaste Profesional, Kinesiólogos.

ABSTRACT

The burnout syndrome is a clinical entity characterized mainly by a stress, typical of human services professionals who perform whose task requires intense, prolonged and constant attention to people in situations of suffering, inequality or dependence chronic stress. The Physiotherapists is one of the health professionals who have more direct contact with the factors tending Syndrome because your constant relationship with the sick patient, the frequency and time prolonged sessions and the relationship with patients generates session of session.

General Objective: To analyze the Burnout Syndrome aimed at Physiotherapists in the city of Mar del Plata and the level of involvement professionals during October 2014 risk factors.

Material and Methods: Labour not experimental, cross-sectional survey with no probabilistic sampling for convenience. A personal survey of 110 physiotherapists with questions on demographic variables and employment status accompanied by "Maslach Burnout Inventory" to assess the trend Syndrome and the "Questionnaire Medical Professional Burnout" is performed to evaluate consequential.

Results: 62% of physical therapists has a tendency to develop the syndrome, half tending and the other 10% strongly tending. 52% have a medium to high level of emotional exhaustion, 37% of professionals develop a high level of depersonalization and 80% have a high level of personal accomplishment. The strong trend would be determined by the male, a etareo range 30-44 years working independently. The specialty is the most prone Traumatology and Orthopedics with an average of 24 patients seen in 8 hours and Gerontology followed 25 patients in 9 hours a day. Of the variables that predispose to the development of the syndrome, 36% of therapists say who work more than 9 hours, 47% serves more than 16 patients per day and serves 26 patients 19% or more, 17% did no type of leisure activity, 27% of the sample takes a break less than 6 hours per day, 6 of 9 physiotherapists who perform guards tend to develop it. Strong trend towards minimally preempts professionals who have teaching position over those who do not, greater predisposition is observed if this variable is accompanied by an intense daily workload. A total of 11 therapists have a strong tendency Syndrome. Three professionals have high level of physical and emotional impact being younger than six hours rest, have no leisure activities, work 5 to 6 days a week serving an average of 41 patients in 10 daily working hours with an average 6 absences referring be caused by illness and fatigue and haven't replacements because they say that missing professional therapists and because the institution does not allow you replacements. One of these professionals has high socio-professional isolation and abandonment desire.

Conclusion: The results give us the pattern that therapists who have a strong daily workload determined by long working hours, many patients with simultaneous care, inadequate rest and without activities of recreation possess strongly tending Syndrome causing impact physical and emotional but without experiencing isolation within their work or desire to abandon the profession.

Keywords: Burnout Syndrome, Professional Burnout, Physiotherapists.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
<u>CAPÍTULO I:</u>	
“¿Qué es el Síndrome de Burnout?”	6
<u>CAPÍTULO II</u>	
“¿Cuáles son las consecuencias del Síndrome?”	16
DISEÑO METODOLÓGICO	25
ANÁLISIS DE DATOS	40
CONCLUSIÓN	72
ANEXOS	76
BIBLIOGRAFÍA	81



Introducción

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el trabajo está siendo considerado como principal causante de enfermedades que provocan consecuencias tanto físicas como mentales afectando el estado de bienestar de los trabajadores en forma negativa. Las condiciones laborales para un individuo sólo son las adecuadas si promueven la salud física, psíquica y social de los trabajadores. El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en nuestro contexto sociocultural (Gil-Monte P. , 2005).¹ Es así como las nuevas exigencias del trabajo, los grandes requisitos del puesto de trabajo y los límites de cada sujeto han originado la aparición de nuevos riesgos llamados psicosociales, entre ellos el Síndrome de Burnout, cuya prevalencia ha aumentado año a año y se está constituyendo en un problema de tipo social y de salud pública, que conlleva un gran coste tanto económico como social. El estrés y las enfermedades psicosomáticas² son hoy en día más frecuentes, y afectan no sólo a la salud de los individuos sino que también a su rendimiento profesional. El Síndrome, que es equivalente al término de desgaste profesional, se refiere a un tipo de estrés laboral institucional que afecta especialmente a profesionales que tienen una relación constante y directa con personas. (Fredenberg, 1974).³

Los profesionales que padecen de este Síndrome no sólo se ven afectados a sí mismos, sino que también a su entorno y la organización a la que pertenecen se encuentran afectados pudiendo comprometer la labor profesional y la eficacia organizacional. Es cierto que no existen situaciones estresantes por sí mismas, sino que existen ciertas profesiones en las que por determinadas circunstancias, el estrés es perceptiblemente mayor que en otras, es por esto que presentan un elemento objetivo de estrés (Del Río Moro, O. Perezagua García, MC. Vidal Gomez, B., 2003).⁴ Las profesiones que están predisuestas a desarrollar el Síndrome, como los profesionales de la Salud, están en contacto con las principales causantes del estrés. Entre ellas podemos destacar el labor de tipo asistencial, las condiciones propias del lugar del trabajo como horarios y falta de herramientas, las demandas específicas de cada puesto de trabajo, el desempeño del rol laboral, las relaciones entre los miembros de la organización, al público con el que se trabaja y algunas otras. Al profesional, un labor asistencial le produce, en

¹ Este libro de Pedro Gil-Monte se encarga del estudio detallado el Síndrome donde describe y detalla los antecedentes, sintomatología, diagnóstico y pautas estratégicas de prevención poniendo de manifiesto la necesidad de prevención de este riesgo laboral.

² La Organización Mundial de la Salud, define a la salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social de la persona y no solamente la ausencia de la enfermedad. El cuerpo y la mente tienen estrecha relación, es por esto que si la armonía de estas se ve alterada por emociones y sentimientos negativos o situaciones conflictivas pueden dar origen a las enfermedades psicosomáticas.

³ En esta literatura, uno de los puntos que enfatiza el Psiquiatra Fredenberg, es que el trabajador no está agotado por una demanda excesiva de trabajo sino que se le produce una "erosión del espíritu" donde comienza a perderse las ganas de ayudar al otro.

⁴ Los autores se refieren a que las situaciones no son estresantes, sino que el profesional es que el que se encarga de ponerle la impronta por cómo interpreta a cada situación cotidiana y que existen profesiones que están en contacto directo y constante con situaciones que pueden ser interpretadas como estresantes.

INTRODUCCIÓN

muchos casos, un estrés crónico que puede cansarle emocionalmente y, finalmente, llevarle a una situación de agotamiento y desgaste profesional, provocando múltiples alteraciones en la relación del profesional afectado con sus pacientes, con su pares, con la organización a la que pertenece, su familia y hasta con el mismo. Cuanto más alejados de la realidad hayan sido los objetivos, expectativas e ideales profesionales, más se evidencia la incapacidad para realizar su labor, la disminución de los contactos con otros profesionales y el trato deshumanizado y conflictivo con el paciente. Entre los síntomas que provoca, podemos destacar cuestiones emocionales como depresión y apatía; elementos cognitivos como cinismo y pérdida de expectativas; elementos conductuales como aumento de uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas; y cuestiones sociales como el malhumor y el aislamiento (Moreno-Jimenez B, González JL Y Garrosa E., 2001).⁵ El cuadro clínico se ve aumentado y agravado en cuanto aumenta la intensidad del trabajo y la responsabilidad que enfrenta el profesional. Llegando a aparecer complicaciones que pueden llevar a situaciones de alto riesgo.

En Argentina, cuatro de cada cinco trabajadores sufre de estrés laboral posicionándose como el cuarto país en el mundo con esa proporción de empleados afectados (Irol, 2013).⁶ Esto se debe a que, en el ámbito organizacional y universitario, hay un déficit en transmisión de información a los profesionales y a nivel organizacional no se emplean medidas de detección y prevención tempranas como así tampoco el tratamiento a los trabajadores que ya están afectados. En la actualidad, existen varios trabajos sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en distintas disciplinas, incluida el área de la Salud. Pero no ha sido investigado formalmente sobre el desarrollo de éste en la Kinesiología. El Kinesiólogo es uno de los profesionales que más contacto directo tiene con el paciente enfermo, no sólo por la frecuencia y el tiempo prolongado de las sesiones sino por el contacto y la relación que con éste genera sesión a sesión.

Este estudio pretende entregar evidencia y datos en esta área, aportando información para ser respaldo de futuras investigaciones que tengan como objetivo implantar programas o tomar medidas para prevenir y/o mitigar a este síndrome.

Ante lo expuesto, surge el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo más predisponentes tendientes al Síndrome de Burnout en Kinesiólogos de la ciudad de Mar del Plata y el nivel de afectación a los profesionales durante Octubre del 2014?

⁵ Los autores mencionan que las consecuencias no son sólo físicas, sino que hay 4 ámbitos en los que se desarrollan las consecuencias sintomatológicas del BO: en el área emocional, cognitiva, conductual y social del que lo padece.

⁶ Según una investigación llevada a cabo por D'Alessio IROL sobre 500 personas, el 80% de los trabajadores de nuestro país dijo padecer estrés laboral mientras que la mitad ha revelado padecer estrés frecuente, diario o semanal y se ha adelantado a 25 años la edad en la que se dispara la patología.

INTRODUCCIÓN

En esta investigación, el objetivo general pretende:

Analizar los factores de riesgo más tendientes al Síndrome de Burnout en Kinesiólogos de la ciudad de Mar del Plata y el nivel de afectación a los profesionales durante Octubre del 2014.

Con respecto a los objetivos específicos, se pueden nombrar nueve:

- Establecer los factores de riesgo más tendientes al Síndrome entre los kinesiólogos encuestados como la antigüedad laboral, la cantidad de horas trabajadas, la cantidad de pacientes atendidos por día, cantidad de horas semanales trabajadas, las guardias realizadas y la cantidad horas dedicadas al descanso y esparcimiento de la muestra encuestada.
- Identificar los grados de cansancio emocional, despersonalización y realización personal que tienen kinesiólogos de Mar del Plata.
- Establecer los niveles de tendencia más altos del Síndrome respecto del sexo y la edad de los profesionales encuestados.
- Indagar las especialidades kinésicas con mayor predisposición a desarrollar el Burnout.
- Contrastar la propensión al Síndrome entre profesionales que trabajen en relación de dependencia y profesionales que trabajen independientemente.
- Contraponer la tendencia al Síndrome entre profesionales que trabajen en una o entre los que trabajan en varias instituciones.
- Comparar la predisposición al Síndrome entre profesionales que tengan cargo docente y profesionales no-docentes.
- Identificar la existencia o no de repercusiones en el profesional de la tendencia al Síndrome.
- Determinar el nivel de afectación con respecto a las consecuencias físicas y emocionales, al deseo de abandono profesional y al asilamiento socio-profesional.

Cada problema de investigación debe ir acompañado de una hipótesis que trate de resolverlo (Hernandez Sampieri, 2003). Como hipótesis se plantea que los factores de riesgo más predisponentes tendientes al Síndrome de Burnout en Kinesiólogos de Mar del Plata son la antigüedad laboral, la cantidad de horas trabajadas y la cantidad de pacientes atendidos por día.



Capítulo 1:

**¿Qué es el síndrome
de Burnout?**

CAPITULO I

La aparición del término procede directamente de la observación y el estudio de las consecuencias del desgaste profesional. El término inglés de BURNOUT, se traduce de manera literal como el acto de apagarse, fundirse o agotarse y surge como metáfora para describir una situación de agotamiento tras un periodo de esfuerzo o sobre-esfuerzo y que le produce al profesional que trabaja con altas demandas emocionales. En el ámbito laboral, el término hace referencia exclusiva a una respuesta al estrés laboral crónico y constante del trabajador que le genera un agotamiento físico, emocional y cognitivo.

Las primeras conceptualizaciones formales del BO¹ fueron realizadas en 1974, donde el psiquiatra Herbert Freudenberg introduce por primera vez la expresión en Nueva York, al observar que, en una clínica de toxicomanías donde él trabajaba, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva y rápida pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. Este médico definió este fenómeno como:

“Estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, que no produce el esperado esfuerzo” (Galvez, 2009).²

Este psiquiatra estableció que el Síndrome podría ser contagioso, ya que los trabajadores que tenían este comportamiento de agotamiento y frustración podrían afectar a los demás miembros de la organización con su impaciencia, desesperación y cinismo, con lo que en un corto periodo de tiempo podría hacer afectar a toda la organización.

En 1977, de forma paralela a Freudenberg pero desde la psicología social, Cristina Maslach³ lo dio a conocer en el ambiente de la psicología en una convención de la Asociación Americana de Psicología. Lo conceptualiza, en primera instancia, como una respuesta instantánea al estrés emocional crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de incompatibilidad con las tareas laborales.

Desde ese entonces, “Burnout” se utiliza para referirse al desgaste profesional que padecen los trabajadores de los servicios humanos tales como salud y educación, correspondiendo la etiología a las fuertes demandas sociales que tiene su trabajo. Maslach realiza una operativización de la conceptualización de BO a través del Maslach Burnout Inventory (MBI) que, actualmente, es utilizado a nivel mundial para evaluación y estudio del síndrome en torno a tres conceptos fundamentales: agotamiento o cansancio emocional,

¹ En el presente trabajo, se utiliza las siglas de BO para referirse al término de “BURNOUT” y facilitar la lectura.

² En esta definición, Freudenberg, consideró que la constatación de dedicación a algo en particular genera, no sólo un desgaste físico sino también mental, si los resultados esperados no son los obtenidos.

³ Cristina Maslach es una psicóloga estadounidense nacida en San Francisco en 1946, creadora del validado instrumento internacional sobre el Síndrome de Burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI).

CAPITULO I

despersonalización y falta de realización personal. (Maslach, C & Jackson, 1982).⁴

Posteriormente en 1980, Freudenberg junto a Richelson, establecieron otros elementos que podrían estar en íntima relación con el BO como el agotamiento y el distanciamiento (Freudenberger, H & Richelson, G., 1980).⁵

En 1982, Christina Maslach y Susan Jackson, determinaron al BO como una entidad clínica caracterizada principalmente por un estrés crónico, propio de los profesionales que realizan servicios humanos cuya tarea exige una atención intensa, prolongada y constante con personas en situación de padecimiento, desigualdad o dependencia.

Burke, en 1987, también se encargó de definir al Síndrome y se centró en el proceso de adaptación y desadaptación que realiza el profesional ante distintas situaciones laborales que le producen estrés. Caracteriza a este proceso la desorientación profesional, el desgaste, los sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, la frialdad con los demás, el distanciamiento y el aislamiento afectivo⁶. Pese a que el síndrome es más frecuente en profesionales que desempeñan tareas en el ámbito sanitario y de la educación, no están excluidos otros ámbitos laborales como, por ejemplo, los terrenos empresariales.

En 1988, Pines y Aronson, comenzaron a considerarlo como un estado en el que se combina la fatiga no sólo emocional sino que también física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de atrapamiento emocional, falta de entusiasmo en el trabajo y en la vida social y baja autoestima (Pines & Aronson, 1988).⁷ Con esta definición se deja en claro que el Síndrome tiene resultados negativos para el individuo y para la organización en la que desempeña su actividad profesional. Para el sujeto, se puede ver afectada gravemente su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones psicósomáticas como por ejemplo, problemas cardiorrespiratorios, mareos, insomnios, úlceras, gastritis, estados de ansiedad y depresión, entre otras. La existencia de trabajadores con el Síndrome dentro de una organización puede dar lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional y, por decantación, un deterioro de la calidad asistencial, aumento de las licencias por enfermedad, absentismo laboral, y hasta incluso, en casos con un alto índice de Burnout, abandono definitivo del puesto de trabajo.

⁴ En esta edición, el MBI está realizado únicamente para profesionales asistenciales. Como la aplicación del cuestionario a otras profesiones generaba resultados ambiguos, en la tercera edición de este libro, los autores han sustituido la dimensión de despersonalización por la de cinismo para extender el síndrome a otras áreas.

⁵ Otros elementos que establecieron Freudenberg y Richelson como relacionados son: el aburrimiento, el cinismo, la impaciencia, la irritabilidad, la sensación de omnipotencia, la suspicacia, la paranoia, la desorientación, respuestas de tipo psicósomáticas, depresión y la negación de sentimientos.

⁶ El aislamiento afectivo es una conducta de repliegue donde el individuo se aleja del contacto interpersonal, replegándose sobre sí mismo y distanciándose física y emocionalmente de sus relaciones.

⁷ Esta visión surge de experiencias clínicas y estudios de casos, y se caracteriza por la descripción de un proceso progresivo de desilusión en personas muy motivadas por su actividad laboral, pero también es aplicable a otros ámbitos en los que se pueden producir situaciones que demandan emocionalmente como las relaciones intrafamiliares o de pareja.

CAPITULO I

En la actualidad, no existe una definición unánimemente consensuada pero si hay acuerdo en considerar que aparece exclusivamente en el trabajador como una respuesta propia al estrés laboral crónico, que nace de trabajar en contacto directo con personas en condiciones no favorables provocando consecuencias muy negativas para el trabajador y para la organización a la que pertenece.

El BO, está configurado como un conjunto de signos y síntomas que abarca tres dimensiones: el agotamiento o cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. La persona afectada experimenta un agotamiento emocional, una despersonalización y una reducida realización personal (Gil-Monte P. &., 1999).⁸

Figura N° 1. Modelo de proceso del BO



Fuente: http://riesgoslaborales.wke.es/noticias_base/seccion/consultorio/estar-quemado-o-Burnout-un-riesgo-laboral-que-debe-prevenirse

El cansancio emocional es descrito como el agotamiento o la pérdida progresiva de energía a nivel físico. El profesional tiene la sensación de que los recursos emocionales se han agotado por las demandas del trabajo. Puede estar acompañado de sentimientos de tensión y frustración, en la medida que ya no siente motivación ni propósito para seguir con el trabajo. Las personas se sienten desgastadas e incapaces de recuperarse. Al despertarse a la mañana, el profesional carece de energía y siente no haber podido dormir lo suficiente como para comenzar su día laboral de manera óptima. En este caso, los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de ellos mismos a nivel afectivo (Galvez, 2009).⁹ Se ponen en manifiesto síntomas físicos y emocionales y comienzan las manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y

⁸ Para que la persona sea considerada como afectada por el BO debe realizar el Cuestionario MBI adaptado a su profesión. Los resultados de BO positivo en el MBI son únicamente un nivel alto agotamiento o cansancio emocional, un nivel alto de despersonalización y un nivel bajo de realización personal.

⁹ Según el autor, esto está provocado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender y los sentimientos que esto provoca de no poder más de sí en ámbito afectivo.

CAPITULO I

cansancio que no se pueden recuperar ni siquiera con el descanso.

La despersonalización se identifica como el desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas que se atiende y a los compañeros de trabajo. Esto, indefectiblemente, deriva en frecuentes conflictos interpersonales y aislamiento del profesional. El trato despersonalizado al entorno está basado en las generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, para poder evitar cualquier acercamiento directo que sea desgastante. Esto refleja una conducta de rechazo, de falta de sensibilidad y deshumanización hacia los terceros que puede llegar a culpabilizarles de sus problemas, debido a un endurecimiento afectivo por parte del trabajador. El profesional se convierte en cínico a los sentimientos hacia los pacientes, compañeros de trabajo y a toda la organización. El cinismo es auxilio para reducir al mínimo las emociones intensas que podrían provocar su involucramiento y compromiso laboral.

La falta de realización personal es considerada como la tendencia de los profesionales a evaluarse constantemente de forma negativa afectando a la destreza en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten disgustados con ellos mismos, sin motivaciones a la hora de trabajar e insatisfechos con sus propios resultados profesionales ya que no se están obteniendo los logros de su trabajo. Sienten no estar desempeñándose tan bien como lo hacían años anteriores y se valoran como inefectivos o ineficaces. Es de esta manera como el profesional que trabaja cotidianamente con personas, va acumulando un estrés laboral crónico que puede agotarle emocionalmente y finalmente, llevarle a una situación de desborde emocional y desgaste físico.

En algunas ocasiones, se suele confundir al concepto de Burnout con otros constructos como estrés, fatiga, insatisfacción por el trabajo, aburrimiento, tedio, ansiedad, depresión, entre otros.

Con respecto al estrés, se considera al Burnout como una de las respuestas al impacto acumulativo del estrés laboral crónico. Autores contemporáneos, determinan que el estrés y Burnout, pese a estar relacionados, son términos totalmente distintos.

No podemos dejar de citar que, para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), el estrés es:

"El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción".¹⁰

Teniendo en cuenta esta definición, encontramos una diferenciación entre los dos conceptos, ya que el estrés tiene efectos positivos y negativos mientras que el Burnout, como vimos anteriormente, sólo efectos negativos. La distinción entre estrés laboral y el BO no puede

¹⁰ El estrés se desencadena como respuesta inmunológica del propio organismo como una respuesta de tipo natural y necesaria para la supervivencia de la persona humana. Cuando esta respuesta se da en exceso, es cuando se provocan la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que alteran la homeostasis.

CAPITULO I

hacerse partiendo de la clínica del que lo padece, sino teniendo en cuenta el proceso de desarrollo del síndrome. El BO puede considerarse el final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto que lo padece. El estrés, en cambio, se refiere a procesos temporales más breves.

Cuadro N° 1. Diferencias entre Estrés y Síndrome de BURNOUT.

ESTRÉS	BURNOUT
<ul style="list-style-type: none">• Sobre-implicación en los problemas.• Hiperactividad emocional.• Daño fisiológico como sustrato primario.• Agotamiento o falta de energía física.• Depresión como reacción de preservar energías.• Puede generar efectos positivos a exposiciones moderadas (eustrés).	<ul style="list-style-type: none">• Falta de implicación.• Embotamiento emocional.• Daño emocional como sustrato primario.• Agotamiento que afecta a la motivación y a la energía psíquica.• Depresión por pérdida de ideales de referencia. Tristeza.• Sólo tiene efectos negativos.

Fuente: Adaptación de Bosqued (2008)

La fatiga se define como el cansancio que se experimenta después de un intenso y continuado esfuerzo físico y/o mental. Es un acto reversible por el cual el sujeto puede solucionar la fatiga con el descanso (Bosqued, 2008).¹¹ El Síndrome de BO, en cambio, es de difícil reversibilidad. Los sujetos afectados experimentan un agotamiento físico, pero describen a este cansancio incomparable a la fatiga física. A su vez, la fatiga en determinadas ocasiones se acompaña de sentimientos de realización personal y éxito, mientras que el Burnout siempre está acompañado de sentimientos negativos, experimentando un profundo sentimiento de desilusión y fracaso.

Tampoco se debe confundir con el síndrome de fatiga crónica ni con el síndrome de adicción al trabajo, en los que el trabajador afectado vive por y para trabajar, y, al menos de forma temporal, el trabajo significa una fuente de complacencia y amparo frente a los problemas personales del individuo. Por ser un proceso, el BO supone una interacción de variables emocionales como cansancio emocional y despersonalización, cognitivas tales como falta de realización personal en el trabajo y sociales de despersonalización. Estas variables se relacionan entre sí en un episodio secuencial. Esta particularidad hace del Síndrome algo

¹¹ En la fatiga, el que la padece mediante el descanso puede recuperar de manera rápida las fuerzas y, por consiguiente, puede reincorporarse instantáneamente a las actividades laborales.

CAPITULO I

distinto de todas las respuestas al estrés como lo es la fatiga o la depresión, que deben ser consideradas como estados del individuo.

En el proceso de desarrollo del Síndrome pueden darse varias fases: la fase inicial o de entusiasmo, fase de estancamiento, fase de frustración, fase de la hiperactividad y de la apatía y fase del quemado (Bronsberg, 1998).¹² El Síndrome genera una acomodación psicológica cuando un trabajador estresado está desempeñando un trabajo estresante. Comienza por un mecanismo de particular de afrontamiento al estrés laboral y que, a medida que se hace crónico y fallan las estrategias de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, se pone de manifiesto.

La fase inicial o de entusiasmo se da generalmente en todos los profesionales al comenzar un nuevo trabajo o un cambio de puesto en la que, la actividad laboral y las expectativas positivas derivadas de la misma, cobran gran relevancia. Durante esta etapa, el trabajador se siente motivado y el trabajo resulta interesante aunque sea requiera de mucha exigencia. Al trabajador no le preocupan los contratiempos y trabaja con energías renovadas. Con las personas con las cuales el individuo trabaja, se genera una identificación. Lo extensiva que sea la jornada laboral no es problema para el trabajador. En general, los objetivos que se propone el trabajador tanto a largo como a corto plazo superan los propuestos por su jefe o su organización. En esta etapa, esos objetivos parecen ser posibles alcanzar rápidamente.

La segunda fase es la fase del estancamiento y comienza cuando el trabajador empieza a comprobar el incumplimiento de sus expectativas profesionales y se ve estancado. Aunque el trabajo sigue representando una posible fuente de realización personal, el profesional empieza a encontrarse con dudas y a sentir una sensación de derrota sin saber cuál es el motivo. Los objetivos pensados durante la etapa anterior no se alcanzan. El profesional empieza a experimentar sentimientos de pausa y el entusiasmo, durante su jornada laboral, se hace presente intermitentemente. Con respecto a sus compañeros de trabajo, empieza a contagiarse de la negatividad y aparece el inconformismo por algunas cuestiones de su trabajo. Para protegerse de los desengaños y del negativismo de sus compañeros, comienza a aislarse e incomunicarse. La salud empieza a mostrar signos por el inconformismo del profesional.

Poco después, comienza la fase de la frustración. El profesional empieza a cuestionarse si el esfuerzo personal que realiza vale la pena, ya que los obstáculos presentados son difíciles de enfrentar. Abundan los pensamientos negativos ya que se ve imposibilitado de afrontar situaciones laborales y se siente fracasado. Comienza a preguntarse sobre el sentido de su labor y su elección de profesión. Siente miedo de que no haya cambios a lo largo de su vida profesional. Los sentimientos que experimenta el que lo padece son de

¹² Para Bronsberg, el desarrollo del Síndrome, por ser éste considerado un proceso, se da únicamente cuando cada una de estas fases se dan de manera secuencial sin alteración de orden de ninguna de ellas.

CAPITULO I

frustración, desilusión y desmoralización.

La cuarta etapa corresponde a la fase de hiperactividad y de la apatía. Se produce una reacción de hiperactividad donde el trabajador se olvida de sí mismo, acepta cualquier condición de trabajo indiscriminadamente. Siempre se encuentra trabajando y se lo ve acelerado. Tiene tantas tareas para realizar que no termina haciendo ejecutando ninguna. Después de esto, se produce un trastorno emocional que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad profesional por la reacción de apatía. Prospera en el trabajador la desesperanza. Se siente resignado tanto por lo que se refiere a su trabajo como a las posibilidades de poder variar algo del ámbito laboral. En esta etapa, se ve fuertemente afectada la relación entre el trabajador y las personas que reciben de su servicio. El profesional actúa de manera estructural y formal hacia los demás. También la familia y el entorno social empiezan a estar afectados.

Por último, tenemos a la fase del quemado. Aquí se produce un colapso tanto físico como emocional y cognitivo del trabajador. El profesional se ve impuesto a dejar el puesto, ser trasladado, cambiar de trabajo o arrastrar una vida profesional regida por la frustración y la insatisfacción. En esta etapa, surge un sentimiento de autoinculpación¹³ (El-sahlil, 2012).¹⁴ El profesional que se encuentra en esta fase, siente haber tocado fondo y repercute de manera muy negativa en su salud.

En su etiología, hay factores predisponentes (Esteban, 2002).¹⁵ Entre estos, podemos destacar las variables individuales de cada profesional, las variables sociales y las variables organizacionales.

Las variables individuales que tienen que ver con el aspecto sociodemográfico de la persona, se han estudiado y descubierto como variables moduladoras¹⁶ del BO, pero, en muchos casos, no existe un acuerdo unánime sobre la significación y dirección de esa influencia. Con respecto a las variables de tipo demográficas como el sexo, las mujeres puntúan de forma elevada en las dimensiones de cansancio emocional y baja en la de realización personal. En cambio, los varones lo hacen en la dimensión de despersonalización (Greenglass, Burke & Fiksenbaum, 1990). Otros estudios, sin embargo, no establecen una preferencia de un sexo sobre otro para contraer el Síndrome. (Williams, 1989). La edad parece

¹³ La autoinculpación hacen que el individuo se sienta culpable por la gran mayoría de las actividades que desempeña y también de las que no realiza. Las reacciones de autoinculpación generan un estado de ansiedad que la persona que lo padece cree que merece ser castigado.

¹⁴ Aunque esta autoinculpación tenga su origen en el ámbito laboral, el autor considera que proviene de fallas personales.

¹⁵ Estos factores predisponentes son los que permiten que el Síndrome se desarrolle de una manera más rápida en algunos profesionales con profesiones de riesgo.

¹⁶ En la Psicología, las variables moduladoras afectan la dirección y/o fuerza de la relación entre una variable independiente y una dependiente, interactuando con los estresores de forma que disminuyen, aumentan o anulan los efectos de éstos sobre la salud. Por su parte, una variable puede decirse que funciona como mediadora cuando explica la relación entre la variable dependiente y la independiente.

CAPITULO I

ser un factor determinante. Un alto porcentaje de estudios refleja una mayor incidencia del Síndrome a menor edad del profesional. Es decir que, cuanto más años ejerciendo la profesión menos es más la probabilidad de tener BO. Por decantación, los más jóvenes que tienen menos antigüedad laboral son los más afectados por el síndrome (Benevides-Pereira, 2002).¹⁷ Una de las hipótesis que trata de entender sobre estos resultados es que con los años, los profesionales, van ganando experiencia, competencia, autonomía y en capacidad para el afrontamiento y el manejo de las demandas laborales. Otras variables como el estado civil y la cantidad de hijos parecen no influir en el padecimiento. No es igual con respecto al tiempo de ocio, los profesionales que tienen entre dos y cuatro horas de ocio por día presentan menor grado del Síndrome.

En relación a las variables de carácter socio-laboral, la antigüedad del puesto y la antigüedad de la profesión mantienen resultados paralelos a los de la variable edad, y la justificación teórica es la misma que para el caso anterior, relacionándose con las estrategias de afrontamiento adquiridas con el paso del tiempo, de forma que a mayor experiencia o permanencia en el puesto es menor el riesgo de contraer el BO. Las variables sociales se refieren al apoyo social que obtiene el individuo de las relaciones interpersonales, tanto en el plano emocional como en el instrumental, para una situación específica. En este plano, también entran las actividades sociales de esparcimiento, actividad física y académica donde el profesional puede alejarse y relajarse de las situaciones que tienen que ver con su trabajo y las presiones que éste le genera. El individuo que se siente querido y cuidado, se encuentra más protegido a la aparición de trastornos físicos y psicológicos que otros individuos que carezcan de ese apoyo social. En cambio, el profesional que, carece de vínculos fuertes fuera del ámbito laboral que lo respalde, tiene más predisposición a desencadenar el Síndrome.

Las variables organizacionales generalmente influyen de manera negativa. Entre ellas: las relaciones interpersonales insatisfactorias con los compañeros, supervisores, subordinados y/o pacientes, la inseguridad en el puesto de trabajo como los contratos temporales, la carencia de las herramientas de trabajo y la propia cultura organizacional. Pese a que todos los trabajadores están expuestos a padecer el BO, las profesiones de servicio son las más afectadas por el Síndrome. Otra variable que es analizada con frecuencia en los estudios de desgaste profesional es la situación laboral o contractual. Algunos estudios, determinan como predisponente al trabajo eventual (García, 1991).¹⁸

De todas maneras, la diferencia no se centra tanto en el tipo de contrato laboral, sino en la percepción de inseguridad laboral que tenga el trabajador, de forma que bajo esa condición,

¹⁷ En una muestra de médicos, a través del Cuestionario MBI, se obtuvo una clara diferencia en agotamiento emocional entre los médicos más jóvenes, encontrándose con altos índices de agotamiento, y los de mayor antigüedad.

¹⁸ En esta investigación, sobre una encuesta realizada a trabajadores de una organización, arrojó resultados que indican mayores niveles de BO en el personal fijo sobre el personal eventual.

CAPITULO I

los se presentara menor satisfacción laboral, menor compromiso y mayor agotamiento que los trabajadores con contratos eventuales.

Otros trabajos encuentran puntuaciones más elevadas de BO en aquellas personas que tienen un nivel formativo superior al requerido por el puesto de trabajo. (Aranda C, Pando M, Torres TM, Salazar JG y Franco S., 2005).

En profesiones asistenciales, otras variables analizadas dependen de las características del puesto de trabajo o la tarea a desempeñar, como el trabajo a turnos, el trabajo nocturno, la realización de guardias y el tiempo de interacción con los pacientes. Las tres primeras variables tienen gran influencia en la salud de los profesionales con desincronización de los ritmos biológicos normales, problemas para conciliar el sueño, síntomas de fatiga y también generan factores de estrés en la esfera socio-familiar como déficit en la conciliación trabajo-familia y disminución del tiempo de ocio. Con respecto a la interacción con los pacientes, sí parece ser fundamental en el desarrollo del Síndrome, aumentando el riesgo de padecerlo cuanto mayor es el tiempo de contacto directo con los mismos. El kinesiólogo, miembro del equipo de salud, es uno de los profesionales con más tiempo y frecuencia de sesión con sus pacientes, es por esto que ha sido tomado como objeto de la presente investigación.

Por sus diversas consecuencias, el BO debe ser considerado como factor de riesgo profesional. El estudio de la evolución y el desarrollo del concepto de BO ha sido un elemento clave para su consideración como un riesgo psicosocial del trabajo. Desde ese momento, las diferentes disciplinas como la psicología, el derecho, la medicina y la sociología están aportando una visión multidisciplinar que enriquece la aproximación al síndrome y permite su estudio, detección y afrontamiento.

No obstante, en Argentina, no existe ninguna legislación al respecto que ampare al profesional que padezca del Síndrome ni que obligue a las instituciones a crear herramientas de prevención. En la Ley de Riesgos Laborales vigente, tampoco aparece en el listado de las enfermedades profesionales.

La Legislación de Argentina se encuentra considerando la inclusión como problema de salud vinculado al ejercicio profesional con derecho a la cobranza de alguna indemnización.

Sin embargo, en Mayo de 2008, la Cámara Laboral de San Carlos de Bariloche reconoció al "síndrome de desgaste profesional" sufrido por una psicóloga que trabajó durante 18 años en el departamento de sanidad de la Policía de Río Negro. La profesional tenía contacto con temas de suicidio de personal, abuso sexual y violencia familiar y era expuesta a constantes amenazas por involucrarse en temas de importancia social. Años antes de descubrir lo que padecía, la psicóloga presentó frecuentes de crisis de angustia con importante

CAPITULO I

componente somático asociado con depresión, sentimientos de culpa y dificultad para concentrarse (Feresín, 2009).¹⁹

Esta resolución, proporciona un antecedente importante en el territorio argentino, sentando bases precedentes de importancia para futuras resoluciones en casos similares, tanto a nivel provincial como nacional. También representa un reconocimiento del daño que esta patología puede causar en el trabajador, hasta el punto de provocar una incapacidad total en el que lo padece.

En el plano internacional, La Ley de Prevención de Riesgos Laborales de España y la Directiva Europea han reconocido al Síndrome de BO como consecuencia directa del desempeño laboral. A partir de 1995, fue reconocido como un accidente laboral.

En nuestro país limítrofe, Brasil, la legislación que regula las prestaciones por accidente laboral reconoce también al Síndrome como una patología susceptible de ser originada por agentes o por factores de riesgo de naturaleza ocupacional relacionados con la etiología de enfermedades profesionales.

En Chile, también se le ha otorgado un tratamiento exclusivo al Síndrome de BO. Para que pueda ser legislado correctamente, se deben reconocer absolutamente todas las consecuencias que éste genera.

¹⁹ Por todas las consecuencias señaladas, a nivel institucional, generó un gran coste ya que la psicóloga debía ausentarse y no podía cumplir con los requerimientos propios de su trabajo.



Capítulo 2:

¿Cuáles son las consecuencias del síndrome?

CAPITULO II

Las consecuencias originadas en los profesionales no son aisladas, sino que son múltiples y están interrelacionadas.

No sólo se va a encontrar afectado el profesional, como ya hemos dicho, también van a sufrir las consecuencias su familia, su entorno social y a la organización en la cual desarrolla su actividad laboral. Para este último, suele tener consecuencias muy costosas donde disminuye la implicación laboral y la calidad asistencial.

Las consecuencias asociadas al BO y su diferenciación de los síntomas del mismo no es una tarea fácil, y depende en gran medida de la definición de partida y del método de evaluación que se utilice para su análisis en la muestra.

Los resultados para el individuo que lo padece son varias ya que cada persona se ve afectado de manera diferente por el síndrome, pero existen consecuencias que son experimentadas con más frecuencia.

Pueden existir manifestaciones físicas, cognoscitivas, emocionales y conductuales (Barón, 2008).

Cuadro N° 2. Consecuencias para el individuo que tiene BO.

Emocionales	Cognitivos	Conductuales	Sociales
Depresión. Indefensión. Desesperanza. Irritación. Apatía. Desilusión. Pesimismo. Hostilidad. Intolerancia. Acusaciones a los clientes. Supresión de sentimientos.	Perdida de significado. Pérdida de valores. Modificación del autoconcepto. Desorientación cognitiva. Perdida de la creatividad. Distracción. Cinismo. Criticismo generalizado.	Evitación de responsabilidades. Absentismo. Conductas inadaptativas. Desorientación. Sobreimplicación. Evitación de decisiones. Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	Evitación de contactos. Conflictos interpersonales. Malhumor familiar. Aislamiento. Formación de grupos críticos. Evitación personal

Fuente: Adaptado de Moreno-Jimenez B, González JL Y Garrosa E (2001)

CAPITULO II

Las manifestaciones a nivel físico son las disfunciones fisiológicas o psicosomáticas en respuesta al estrés. Se observan alteraciones inmunológicas donde se evidencia mayor predisposición a las infecciones, alergias recurrentes, problemas de tipo dermatológicos (SECPAL, 2008).¹

Los profesionales tienen alteraciones en el sistema nervioso donde refieren cefaleas tensionales, trastornos del sueño, sensación de vértigo, jaquecas y mareos. Los problemas digestivos se advierten como alteraciones gastrointestinales, presencia de úlceras duodenales, náuseas, diarrea, vómitos, anorexia y ardores estomacales.

En determinados casos, el trabajador sufre problemas respiratorios con episodios de catarros recurrentes, crisis de taquipneas², asma y fatiga. El síndrome puede generar también problemas cardíacos con dolor precordial³, palpitaciones e hipertensión arterial. En mujeres, se evidencian trastornos hormonales de tipo menstruales y en menor medida, imposibilidad de la concepción. Las contracturas musculares y dolores de espalda son las patologías osteoarticulares más frecuentes. También genera alteraciones sexuales como impotencia, ausencia de eyaculación, frigidez, vaginismo, dispareunia⁴ y anorgasmia.

Las expresiones a nivel emocional que se generan tienen que ver con el agotamiento emocional, la irritabilidad, el nerviosismo indiscriminado, la inquietud, la hostilidad y agresividad, los sentimientos recurrentes de fracaso y de impotencia, desilusión, falta de tolerancia, ocultación de sentimientos, la frialdad emocional, la tristeza y el pesimismo.

Con respecto a las manifestaciones cognitivas, podemos destacar la hipersensibilidad a la crítica, la falta de concentración, problemas de desorientación, disminución de la creatividad, la falta de memoria, la indecisión, la impotencia ante los problemas y la falta de compromiso laboral. (SECPAL, 2008)

A nivel conductual las consecuencias también son negativas a través de conductas desadaptativas o patológicas. Siendo de las más destacadas los consumos y abusos de drogas, las tendencias suicidas, los problemas de relación y la alimentación compulsiva o restrictiva. (Moreno-Jimenez B, González JL Y Garrosa E., 2001)⁵

Las manifestaciones a nivel social van a afectar la relación del profesional con su entorno social, dentro de la organización y con sus pacientes. Se presenta sentimientos de

¹ En algunos casos estudiados, se ha presentado graves casos de fatiga crónica y malestar general constante.

² La taquipnea consiste en un aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales (>20 inspiraciones por minuto).

³ Se define al dolor precordial como la sensación álgida, descrita en términos de opresión, constricción, pesadez o tirantez centrotorácica, que puede irradiarse o no por los bordes laterales hacia los hombros, los brazos y las muñecas, así como hacia la mandíbula y/o la región dorsal, asociada o no a fenómenos vegetativos y a la sensación de muerte inminente.

⁴ El término médico para el dolor durante el coito es la dispareunia, que se define como dolor genital persistente o recurrente que se produce justo antes, durante o después del coito

⁵ Los autores han determinado que las alteraciones a nivel conductual más frecuentes es el excesivo consumo de tabaco y alcohol, la automedicación y la anorexia.

CAPITULO II

desconfianza, apatía, ironía, indolencia e inferencia hacia los pacientes, familiares y compañeros. Los trabajadores con niveles medio y alto de BO, tienen un deterioro en las relaciones familiares y de amistad por falta de tiempo, aislamiento, irritabilidad, endurecimiento de los sentimientos, entre otros síntomas consecuentes del Síndrome generando secuelas en el ámbito socio-familiar. Se producen conflicto tanto en el plano familiar como en la vida en pareja y en las relaciones sociales.

Como bien está descrito en el Cuadro N° 1, las manifestaciones sociales más frecuentes son la evitación de contactos, conflictos interpersonales, el malhumor constante en contexto familiar, el aislamiento, la formación de grupos críticos y la evitación personal.

Las consecuencias organizacionales son muy importantes (Barón, 2008).⁶ Entre ellas podemos mencionar, la insatisfacción laboral, la pérdida de motivación, el absentismo recurrente, la ineficacia laboral, la rotación de puestos, la disminución en la cantidad y calidad asistencial, los conflictos con los pacientes y, en el peor de los casos, el abandono del puesto de trabajo y de la organización.

Es importante el conocimiento de las consecuencias del Síndrome de Burnout tanto para el individuo, que puede estar padeciéndolas, como para la institución para poder generar planes de prevención, detección temprana y tratamiento dentro del ámbito laboral.

El SBO se produce, principalmente, en el marco laboral de las profesiones que se encargan de la prestación de servicios como es en el caso de los profesionales de la salud. El objetivo que tienen este tipo de profesiones es atender los intereses o satisfacer necesidades del beneficiario, y se caracterizan por el contacto directo con las personas que se destina ese trabajo. En estas tareas se espera que los profesionales no asuman los problemas de los beneficiarios pero sí que demuestren interés y cierta implicancia emocional con las necesidades del otro. (Tonon, 2003).

En los profesionales de la salud, la combinación de variables físicas, psicológicas y sociales, provocan el síndrome. Son profesionales en los que inciden, especialmente, estresores como la falta de herramientas en su área laboral, la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y, en ocasiones extremas, la muerte.

La falta de especificidad de funciones y tareas, supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, cambios tecnológicos rápidos y bruscos también contribuyen al SBO.

También las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario.

⁶ Las consecuencias organizacionales son producidas por el profesional que tiene un nivel bajo o muy bajo de realización personal y un alto nivel de despersonalización.

CAPITULO II

Una clasificación de esos estresores permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M., 1997).

En el nivel individual, la existencia de sentimientos de generosidad y nobleza lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los pacientes, y convierten en un reto personal la solución de los mismos. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual rebosará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los pacientes y con los colegas, de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de su organización, son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

A nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen a problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

Por último, en el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones como la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, entre otros.

El auge por el estudio de las profesiones asistenciales, y de modo muy particular las profesiones de la salud, han revelado que las altas demandas del trabajo por las que están sometidos generan, no solo un cuadro general de tensión emocional que tiende a generar malestar subjetivo y a expresarse en síntomas somáticos; sino un síndrome que transcurre y se instala por etapas, cuyos efectos parciales constituyen sus componentes.

Una investigación realizada en nuestro país, con profesionales de la medicina especialistas en pediatría, arrojó como resultados que el 13% de los encuestados contaba con el Síndrome y el 78% tenía tendencia a padecerlo. (Garibaldi, 2010)⁷

⁷ Se trata de un estudio observacional, de tipo descriptivo de corte transversal, mediante el análisis de dos encuestas realizadas a los 45 médicos del servicio de pediatría del Hospital del Centenario de la ciudad de Rosario, durante los meses de marzo, abril y mayo del 2010.

CAPITULO II

En un estudio realizado en una población de kinesiólogos de los principales centros asistenciales de las comunidades autónomas de España, Murcia y Valencia, el 4% de los encuestados presentó un burnout severo. (Gisbert F, Garcés E & Montesinos M, 2008).

Lo mismo ocurre con otro estudio realizado en el mismo país con una muestra de 46 kinesiólogos de Andalucía, el 10% de los encuestados se encuentra con el síndrome. (Castro Sánchez, 2006)

En el caso de los kinesiólogos, presentan un alto grado de motivación por su trabajo, pero en ocasiones, cuando se producen frustraciones o sobrecargas laborales, sus reacciones consisten en aumentar sus esfuerzos para seguir asumiendo el reto que supone su trabajo.

En ciertos casos, esta respuesta generada puede ser inofensiva para la salud pero en otros profesionales puede provocar, a largo plazo, el desarrollo del Síndrome. (Wolfe, 1981)⁸

La OMS define 3 niveles de prevención como objetivo de la Medicina del Trabajo: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, que suponen técnicas y objetivos diferentes, al considerar como criterio el conjunto salud-enfermedad, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas.

A la hora de hablar de la prevención de cualquier enfermedad se debe tener en cuenta prevención primaria, prevención secundaria, terciaria y cuaternaria. El Síndrome, por ser considerada un conjunto de signos y síntomas, debe seguir el esquema dispuesto por esta Organización.

En cuanto a la prevención primaria debe aplicarse a través de la educación tanto a estudiantes facultativos como a profesionales sobre los principales factores desencadenantes y síntomas del desgaste profesional teniendo en cuenta las distinciones de cada especialidad en particular.

Educar para la salud y establecer políticas de promoción de la misma es una potente herramienta de la salud pública y de las organizaciones que pueden ser utilizadas como elemento de prevención primaria sobre los antecedentes de tipo sociológico del desgaste profesional médico como la presión social y el deterioro social de la profesión.

El objetivo en la prevención implica disminuir lo más posible los factores desencadenantes e incrementar los factores que potenciadores de la vinculación con el trabajo.

También debe estar presente la detección y evaluación del desgaste profesional mediante los diferentes cuestionarios habilitados para tal fin. Pero no sólo se debe evaluar la ausencia/presencia del Síndrome sino que también hay que considerar otros factores tales como los antecedentes propios de cada trabajador, la evaluación de los consecuentes, la

⁸ Wolfe en 1981 generó la primera investigación formal sobre el SBO en fisioterapeutas, en el que elabora un estudio interpretativo del síndrome, sus antecedentes, manifestaciones y mecanismos de afrontamiento.

CAPITULO II

evaluación de los factores moduladores y el establecimiento de niveles bajos, medios y altos de BO.

Los factores antecedentes nos darán la información necesaria sobre los facilitadores del desgaste no sólo sobre en el ámbito laboral, sino también sobre el social. La evaluación de consecuentes debe hacerse tanto sobre los profesionales implicados de forma individual como sobre el equipo de trabajo, servicio u organización en general. La evaluación de los factores moduladores donde se evalúa los estilos de afrontamiento empleados por cada profesional como también de las habilidades y competencias adecuadas para ello. El criterio de diagnóstico será básico a la hora de planificar actividades preventivas e interventivas es por esto necesario detectar los distintos niveles de BO.

Gracias a utilizar con frecuencia los instrumentos evaluadores del Síndrome, es mucho más fácil poder detectar de manera temprana los primeros síntomas.

El ejercicio de la medicina es altamente estresante por su naturaleza y supone un riesgo altísimo de desarrollar BO. Eliminar totalmente algunos desencadenantes del BO en el ámbito de la Salud resulta imposible y es por esto que, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2006) señala diez formas para poder construir resiliencia ante las dificultades cotidianas que se desarrollan durante el ejercicio profesional, siendo el objetivo final la disminución la incidencia del síndrome durante la prevención secundaria.

Ellos son el establecimiento de relaciones como la búsqueda y la aceptación del apoyo de los demás y ofrecer a su vez el apoyo a otros. La no consideración de las crisis como problemas insuperables, en el caso de que sea imposible evitar los acontecimientos estresantes, si se puede cambiar la interpretación y respuesta que se da ante esos acontecimientos. También, aceptar que el cambio es parte natural de nuestra vida, aceptando las circunstancias que son imposibles de cambiar puede lograr que veamos las circunstancias ofrecen metas que se pueden conseguir. Junto con dirigirse hacia las nuestras propias metas, desarrollando objetivos realistas y hacerlo cotidianamente para poder lograr esas metas.

Además, tratar de no mantenerse pasivo, actuando y realizando conductas dirigidas a la búsqueda de soluciones en situaciones desfavorables tanto como nos sea posible. También lo es estar en constante búsqueda de oportunidades para el autodescubrimiento, aprendiendo cosas acerca de uno mismo, descubriendo fortalezas y debilidades.

Conjuntamente con conservar una visión positiva de uno mismo, desarrollando la confianza interna para la resolución del problema externo.

Simultáneamente salvaguardar una perspectiva a largo plazo considerando las situaciones estresantes en su contexto.

A la vez, intentar mantener una visión esperanzadora manteniendo el optimismo, visualizando lo que se quiere por sobre lo que se teme.

CAPITULO II

Al mismo tiempo cuidarse, poniendo atención en el autocuidado, en las propias necesidades y sentimientos realizando actividades que produzcan placer y relajación como la actividad física constante.

Para trabajar sobre estos diez factores, se debe actuar sobre los objetivos principales de la prevención secundaria: el grupo o equipo de trabajo y el propio individuo.

La prevención de tipo terciaria se realiza cuando la enfermedad ya está instaurada en un individuo y se intenta evitar que se empeore y produzca agravamiento de las complicaciones inmediatas y mediatas.

Como el Síndrome de BO es un trastorno con reacciones desadaptativas que producen el deterioro funcional del individuo como ya hemos visto, debemos clasificarlo según su carácter en crónico o agudo.

En el caso del carácter agudo es cuando el trastorno dura un periodo menor a seis meses.

Si persiste más de ese tiempo, se debe considerar como un trastorno crónico.

En los casos agudos, que son los más leves, los profesionales se recuperan de forma espontánea con diferentes técnicas de la psicoterapia y hasta a veces no es necesario ninguna intervención ya que el individuo cuenta con elementos llamados recursos naturales de apoyo como familiares, compañeros y/o amigos.

En los casos más avanzados, moderados o graves, suelen utilizarse, además, fármacos de manera temporal con el objetivo de apaliar los síntomas físicos principales que genera el BO y de detener el avance de la enfermedad. Los antidepresivos son los más recetados por los médicos cuando el individuo se encuentra con alteraciones del sueño y ansiedad crónica.

Para este tipo de paciente, generalmente es recomendado realizar una licencia laboral ya que el factor estresante está dentro del ámbito de trabajo.

La psicoterapia suele ser muy satisfactoria para este trastorno. El uso de esta terapia de manera individual permite analizar el significado del factor de estrés, el tipo de afrontamiento que fracasó y las consecuencias que esto produjo. También suele utilizarse las terapias grupales, útil para los pacientes que han vivido experiencias similares de estrés, y esto permite discriminar y reconocer las diferencias entre los integrantes del grupo.

Pero no sólo basta que el profesional se encuentre en condiciones físicas y mentales para volver a la actividad laboral, sino que la organización debe realizar cambios dentro de la misma para poder recibir de manera óptima y realizar una adecuada prevención cuaternaria para que el paciente no vuelva a sufrir este trastorno nuevamente.

CAPITULO II

La organización debe contar con un apoyo social⁹ que conforma tanto al apoyo emocional, instrumental como informacional para con su empleado.

El apoyo emocional tiene que ver con el sentimiento de ser amado, de poder contar con alguien y poder ser escuchado. Genera la sensación de no sentirse sólo, ya que al compartir el problema con otros, la persona se siente acompañada, en camino a la resolución del problema.

El apoyo instrumental se refiere a la prestación de ayuda directa o servicios. También llamado tangible, prevee a la persona una respuesta concreta a su pedido.

Sin olvidarnos del apoyo informacional, que consiste en brindar información, consejo y/o guía práctica para la resolución de problemas.

Cuando el problema se encuentra instalado, la organización tiene la obligación de desarrollar cambios como el rediseño de tareas, inculcar el interés por el distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, el contar con momentos de descanso en el trabajo, provocar el hecho de fijar objetivos reales posibles en el desarrollo de las tareas cotidianas, el aumento de la competencia profesional a partir del desarrollo de la capacitación, entre otras propuestas que, obligatoriamente, deben desarrollarse por la organización.

El profesional que ha padecido BO tiene más predisposición a recidivas sino ha creado las estrategias de afrontamiento pertinentes y si la organización no ha realizado los cambios y/o adaptación del puesto de trabajo que se requieran.

En función de las consecuencias que tenga en la salud del trabajador, en algunas ocasiones, es necesario declarar la incapacidad laboral.

Esta incapacidad puede ser de tipo temporal o permanente siendo importante que el profesional que sea el encargado de detectar la enfermedad tenga habilidades terapéuticas. Este profesional no sólo debe conocer la expresión individual y organizacional del BO sino que también conozca aspectos de la vida personal del que lo padece.

⁹ Entendemos por apoyo social a todo proceso de transición interpersonal proveniente de los recursos sociales naturales o redes sociales de pertenencia, que potencia y favorecen el bienestar de los agentes implicados.



Diseño Metodológico

DISEÑO METODOLÓGICO

El propósito del investigador en este trabajo es, principalmente, describir los factores de riesgo más predisponentes tendientes al Síndrome de Burnout en la ciudad de Mar del Plata y las repercusiones que tiene en el profesional, es por esto que es considerada como una investigación de tipo descriptiva.

Los estudios descriptivos buscan especificar y medir las propiedades importantes del objeto sometido al análisis (Hernandez Sampieri, 2003), esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno.

Se trata de una investigación no experimental, ya que existe imposibilidad de asignar aleatoriamente a los sujetos a condiciones específicas y de manipular las variables independientes. Sobre estas variables no puede influir porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. Es decir, consiste en la observación y descripción de ciertos fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, no provocados intencionalmente por el investigador.

También es un diseño de investigación transversal, pues va a ser medido el nivel de ciertas variables en un momento determinado, sin involucrar el seguimiento de éstas en el tiempo. En esta investigación no hay una asignación al azar de los sujetos, sino que, al momento de la recolección de datos, éstos ya pertenecen a un grupo o nivel determinado de la variable a considerar. Lo que se hace, entonces, es analizar y sacar conclusiones de la información que se recolecta de características preexistentes.

El universo de esta investigación corresponde a todos los kinesiólogos que trabajan en la ciudad de Mar del Plata.

- Criterios de inclusión
 - Profesionales que posean la Licenciatura en Kinesiología o títulos similares validantes como Kinesiólogo, Licenciado en Kinesiología y Fisiatría, Fisioterapeuta, Terapeuta Físico.
 - Profesionales que cuenten con Matrícula Nacional.
 - Profesionales que tengan, por lo menos, 1 año de ejercicio profesional.
 - Profesionales que trabajen en la ciudad de Mar del Plata.
- Criterios de exclusión
 - Profesionales que no estén habilitados para el ejercicio al momento del estudio.
 - Profesionales que hayan estado inhabilitados para ejercer la profesión en el último año.
 - Profesionales que trabajen, además, en otras ciudades.

El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia, ya que se realizó una elección de la muestra por métodos no aleatorios cuyas características son similares a la de la población objetivo. La representatividad la determina el investigador de modo subjetivo porque son los sujetos que tiene disponible para investigar y es por eso que no se puede cuantificar la

DISEÑO METODOLÓGICO

representatividad de la muestra.

Las variables sujetas a estudio son:

Presencia del Síndrome de Burnout
Edad
Sexo
Esparcimiento y actividad física
Especialidad kinésica
Antigüedad profesional
Tipo de trabajo
Guardias
Horas de descanso nocturno
Horas trabajadas
Pausas laborales
Pacientes atendidos por día
Atención de pacientes en simultáneo
Tiempo dedicado a cada paciente
Días faltados en el último año
Profesionales docente
Existencia de reemplazo
Consecuencias físicas
Consecuencias emocionales
Deseos de abandono profesional
Aislamiento socio-profesional

- Tendencia al Síndrome de Burnout:
 - Definición conceptual: Propensión al síndrome tridimensional que se desarrolla en profesionales asistenciales. (Maslach, C & Jackson, 1982)
 - Definición operacional: Propensión al síndrome tridimensional que se desarrolla en los kinesiólogos medido a través de la aplicación del Inventario Burnout de Maslach, que evalúa las dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.
- Agotamiento emocional
 - Definición conceptual: Agotamiento o falta de energía combinado con la sensación de que los recursos emocionales se han agotado por las demandas del trabajo. Puede encontrarse con sentimientos de tensión y frustración ya que no se tiene motivación para seguir con el trabajo.
 - Definición operacional: Agotamiento o falta de energía de los kinesiólogos combinado con la sensación de que los recursos emocionales se han agotado por las demandas del trabajo. Medido mediante un puntaje a través del Inventario Burnout de Maslach, en la dimensión Agotamiento Emocional.

DISEÑO METODOLÓGICO

- Despersonalización
 - Definición conceptual: Desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas que integran el ámbito laboral. Refleja una conducta de rechazo y de falta de sensibilidad hacia los terceros.
 - Definición operacional: Desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo por parte de los kinesiólogos hacia las personas que integran el ámbito laboral. Evaluado mediante un puntaje del “Inventario Burnout de Maslach”, en la dimensión Despersonalización.

- Realización personal
 - Definición conceptual: Tendencia de los profesionales a evaluarse de forma negativa afectando a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos con ellos mismos, desmotivados en el trabajo e insatisfechos con sus resultados profesionales.
 - Definición operacional: Tendencia de los kinesiólogos a evaluarse de forma negativa afectando a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Evaluada en mediante el “Inventario Burnout de Maslach”, en la dimensión Realización personal.

- Edad:
 - Definición conceptual: Tiempo de existencia transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual del estudio.
 - Definición operacional: Tiempo de existencia que transcurrieron los kinesiólogos hasta el momento de actual de estudio.

- Sexo:
 - Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. (Real Academia Española, 2001)
 - Definición operacional: Dividido en kinesiólogos masculinos y femeninos.

DISEÑO METODOLÓGICO

- Esparcimiento y actividad física:
 - Definición conceptual: Realización por parte del profesional realiza actividades físicas y/o de esparcimiento fuera de su horario laboral.
 - Definición operacional: Realización por parte del kinesiólogo de actividades físicas y/o de esparcimiento fuera de su horario laboral. Medido a través de la encuesta completada por el profesional. Se consideran las siguientes categorías:

**ACTIVIDAD FÍSICA – LECTURA/ESCRITURA – PASEAR/ENCONTRARSE CON AMIGOS
NAVEGAR POR INTERNET – OTROS**

- Especialidad kinésica:
 - Definición conceptual: Rama de la Kinesiología a la que se dedica un profesional a partir del momento de finalizados sus estudios de grado.
 - Definición operacional: Rama profesional a la que se dedica el kinesiólogo a partir del momento de finalizados sus estudios de grado. Medido a través de la encuesta auto-llenada por el profesional, mediante una pregunta abierta.
- Antigüedad profesional:
 - Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el inicio del labor profesional a partir del momento de finalizados sus estudios de grado.
 - Definición operacional: Tiempo transcurrido desde el inicio del labor profesional en la Kinesiología a partir del momento de finalizados sus estudios de grado. Medido años a través de la encuesta auto-llenada por el profesional. Se consideran las siguientes categorías:

MENOS DE 5 AÑOS – ENTRE 5 Y 10 AÑOS – ENTRE 10 Y 20 AÑOS – MÁS DE 20 AÑOS

- Horas de descanso nocturno diarias:
 - Definición conceptual: Cantidad de horas diarias que el profesional dedica para dormir durante un día.
 - Definición operacional: Cantidad de horas diarias que el kinesiólogo dedica para dormir durante un día. Medido a través de la encuesta completada por el profesional, con las siguientes categorías:

MENOS DE 6 HS – ENTRE 6 Y 8 HS – MÁS DE 8 HORAS

DISEÑO METODOLÓGICO

- Tipo de trabajo
 - Definición conceptual: Tipo de trabajo que realiza el profesional, puede ser en relación de dependencia o de tipo autónomo.
 - Definición operacional: Tipo de trabajo que desarrolla el kinesiólogo, puede ser en relación de dependencia o de tipo autónomo. Evaluado a través de preguntas propuestos por el investigador y completados por el profesional, con las categorías de relación de dependencia, independencia o ambas situaciones.

- Horas de trabajo diarias:
 - Definición conceptual: Cantidad de horas diarias que el profesional realiza su labor profesional.
 - Definición operacional: Cantidad de horas diarias que el kinesiólogo realiza su labor profesional. Medido con una pregunta abierta a través de la encuesta completada por el profesional.

- Pausas de descanso
 - Definición conceptual: Cantidad de tiempo que el trabajador puede descansar durante la jornada laboral. Este tiempo se puede ser tomado una sola vez o ser fragmentado en más de una oportunidad.
 - Definición operacional: Cantidad de tiempo que el kinesiólogo puede descansar durante la jornada laboral. Este tiempo se puede ser tomado una sola vez o ser fragmentado en más de una oportunidad. Medido con una pregunta abierta a través de la encuesta completada por el profesional.

- Pacientes atendidos por día:
 - Definición conceptual: Cantidad aproximada de pacientes atendidos por día por el profesional.
 - Definición operacional: Cantidad aproximada de pacientes atendidos por día por el kinesiólogo. Medido con una pregunta abierta a través de la encuesta completada por el profesional.

- Tiempo dedicado a cada paciente:
 - Definición conceptual: Cantidad aproximada de tiempo que atiende el profesional a un paciente.
 - Definición operacional: Cantidad aproximada de tiempo que atiende el kinesiólogo a un paciente. Medido con una pregunta abierta a través de la encuesta completada por el profesional.

DISEÑO METODOLÓGICO

- Atención simultanea de pacientes:
 - Definición conceptual: Cantidad de pacientes atendidos en un mismo momento por el profesional.
 - Definición operacional: Cantidad de pacientes atendidos al mismo tiempo por el kinesiólogo. Medido con una pregunta abierta a través de la encuesta completada por el profesional.

- Días faltados en el último año:
 - Definición conceptual: Cantidad de días que el kinesiólogo ha faltado desde un año antes del momento de la encuesta.
 - Definición operacional: Cantidad de días que el kinesiólogo ha faltado desde un año antes del momento de la encuesta. Medido con una pregunta abierta a través de la encuesta completada por el profesional.

- Guardias realizadas por semana:
 - Definición conceptual: Existencia o no de realización de guardias profesionales.
 - Definición operacional: Existencia o no de guardias kinésicas por el profesional encuestado. Medido a través de la encuesta completada por el profesional.

- Profesionales docentes:
 - Definición conceptual: Profesionales que se dedican profesionalmente a la enseñanza.
 - Definición operacional: Kinesiólogos que se dedican profesionalmente a la enseñanza. Evaluado a través de la encuesta completada por el profesional.

- Existencia de Reemplazo:
 - Definición conceptual: Existencia o no de profesionales aptos para realizar su tarea en caso de ausencia del titular.
 - Definición operacional: Existencia o no de kinesiólogos suplentes para realizar su tarea en caso de ausencia del titular. Medido a través de la encuesta completada por el profesional.

- Consecuencias físicas
 - Definición conceptual: Repercusión sobre la salud física y consecuencias psicosomáticas del trabajo en el profesional.

DISEÑO METODOLÓGICO

- Definición operacional: Repercusión sobre la salud física y consecuencias psicosomáticas del trabajo en el kinesiólogo. Evaluado a través del “Cuestionario de Consecuentes del Desgaste Profesional del Médico”. (Galvez, 2009)

o Consecuencias emocionales

- Definición conceptual: Repercusión sobre la salud psicológica y emocional del trabajo en el profesional.

- Definición operacional: Repercusión sobre la salud psicológica y emocional del trabajo en el kinesiólogo. Evaluado a través del “Cuestionario de Consecuentes del Desgaste Profesional del Médico”.

o Deseos de abandono profesional

- Definición conceptual: Existencia de ideas de abandono de la práctica profesional o deseos de cambio de servicio entre los facultativos.

- Definición operacional: Existencia de ideas de abandono de la práctica profesional o deseos de cambio de servicio por parte del kinesiólogo. Evaluado a través del “Cuestionario de Consecuentes del Desgaste Profesional del Médico”.

o Aislamiento socio-profesional

- Definición conceptual: Tendencia de aislamiento dentro del equipo de trabajo y a la evitación de situaciones sociales en relación con el mismo.

- Definición operacional: Tendencia de aislamiento del kinesiólogo dentro del equipo de trabajo y a la evitación de situaciones sociales en relación con el mismo. Evaluado a través de preguntas propuestos por el investigador y completados por el profesional.

Se realiza la recolección de los datos a través de:

a) Encuesta a profesional:

- Preguntas sobre algunas cuestiones demográficas como sexo y edad.

- Preguntas sobre situación profesional como especialidad kinésica en la que se desarrolla, antigüedad profesional, tipo de trabajo, entre otros.

- Preguntas sobre su labor profesional propiamente dicha como cantidad de horas trabajadas por semana, cantidad de pacientes atendidos por día, duración aproximada de la sesión, días faltados, entre otros.

b) Escala:

- Inventario Burnout de Maslach.

DISEÑO METODOLÓGICO

Desde que el psiquiatra Freudenberg en 1974 acuñó el término se han desarrollado ininidad de instrumentos para medir la incidencia de este fenomeno. Algunos tuvieron aplicación limitada. No es este el caso del MBI que se ha utilizado mundialmente con mayor frecuencia para medir el syndrome de quemarse por el trabajo, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen. (Peiró J. & Gil-Monte P., 1999)

El cuestionario cuenta con 22 items, posee Buena consistencia interna y ha sido validado previamente. Explora los sentimientos y actitudes del profesional frente a sí mismo, a sus pares y a sus beneficiaries. Se evaluan las tres dimensiones del Síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Los valores para cada uno son: alta, medio y baja.

El MBI considera que en la subescala de cansancio emocional una puntuación de 27 o más presenta un nivel alto, entre 19 y 26 un nivel medio y por debajo de 19, un nivel bajo. En la subescala de despersonalización, una puntuación mayor a 9 significaría grado alto, entre 6 y 9, grado moderado y por debajo de 6, nivel bajo. En la subescala de realización personal tiene un significación opuesta a las dos anteriores, de modo que, entre 0 y 33 puntos se considera grado alto, entre 34 y 39 grado moderado y por encima de 39, grado bajo de realización personal.

Según los resultados obtenidos en las tres dimensiones se establece los grados de incidencia o no del Síndrome. En puntajes mayores a 88, se considera que el paciente cuenta con el Síndrome. En esta investigación, a estos profesionales se los va a nombrar como fuertemente tendientes. Los sujetos que no padecen del Síndrome pero tienen tendencia para tenerlo son los que obtuvieron entre 44 hasta 87 puntos en la encuesta. Los profesionales sin el Síndrome y sin tendencia a padecerlo son los que obtuvieron entre 0 a 43 puntos.

- Cuestionario de los Consecuentes del Desgaste Profesional del Médico.

Con respuestas en escala Likert, se realizan preguntas sobre las consecuencias físicas, consecuencias emocionales, deseos de abandono profesional y aislamiento socio-profesional que pueda tener el profesional que tiene una fuerte tendencia al Síndrome.

En este caso, los valores de las distintas consecuencias se dividen en 4 y el resultado es según el valor de resultado. Si el valor es entre 1 a 1,99 el nivel es

DISEÑO METODOLÓGICO

bajo, si es entre 2 y 2,99 el nivel es medio y si es mayor o igual a 3 el nivel es alto.

A continuación, se adjunta el consentimiento informado y el instrumento implementado para la recolección de los datos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Rocío Pilar GARCIA, estudiante avanzada de Licenciatura en Kinesiología en la Universidad FASTA, Facultad de Cs. de la Salud.

Acudo a usted, Kinesiólogo/a, por su colaboración con una encuesta personal con el propósito de recabar datos para poder concluir con mi Tesis de Licenciatura.

Mi investigación está basada en el Síndrome de Burnout. El objetivo general es analizar los factores de riesgo más predisponentes tendientes al Síndrome en los Kinesiólogos de la ciudad de Mar del Plata y el nivel de afectación del profesional durante Octubre y Noviembre del 2014. La finalidad del estudio es indagar sobre la situación actual del desgaste profesional en los Kinesiólogos de Mar del Plata y ser base para futuras investigaciones sobre promoción, prevención y tratamiento del mismo.

Para esto, necesito realizarle una serie de preguntas a modo de encuesta, que puede elegir contestar abiertamente o no de acuerdo a su comodidad.

Atendiendo a las pautas que encuadran los procedimientos de investigación científica cualitativa y garantizando total confidencialidad de los datos que proporcione, solicito su permiso para hacerlo parte de esta investigación, para luego utilizar esos datos de manera comparativa para sacar conclusiones generales.

Desde ya, muchísimas gracias por su colaboración.

Rocío Pilar GARCÍA,
estudiante de Lic. en Kinesiología.

Firmo en consentimiento

Aclaración

DISEÑO METODOLÓGICO

Complete los siguientes datos y señale con una "X" según corresponda.

1. SEXO: FEMENINO MASCULINO 2. EDAD:

3. Especialidad kinésica:

4. Antigüedad profesional:

MENOS DE 5 AÑOS 10 AÑOS 15 AÑOS MÁS DE 20 AÑOS

5. Aproximadamente, ¿Cuántas horas por día le dedica al descanso?

MENOS DE 6 HS 6 A 8 HS MÁS DE 9 HS

6. Regularmente, ¿realiza alguna actividad de esparcimiento?

SI

NO

6. a) ¿De qué tipo/s?

ACTIVIDAD FÍSICA

LECTURA/ESCRITURA

PASEAR/ENCONTRARSE CON AMIGOS

NAVEGAR POR INTERNET

OTROS: _____

7. ¿Usted trabaja en más de una institución?

SI

NO

7. a) ¿Cuántas?

7. b) ¿De qué tipo/s?

INSTITUCIONES PRIVADAS

INSTITUCIONES PUBLICAS

AMBAS

DOMICILIOS

DISEÑO METODOLÓGICO

8. ¿Realiza alguna actividad laboral distinta a la Kinesiología?

SI

NO

8. a) ¿Cuál? _____

8. b) ¿Cuántas horas? _____

9. Actualmente Usted, ¿desempeña actividades académicas como docente?

SI

NO

9. a) ¿Cuántas horas a la semana? _____

10. ¿Qué tipo/s de relación laboral tiene?

EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

INDEPENDIENTE

AMBAS

11. ¿Cuántas horas trabaja por día como Kinesiólogo/a? _____

12. ¿Realiza guardias?

SI

NO

12. a) ¿De cuántas horas? 12 24 Otras: _____

12. b) ¿Cuántas veces a la semana? _____

13. ¿Cuántos días a la semana trabaja?

1

2

3

4

5

6

7

14. ¿Cuántos pacientes atienden por día regularmente? _____ pacientes.

15. ¿Cuánto dura la sesión de un sólo paciente? _____ minutos.

16. ¿Atiende más de un paciente a la misma vez?

SI

NO

16. a) ¿Cuántos? _____

DISEÑO METODOLÓGICO

17. Durante el último año, ¿ha tenido inasistencias a su trabajo?

SI

NO

17. a) ¿Cuántas veces? _____

17. b) Determina la/s razón/es:

ENFERMEDAD

CANSANCIO

VACACIONES

OTROS: _____

18. En la organización a la que pertenece, ¿usted tiene pausas de descanso?

SI

NO

18. a) ¿Cuánto tiempo?

18. b) ¿Cuántas veces por día laboral? _____

19. En su/s trabajo/s, ¿usted cuenta con un profesional que lo reemplace?

SI

NO

19. a) ¿En cuáles trabajo/s?

INSTITUCIONES PRIVADAS

INSTITUCIONES PUBLICAS

AMBAS

DOMICILIOS

19. a) Especifique la razón:

20. En la próxima página, encontrará un cuadro.

Por favor, indique la frecuencia de cada una de las siguientes situaciones, marcando con una cruz (X) según corresponda.

DISEÑO METODOLÓGICO

Nº		Enunciado	0 NUNCA	1 POCAS VECES AL AÑO	2 UNA VEZ AL MES O MENOS	3 UNAS POCAS VECES AL MES	4 UNA VEZ A LA SEMA NA	5 POCAS VECES A LA SEMA NA	6 TODOS LOS DIAS
1	3V	Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo							
2	3V	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado							
3	3V	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.							
4	4H	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.							
5	0	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.							
6	3V	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7	4H	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.							
8	3V	Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9	4H	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.							
10	0	Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11	0	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	4H	Me siento muy enérgico en mi trabajo.							
13	3V	Me siento frustrado por el trabajo.							
14	3V	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15	0	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.							
16	3V	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17	4H	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.							
18	4H	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.							
19	4H	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20	3V	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21	4H	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22	0	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas							

DISEÑO METODOLÓGICO

21. A continuación, encontrará una serie de cuestiones relacionadas a cómo le afecta su trabajo con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz (X) la casilla que mejor describa su opinión.

D		Enunciado	1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	2 EN DESACUERDO	3 DE ACUERDO	4 TOTALMENTE DE ACUERDO
23	VII	Si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión				
24	CD	En ocasiones, tengo molestias psicosomáticas por mi trabajo				
25	ANS	Prefiero trabajar solo que en este equipo de trabajo.				
26	ED	Frecuentemente, estoy hipersensible a la crítica.				
27	VII	He tenido deseos de abandonar la profesión.				
28	CD	El trabajo tiene consecuencias físicas sobre mi salud				
29	ANS	Cada vez me resultan más difíciles las relaciones sociales en mi trabajo				
30	ED	Mi trabajo me vuelve irritable con la familia				
31	CD	Últimamente los problemas en mi trabajo se reflejan en mi salud				
32	ED	En ocasiones, pierdo la confianza en mí mismo/a.				
33	VII	Algunas veces tengo ganas de abandonar la profesión				
34	CD	He tenido alteraciones del sueño en los últimos meses				
35	ED	Me noto preocupado e incluso obsesionado por temas laborales				
36	VII	Me gustaría dejar la profesión por un tiempo o cambiar a otros servicios.				
37	ANS	Prefiero arreglármelas yo solo/a para realizar el trabajo diario.				
38	ANS	Evito en lo posible el trato personal con los compañeros/as de trabajo.				



Análisis de Datos

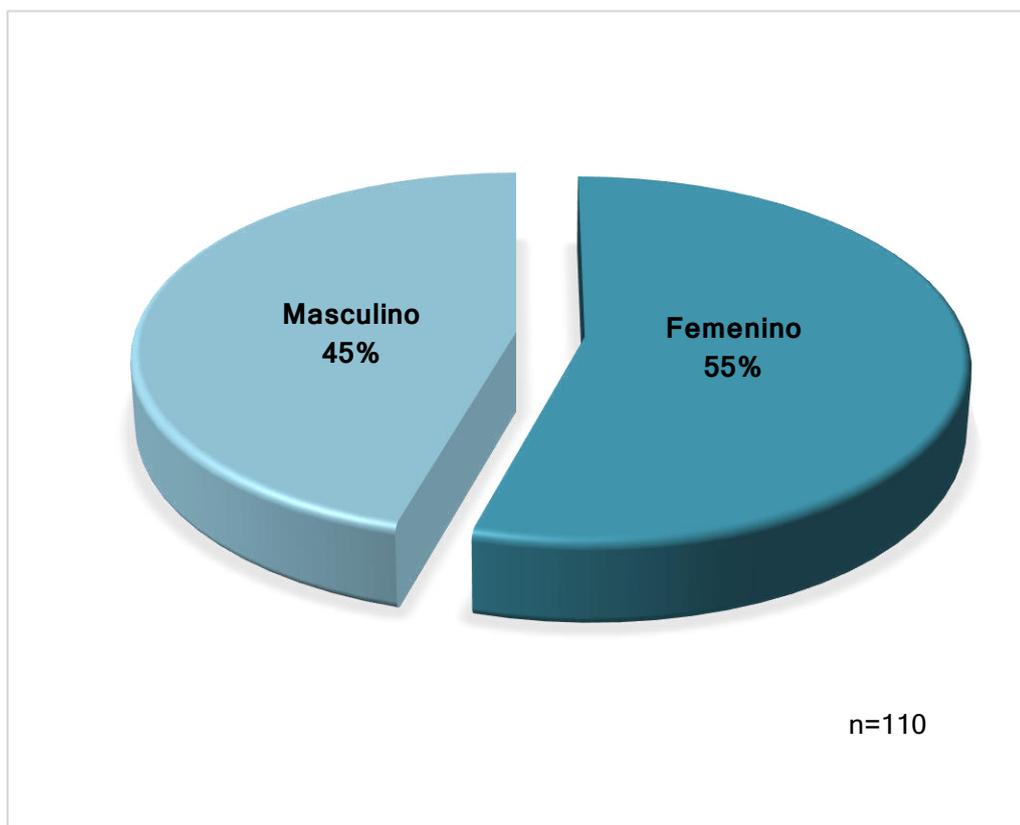
ANÁLISIS DE DATOS

Durante noviembre del año 2014, con el objetivo principal de analizar los factores de riesgo más tendientes al Síndrome de Burnout, se procedió a encuestar a un total de 110 kinesiólogos que desarrollan su ejercicio profesional en la ciudad de Mar del Plata. La encuesta cuenta con 3 partes. La primera está constituida por preguntas sobre variables sociodemográficas, situación profesional y su labor profesional. En la segunda y la tercera parte, se utilizó dos Escalas estandarizadas: "Inventario Burnout de Maslach" y el "Cuestionario de los Consecuentes del Desgaste Profesional".

Las encuestas fueron realizadas durante una "Asamblea General Eleccionaria" del Colegio de Kinesiólogos, correspondiente al Distrito IX, por encontrarse gran cantidad de profesionales en dicho evento.

En primera instancia, se determina el sexo de los kinesiólogos encuestados.

Gráfico N°1. Distribución de la muestra según sexo



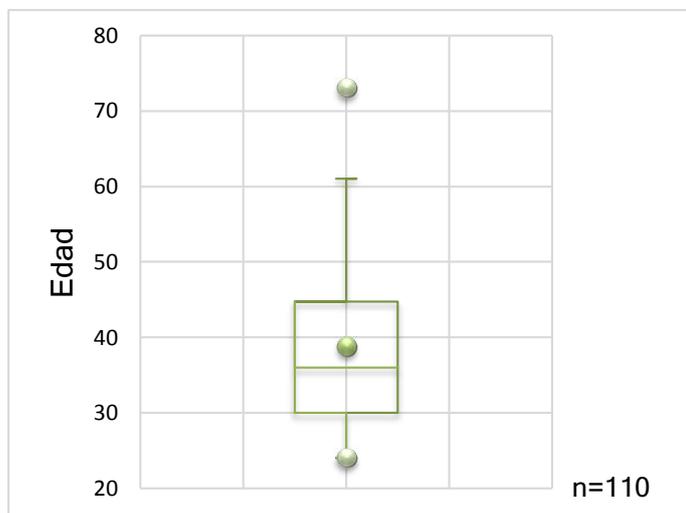
Fuente: Elaboración propia

En lo que concierne a la variable sexo, se observa una mínima prevalencia por el sexo femenino. Se observa en el gráfico N°1 que la muestra se encuentra en proporciones similares. La preponderancia de mujeres encuestadas puede deberse a la voluntad de las mismas a realizar la encuesta propuesta.

ANÁLISIS DE DATOS

Con respecto a la edad de los profesionales encuestados, el informe arroja un rango constituido entre los 24 y los 73 años, con una media de 38 años.

Gráfico N°2. Distribución de la muestra por edad.

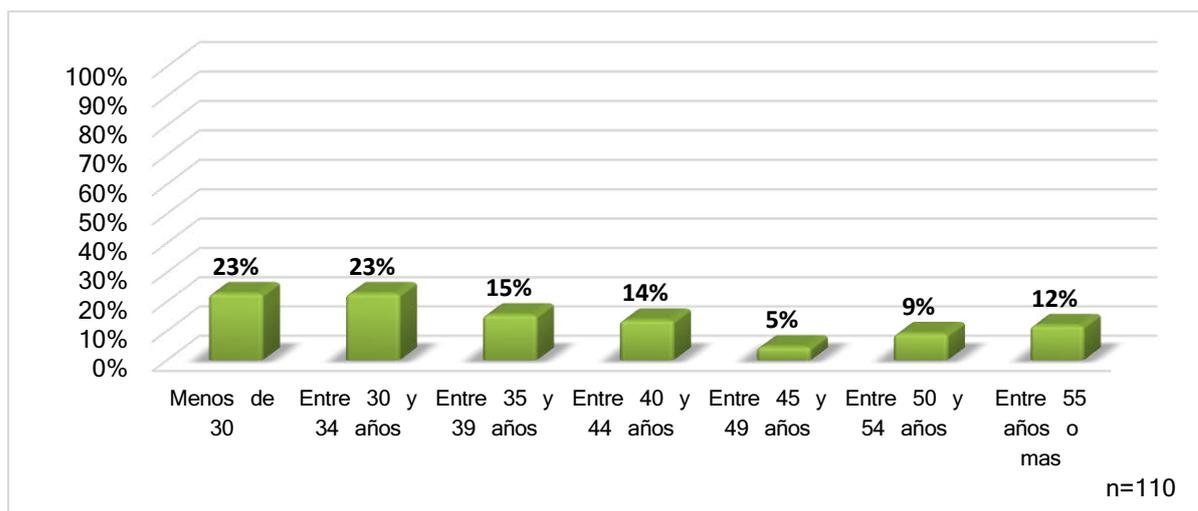


Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico N°2, se observa la franja de edad de mayor porcentaje entre los entrevistados, siendo ésta comprendida entre los 30 y 36 años de edad.

Se procede a clasificar a los encuestados por grupos etarios para simplificar el análisis de los datos.

Gráfico N°3. Distribución de la muestra según franjas etarias.



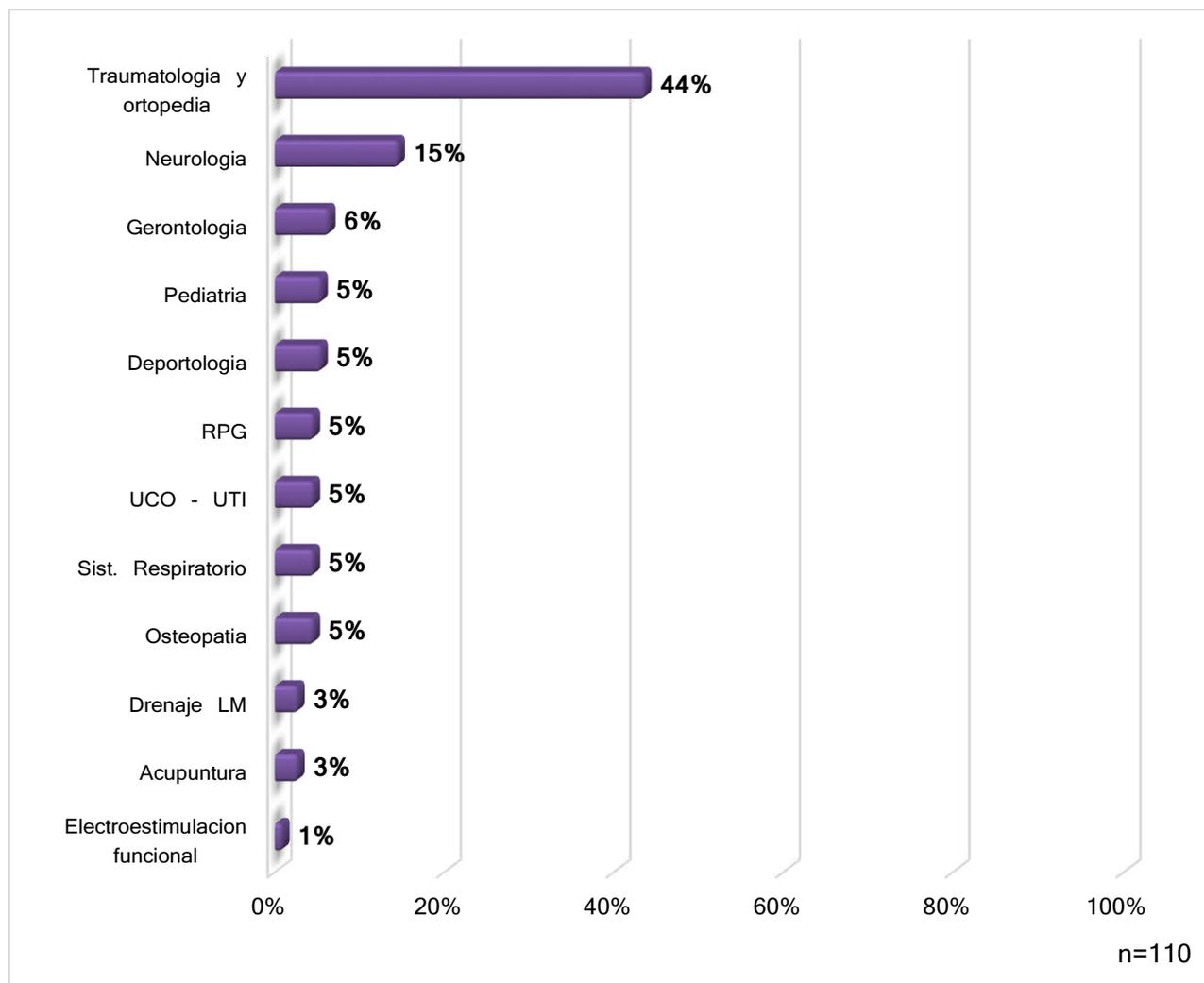
Fuente: Elaboración propia

A partir del Gráfico N° 3 se puede observar que un 46% de los encuestados se encuentran entre los 24 y los 34 años. El auge de profesionales jóvenes puede deberse a que, desde el año 2003, la carrera de Licenciatura en Kinesiología se encuentra en Mar del Plata.

ANÁLISIS DE DATOS

Otra variable evaluada es la de las distintas especialidades en que se desarrollaban los kinesiólogos.

Gráfico N°4. Distribución de las especialidades kinésicas



Fuente: Elaboración propia

Como detalla el Gráfico N°4, un 44% de los encuestados, desarrollan su actividad kinésica en el área de Traumatología y Ortopedia, le sigue en orden de preferencia la especialidad de Neurología y Gerontología. Las especialidad menos frecuentes, encontradas en la muestra, son Electroestimulación Funcional, Acupuntura y Drenaje Linfático Manual.

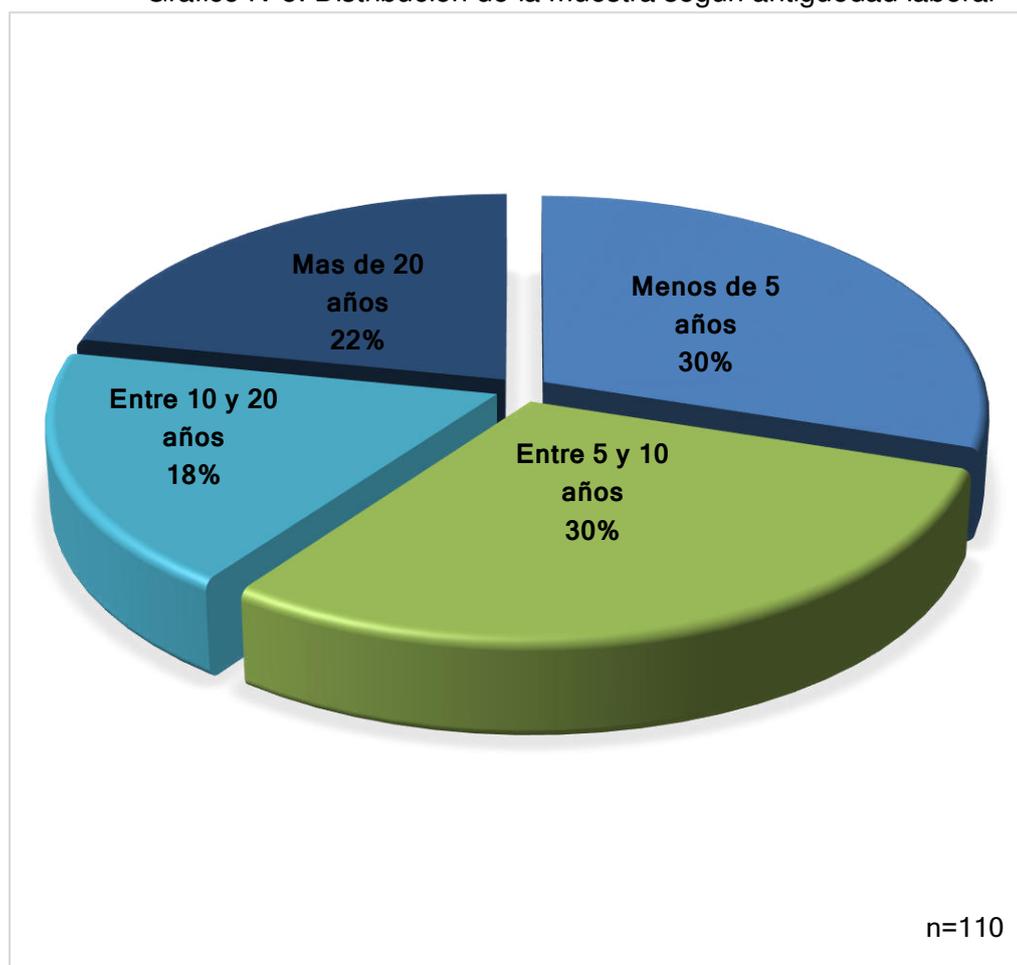
Las distintas proporciones con respecto a las especialidades kinésicas puede deberse a las demandas profesionales de la ciudad estudiada. En el caso de la especialidad de Neurología, la ciudad de Mar del Plata, cuenta con Instituto Nacional donde se pueden realizar Residencias de dicha especialidad. En esta misma ciudad, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010, un 19% son adultos mayores de 65 años, una posible causa de la elección de los profesionales a dedicarse a la Gerontología.

ANÁLISIS DE DATOS

El primer objetivo específico de la tesis se centra en establecer los factores de riesgo más tendientes al Síndrome entre los kinesiólogos encuestados como lo son la antigüedad laboral, la cantidad de horas trabajadas, la cantidad de pacientes atendidos por día, cantidad de horas semanales trabajadas, las guardias realizadas y la cantidad horas dedicadas al descanso y esparcimiento de la muestra.

Una variable de observación es la antigüedad laboral de los profesionales, en el Gráfico N°5 se muestra la distribución de la misma.

Gráfico N°5. Distribución de la muestra según antigüedad laboral



Fuente: Elaboración propia

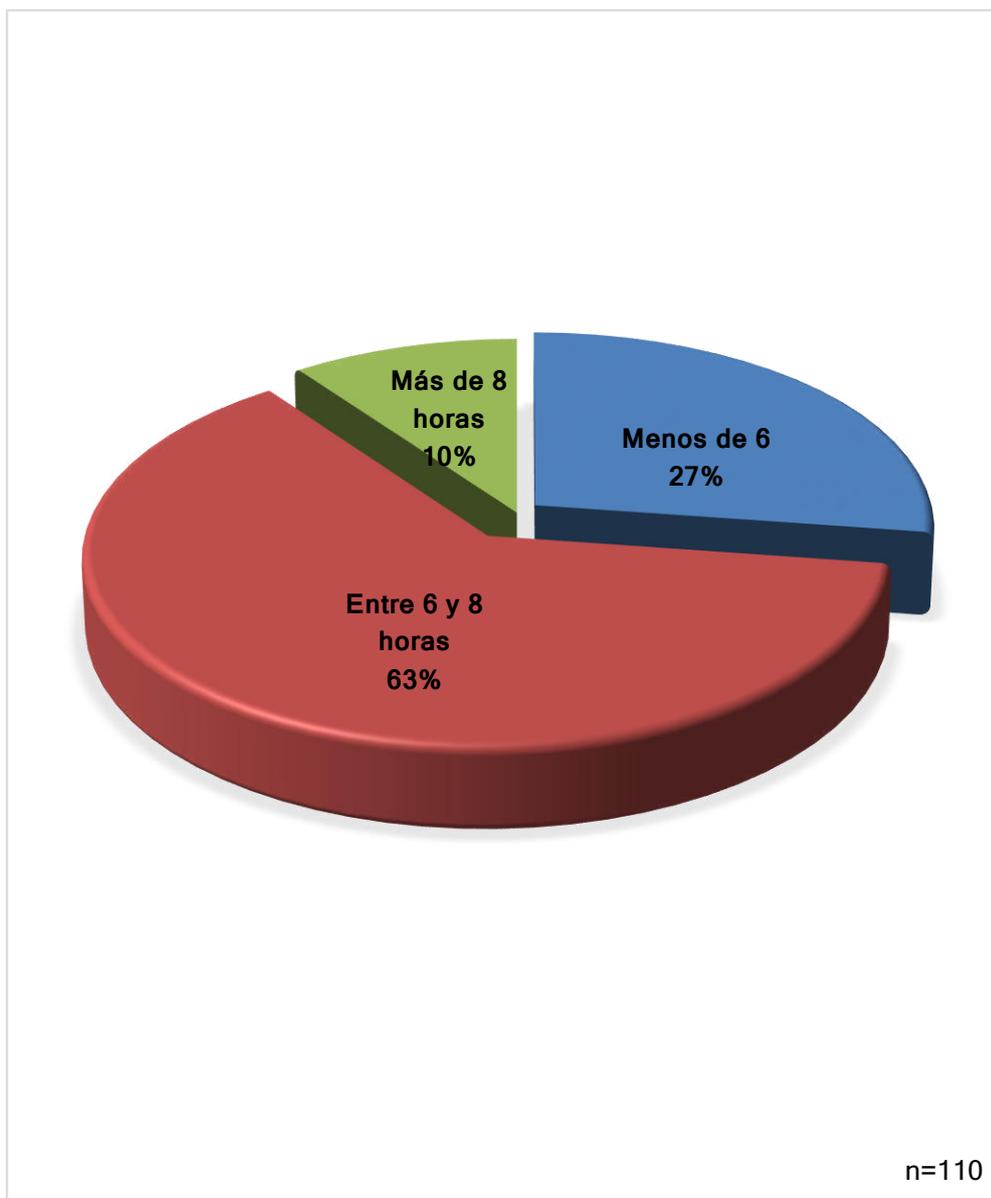
En semejanza con la variable de edad, la prevalencia de profesionales con antigüedad menor a 10 años, puede estar relacionado con contar recientemente con una Universidad con la carrera de Licenciatura en Kinesiología en la ciudad encuestada.

La antigüedad laboral del 60% de los encuestados está entre los 1 y 10 años como muestra el Gráfico N°5. Un total de 24 profesionales llevan más de 20 años en el ejercicio de la profesión. Menos de la cuarta parte de la muestra, supera los 20 años de antigüedad.

ANÁLISIS DE DATOS

Otra variable de análisis es la del descanso nocturno de los kinesiólogos, en el Gráfico N°6 se muestra la distribución de la misma.

Gráfico N°6. Distribución de los encuestados según el descanso nocturno.



Fuente: Elaboración propia

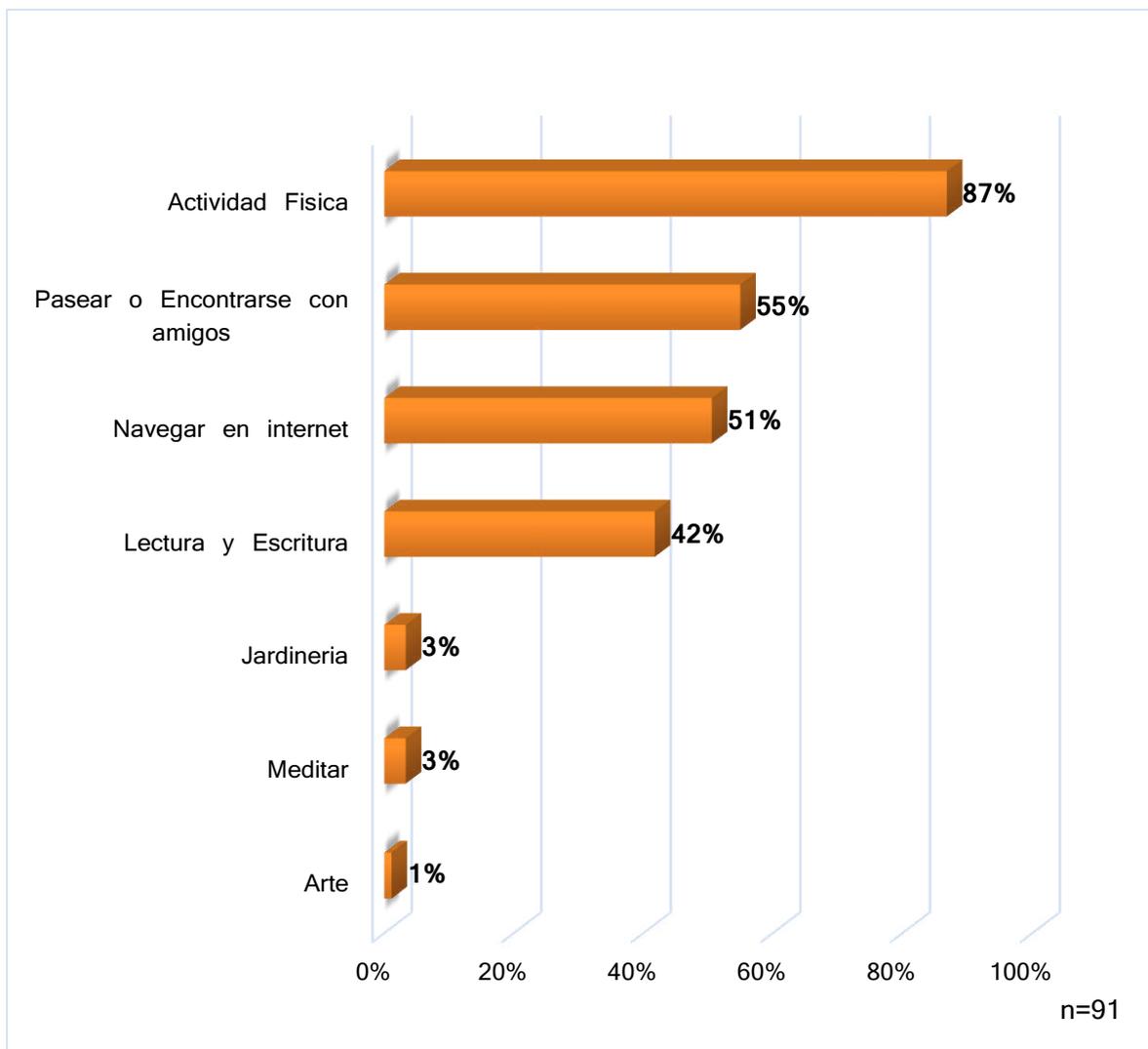
El 27% de los kinesiólogos realiza un descanso nocturno menor a 6 horas diarias, un valor muy inferior a las 8hs recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

Un total de 69 kinesiólogos, el 63% de la muestra, refieren realizar un descanso nocturno de duración entre 6 y 8 horas.

ANÁLISIS DE DATOS

También es evaluada la realización de actividades de esparcimiento por los kinesiólogos encuestados, el Gráfico N°7 muestra la tendencia a la práctica de actividades.

Gráfico N°7. Distribución de la muestra que realiza esparcimiento.



Fuente: Elaboración propia

Un 17% de los encuestados respondió que no realizaba ninguna actividad de esparcimiento, no así el 83% que manifestó realizar, por lo menos, una.

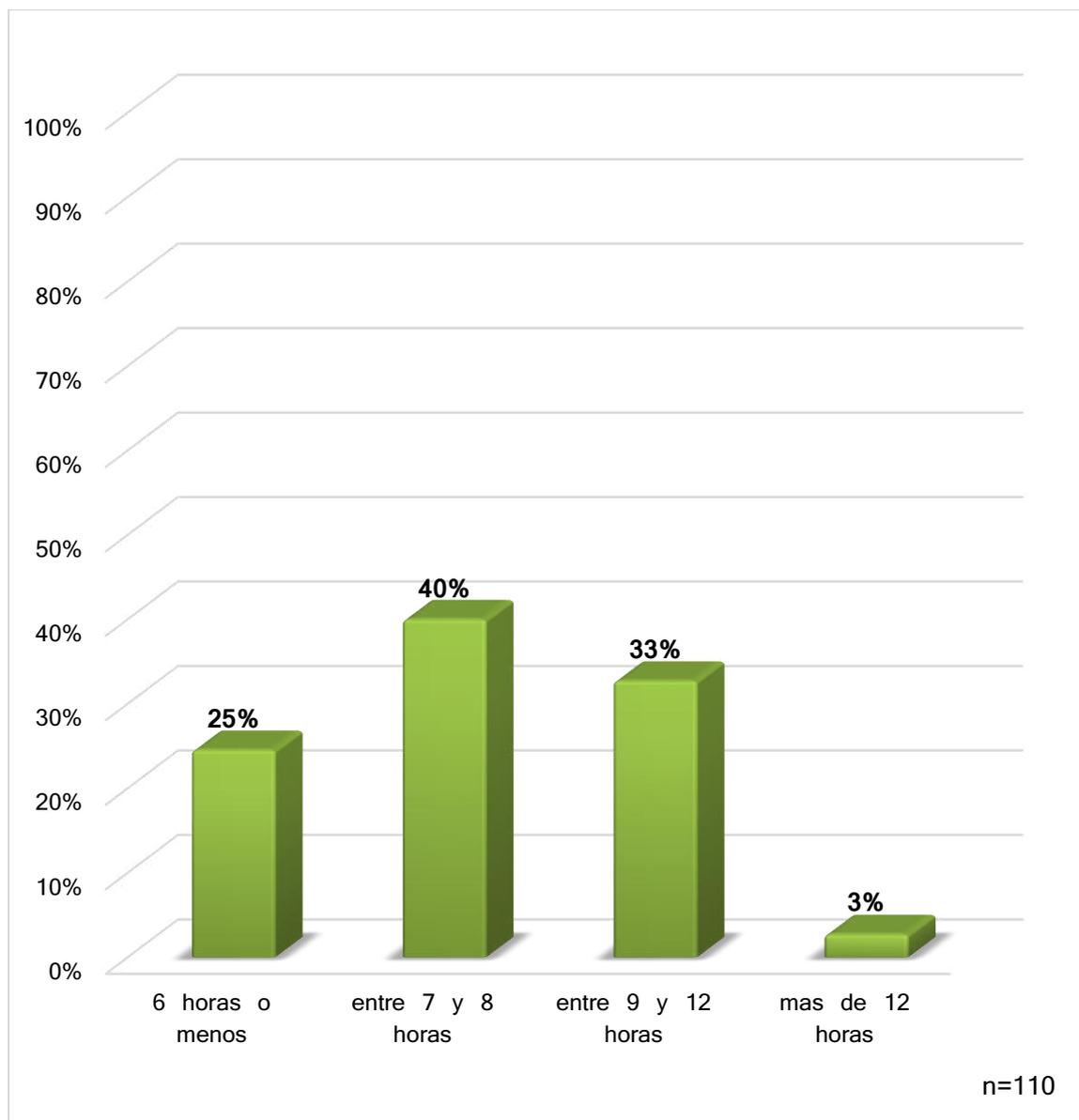
Las actividades de esparcimiento más elegidas por los profesionales encuestados son la actividad física, pasear o encontrarse con amigos, navegar por internet y lectura y escritura. Las actividades de Jardinería, Meditación y Arte, opciones agregadas por los profesionales, son de las menos preferidas.

Casi el 90% opta por la actividad física como una de las actividades de esparcimiento que realiza y esto puede deberse porque el ejercicio físico y la Kinesiología están muy relacionados por centrarse en el movimiento del cuerpo humano.

ANÁLISIS DE DATOS

En el Gráfico N°8, se muestra la distribución de las horas trabajadas por día por los kinesiólogos.

Gráfico N°8. Distribución de la muestra según horas trabajadas por día.



Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que un 36% trabaja más de 9 horas por día y un 40% de los kinesiólogos trabaja entre 7 y 8 horas por día.

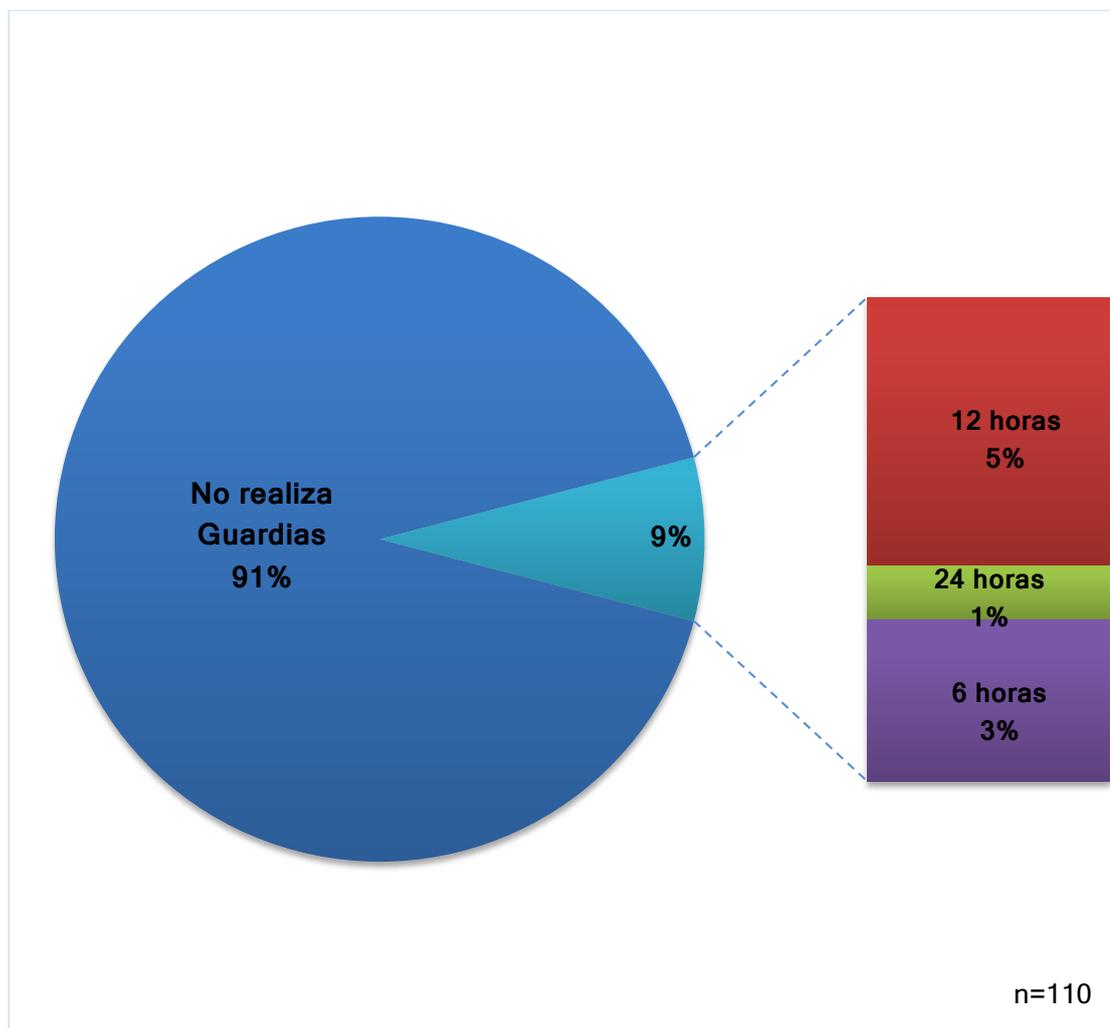
Los profesionales que trabajan 6 horas o menos son un total de 27, un 25%.

El 76% de los kinesiólogos trabajan más de 7 horas por día, lo que da la certeza de que el trabajo de este tipo de profesionales tiene altas demandas de cargas laborales.

ANÁLISIS DE DATOS

El Gráfico N°9 indica la disposición de la muestra según si el profesional realiza guardias o no.

Gráfico N°9. Distribución de la muestra según la realización de guardias.



Fuente: Elaboración propia

Un total de 9 kinesiólogos, un 9%, respondieron que realizaban guardias semanales.

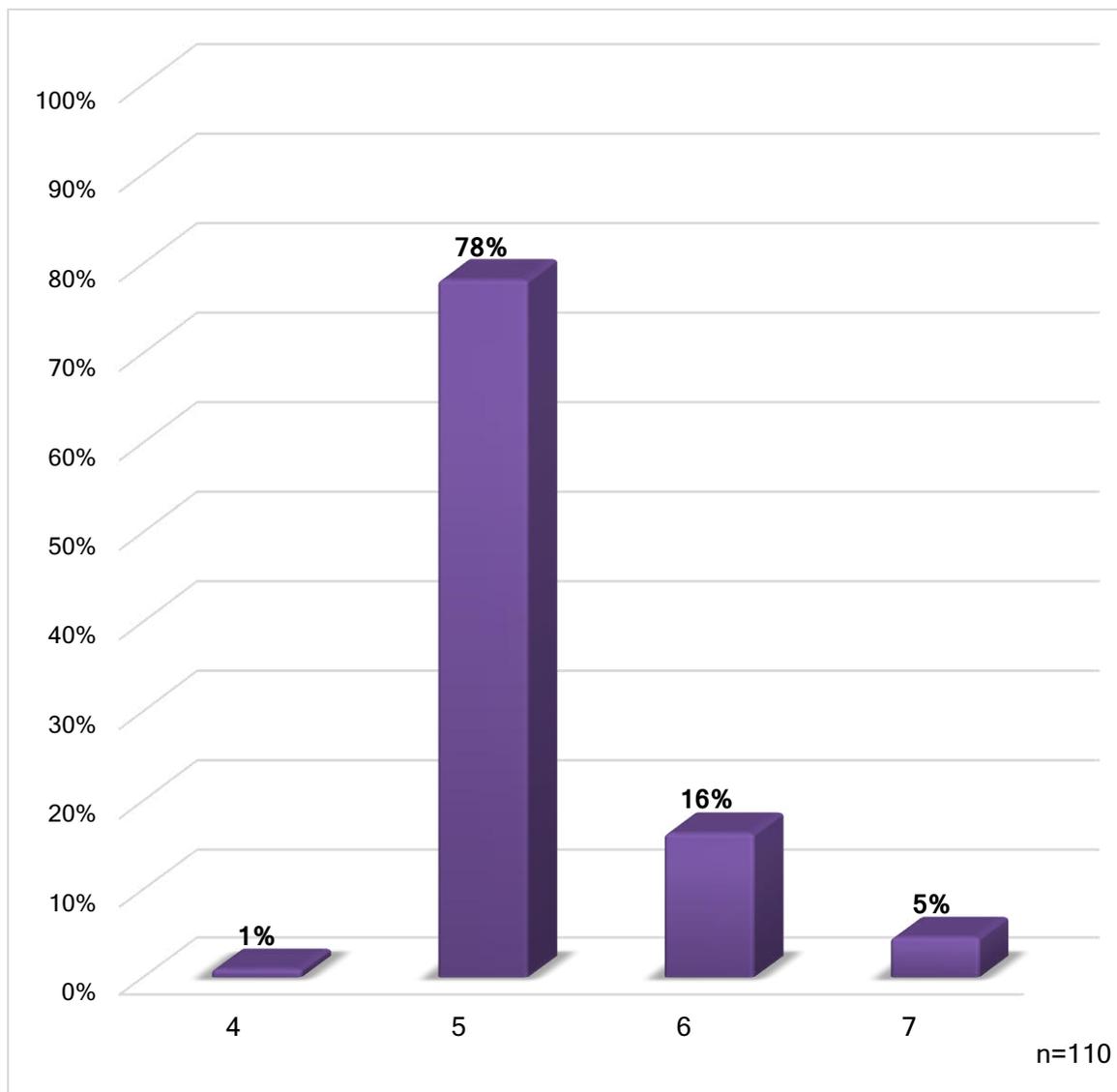
Las guardias más expresadas fueron las de 6 horas, 12 horas y 24 horas semanales. Las más frecuentes son la de 12 horas que realizan 5 kinesiólogos y la guardia menos frecuente es la de 24 horas que sólo un profesional manifestó realizar.

De los 9 kinesiólogos que realizan guardias, 2 de ellos tienen una fuerte tendencia al síndrome y 4 se encuentran con una predisposición a tenerlo.

ANÁLISIS DE DATOS

A parte de evaluar la cantidad de horas trabajadas por día, también es objeto de análisis la cantidad de días semanales trabajados. El Gráfico N°10 nos permite observar la repartición.

Gráfico N°10. Distribución de la muestra según la cantidad de días trabajados por semana.



Fuente: Elaboración propia

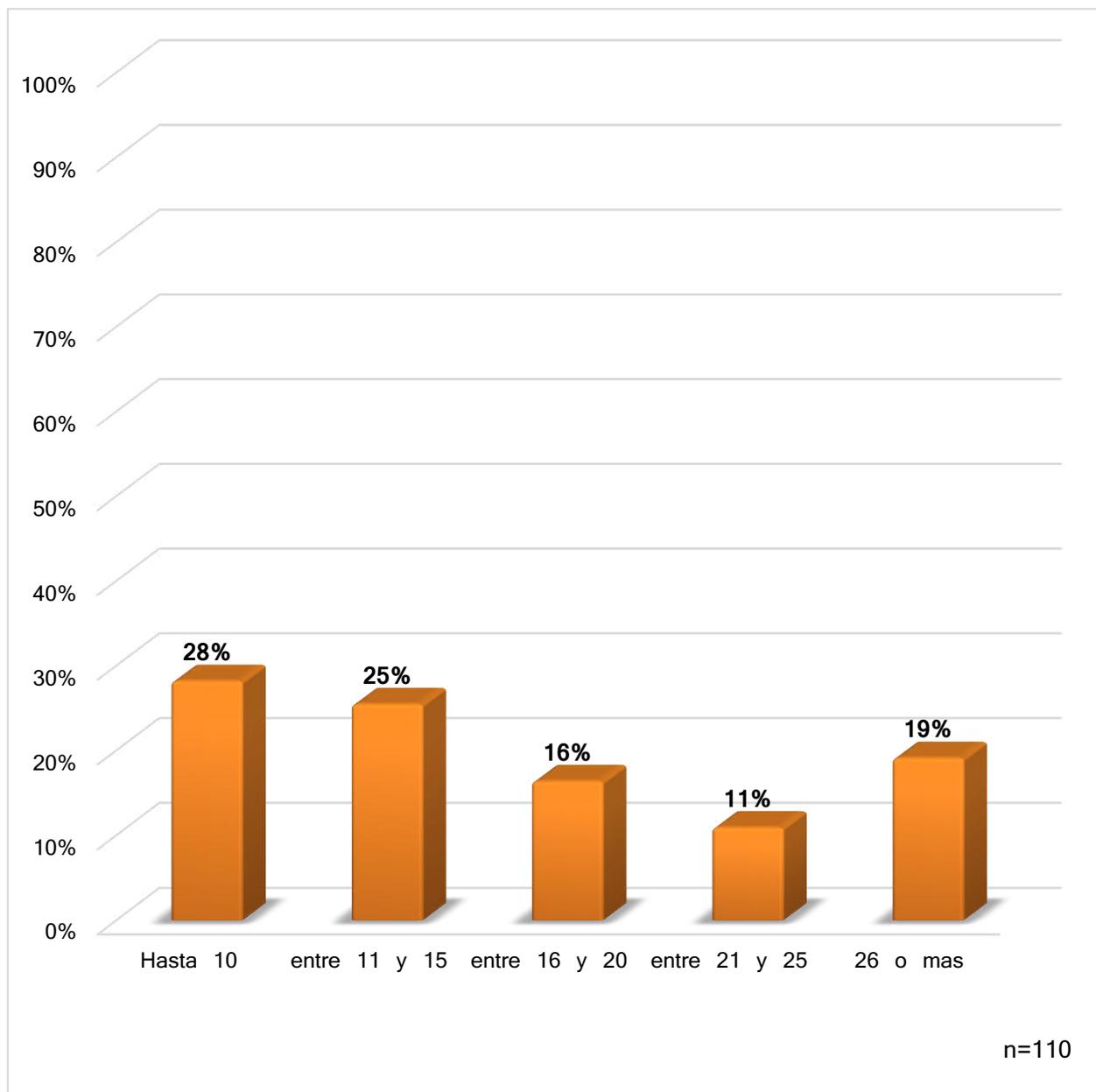
El Gráfico N°10 informa que más del 90% de los encuestados trabaja entre 5 días y 6 días a la semana y todos los días un 5% de la muestra.

Un 99% de los encuestados trabaja entre 5 y 7 días a la semana. Siguiendo el argumento expuesto en el análisis de la variable "Cantidad de horas trabajadas por día", el kinesiólogo cuenta con grandes demandas laborales lo que se traduce en una jornada laboral intensa y una gran cantidad de días semanales de trabajo.

ANÁLISIS DE DATOS

Con respecto a la variable de pacientes atendidos por día, el Gráfico N°11, muestra los resultados.

Gráfico N°11. Distribución de la muestra según pacientes atendidos por día.



Fuente: Elaboración propia

El 47% de los kinesiólogos atienden más de 16 pacientes por día, destacando que el 19% atiende 26 pacientes o más.

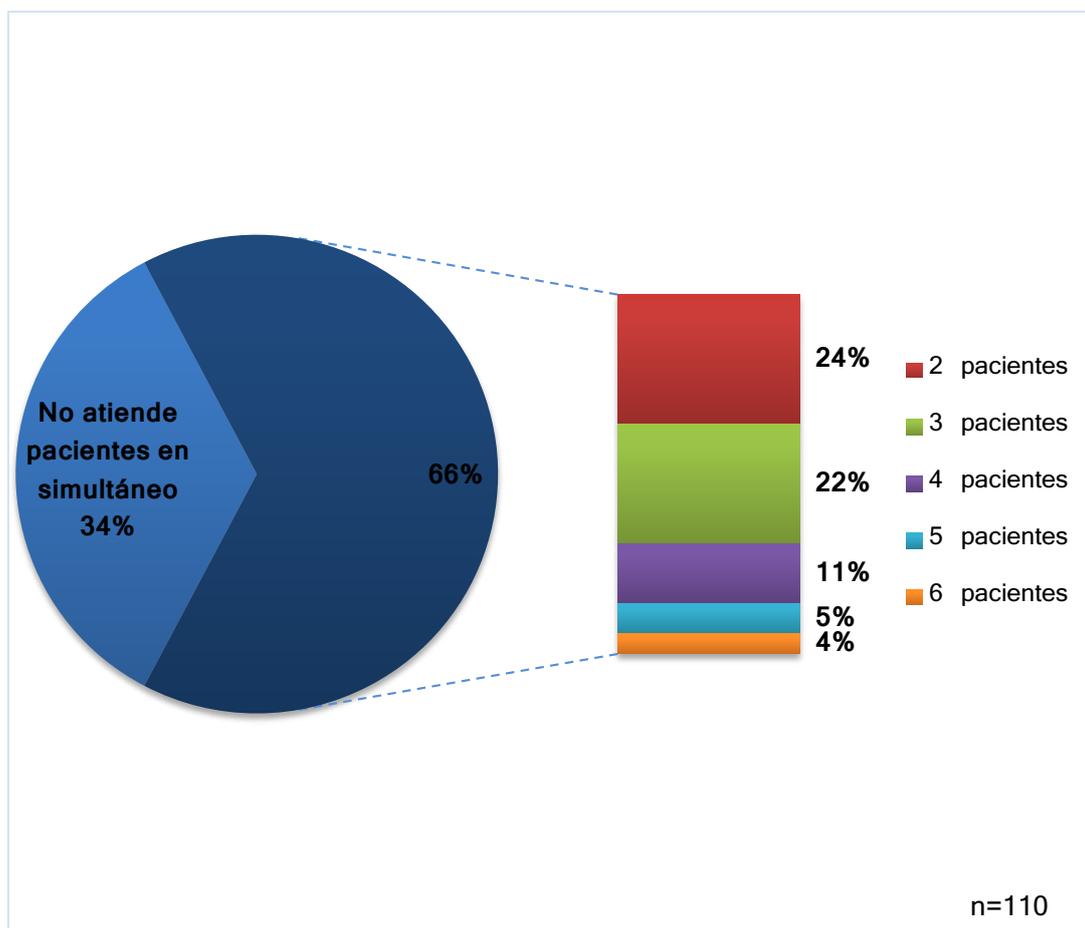
El 53% de la muestra atienden hasta 15 pacientes durante una jornada laboral.

Las altas demandas laborales hacen que éste profesional de la salud trabaje más días a la semana, más horas y con más pacientes por jornada laboral.

ANÁLISIS DE DATOS

Otra variable evaluada es la atención de pacientes en simultáneo, es decir, más de un paciente a la vez.

Gráfico N°12. Distribución de la muestra según la atención de más de un paciente a la vez.



Fuente: Elaboración propia

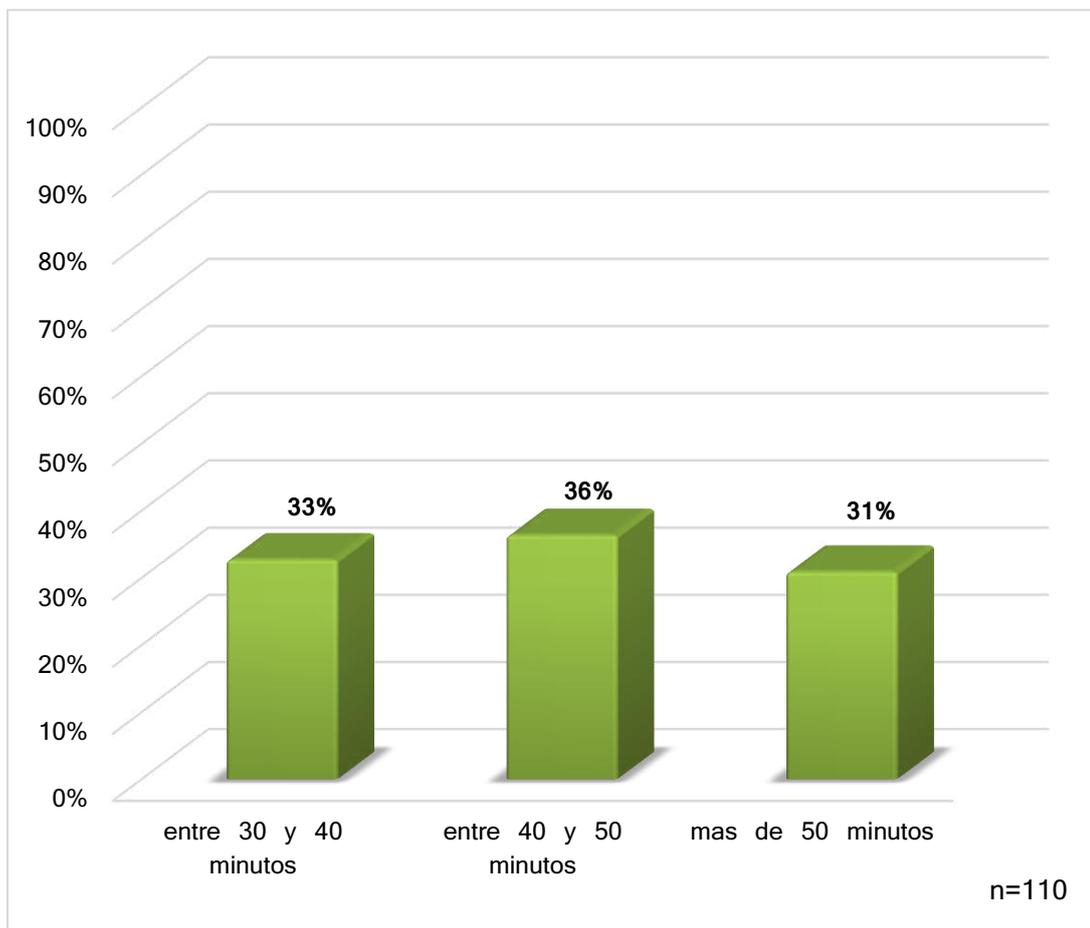
El 66% declara realizar atención kinésica en simultáneo con por lo menos 2 pacientes a la vez. El 46% realiza su actividad laboral entre 2 y 3 pacientes a la vez. El 20% restante lo hace con más 4 pacientes a la vez, siendo el 4% de los profesionales los que más atienden en simultáneo con 6 pacientes a la vez. Del 34% de los profesionales que no atienden en simultáneo atienden a lo sumo 20 pacientes por día, sólo uno de ellos con una jornada laboral de 12 horas por día cuenta con una fuerte tendencia al síndrome. Mientras que del 65% que atienden en simultáneo, 10 kinesiólogos, con un promedio de 9 horas laborales, tienen una fuerte tendencia al síndrome.

Las grandes demandas laborales, la remuneración no acorde y los retrasos en el pago por parte de las obras sociales pueden favorecer que el kinesiólogo deba realizar la atención simultánea de pacientes.

ANÁLISIS DE DATOS

El Gráfico N°13 detalla la distribución según el tiempo que el profesional dedica a cada paciente atendido.

Gráfico N°13. Distribución de la muestra según el tiempo de atención kinésica.



Fuente: Elaboración propia

Siendo las proporciones bastante equilibradas, se puede observar que el 67% de los profesionales tiene un tiempo de atención por paciente mayor a 40 minutos. Más de un cuarto de los encuestados admite atender más de 50 minutos por paciente. En menor medida, un 33%, atiende entre 30 y 40 minutos a sus pacientes.

De los profesionales que atienden más de 50 minutos, un solo profesional que atiende por lo menos 30 pacientes por día, 3 pacientes en simultáneo en 10 horas laborales, tiene una fuerte tendencia al SBO. De los profesionales que atienden entre 40 y 50 minutos, tienen una fuerte tendencia al Síndrome un total de 8 kinesiólogos que atienden un promedio de 35 pacientes diarios durante una media de 9 horas laborales.

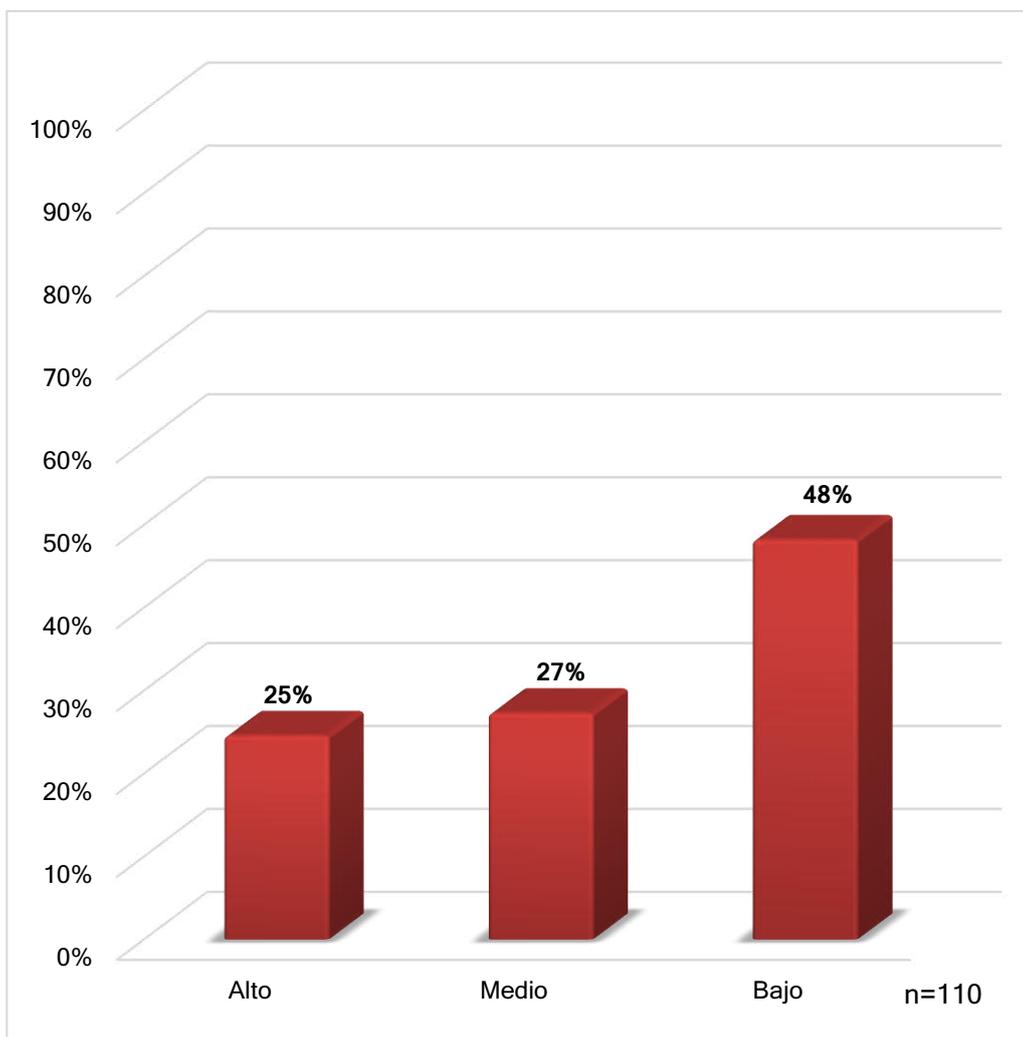
ANÁLISIS DE DATOS

El segundo objetivo específico de la investigación se centra en identificar los grados de cansancio emocional, despersonalización y realización personal que tienen los kinesiólogos de Mar del Plata.

Se realizó la medición de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout a través de una escala estandarizada: "Inventario Burnout de Maslach". La valoración de los mismos es en tres niveles: alto, medio o bajo.

El Gráfico N°14 muestra la repartición de la muestra por los niveles de Agotamiento Emocional de los kinesiólogos.

Gráfico N°14. Distribución de la muestra según los niveles de Agotamiento Emocional.



Fuente: Elaboración propia

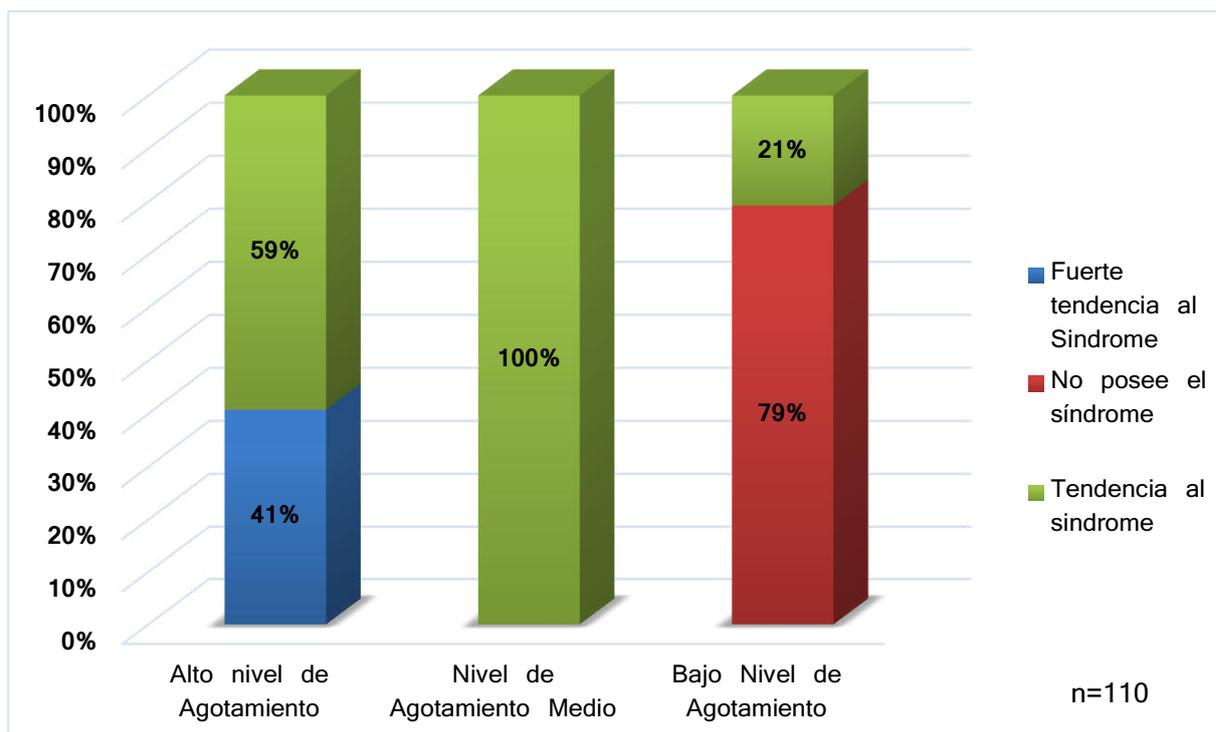
El 52% de los kinesiólogos tienen un nivel medio o alto de agotamiento emocional, siendo un cuarto de los encuestados los que tienen un nivel alto del mismo.

Un poco menos de la mitad de los profesionales cuenta con un nivel bajo de agotamiento emocional.

ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar si existe relación entre los distintos niveles de Agotamiento emocional comparado con las tendencias al Síndrome de Burnout, se utiliza un Test Chi³⁵ registrándose un p valor < 0,0001 que al ser mayor que el nivel de significación, produce el rechazo de la hipótesis nula. Es decir, existe evidencia estadística para creer que ambas variables relacionadas (ver Anexo 1). En el Gráfico N°15 se puede observar la relación entre las variables.

Gráfico N°15. Relación entre los niveles de Agotamiento Emocional y tendencia de Síndrome de Burnout.



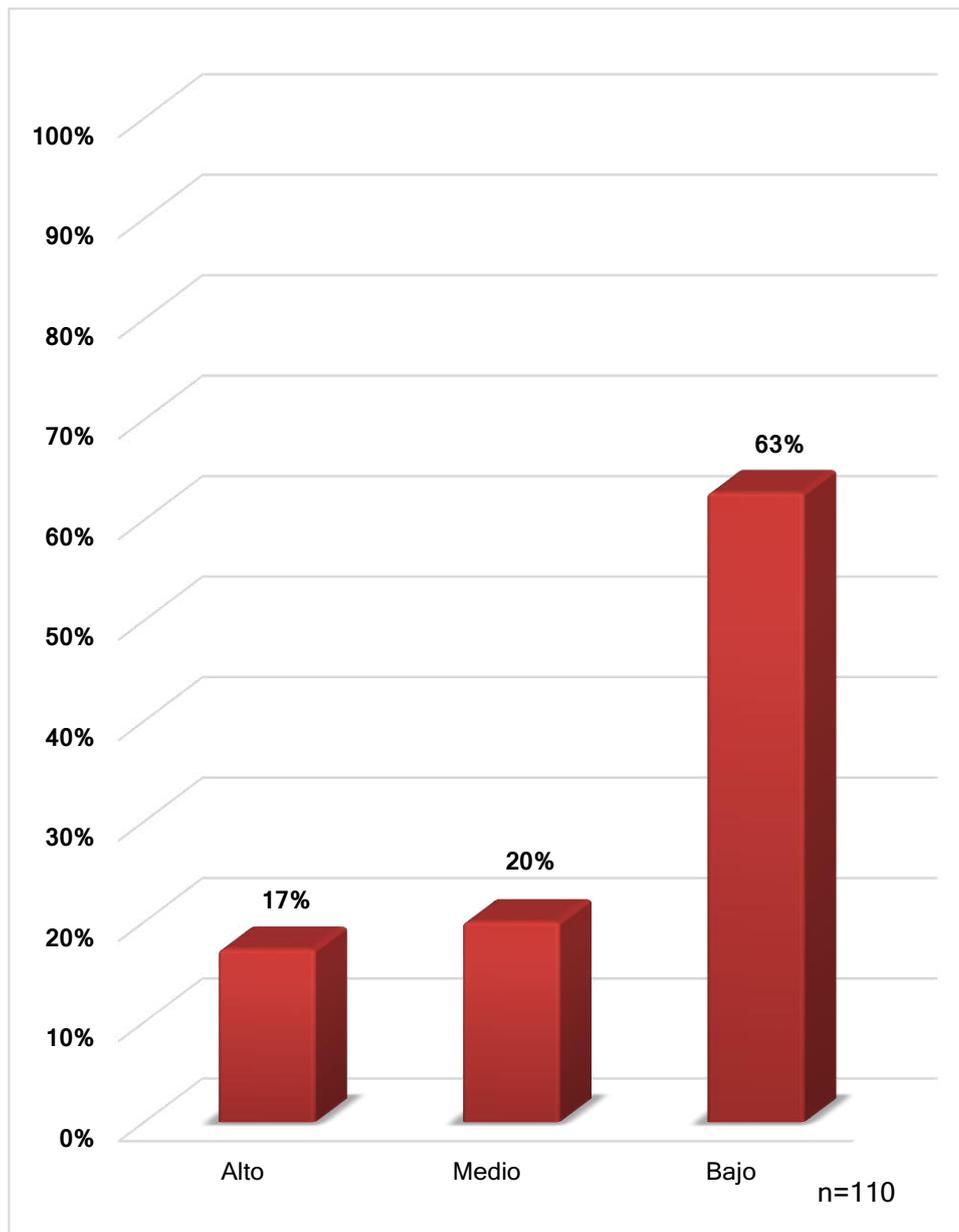
Los profesionales que cuentan con un nivel de agotamiento emocional alto, un 41% cuenta con una fuerte tendencia al Síndrome y el 59% restante tiene una tendencia menor. En este caso, no existe ningún kinesiólogo con un alto nivel de agotamiento emocional y que no tenga tendencia a desarrollar el SBO. Todos los profesionales con un nivel de agotamiento emocional medio tienen tendencia a desarrollar el Síndrome. En el caso de los kinesiólogos que tienen un nivel bajo de agotamiento emocional, casi un cuarto de ellos, tiene igualmente tendencia al Síndrome según los datos obtenidos en las encuestas. Esto puede deberse a puntajes mayores en la dimensión de Despersonalización y/o puntajes bajos de Realización personal.

³⁵ La prueba de independencia Chi-Cuadrado, nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. En necesario resaltar que esta prueba nos indica la existencia de relación pero no el grado o tipo de relación.

ANÁLISIS DE DATOS

La segunda dimensión del SBO es la de Despersonalización y en el Gráfico N°16 se pueden observar sus resultados.

Gráfico N°16. Distribución de la muestra según los niveles de Despersonalización.



Fuente: Elaboración propia

Un total de 37% de los kinesiólogos desarrollan niveles entre Alto y Medio de Despersonalización, siendo más de un cuarto de los que desarrollan un nivel alto del mismo.

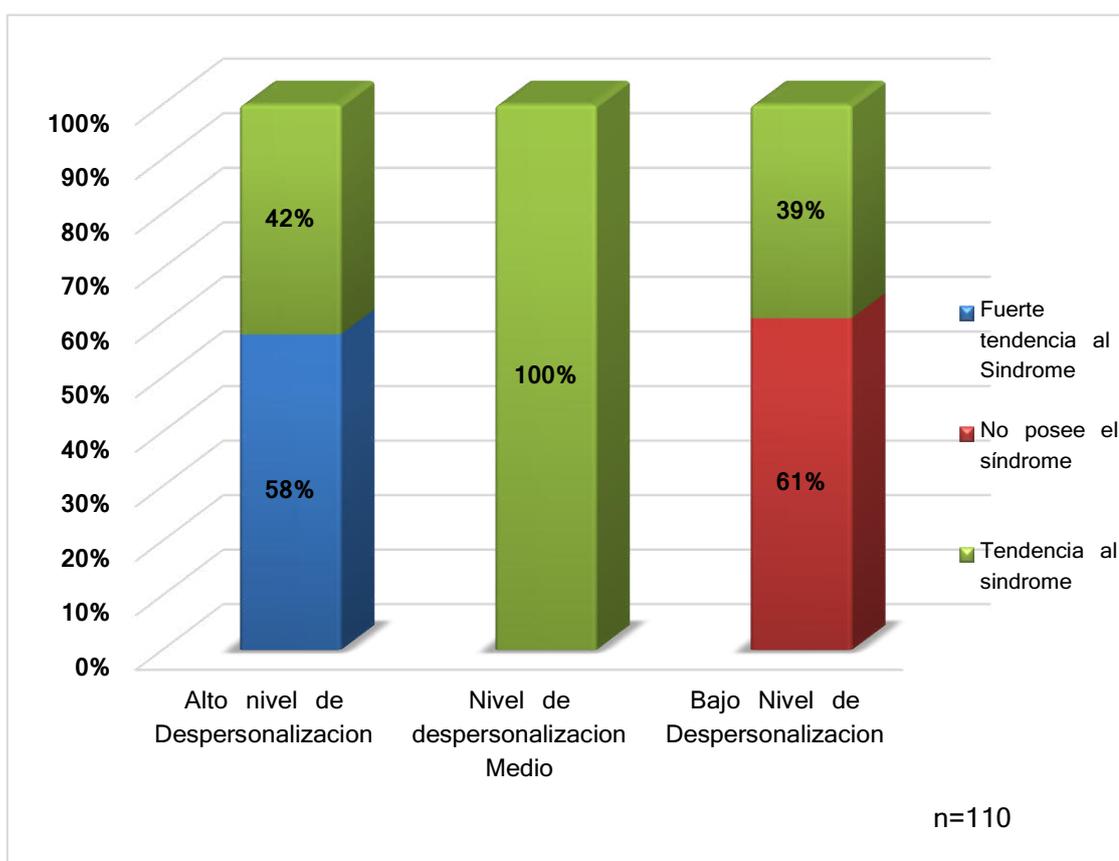
Un 20% tienen un nivel medio de Despersonalización.

En gran proporción, un 63%, tienen un bajo nivel de Despersonalización.

ANÁLISIS DE DATOS

Con el objetivo de analizar si existe relación entre los distintos niveles de Despersonalización comparado con las tendencias al Síndrome de Burnout, se utiliza un Test Chi registrándose un p valor $< 0,0001$ que al ser mayor que el nivel de significación, produce el rechazo de la hipótesis nula. Es decir, existe evidencia estadística para creer que ambas variables relacionadas (Ver Anexo 2). En el Gráfico N°17 se puede observar la distribución.

Gráfico N°17. Distribución de la muestra según los niveles de Despersonalización y tendencia de Síndrome de Burnout.



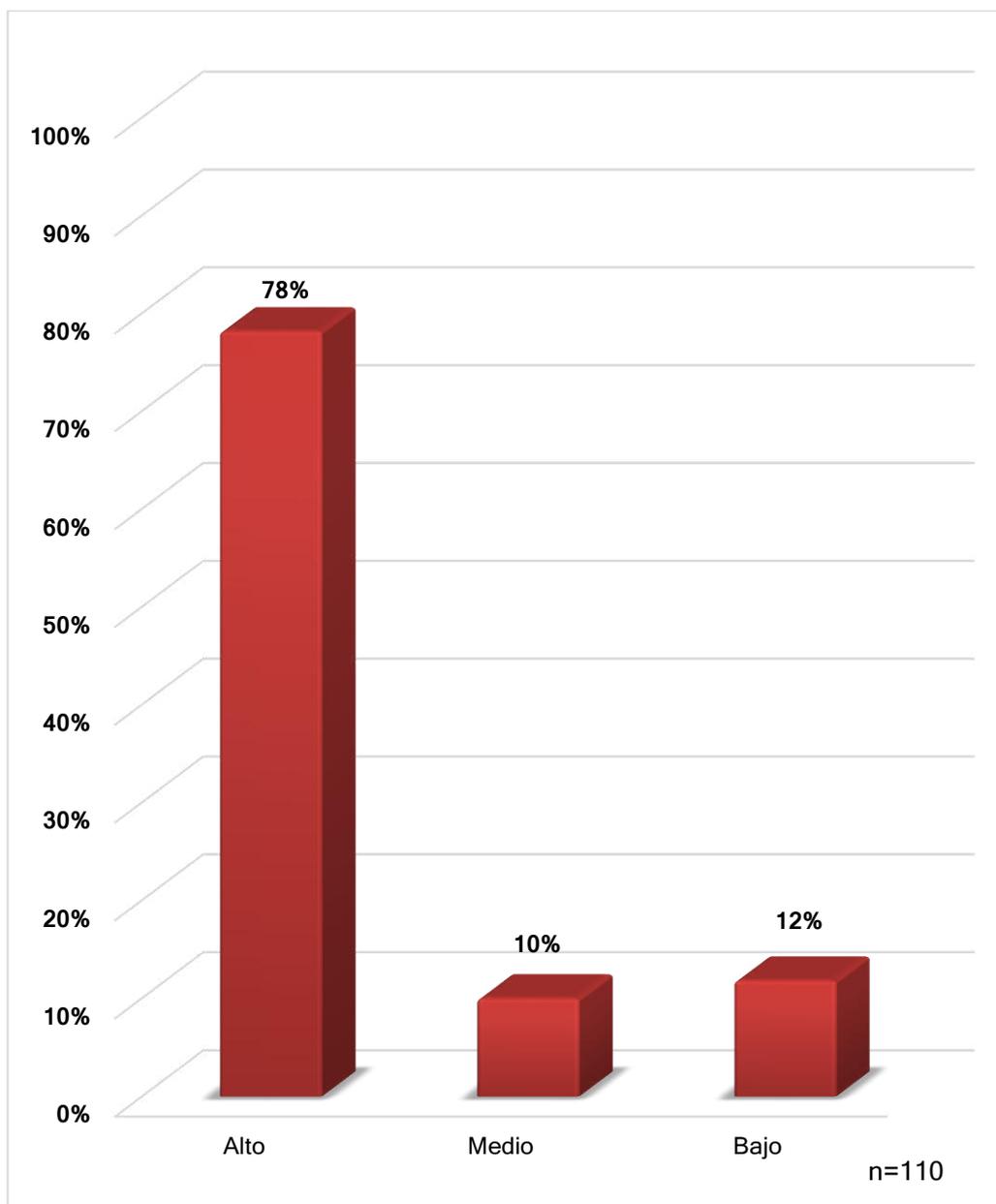
Fuente: Elaboración propia

Del total de los profesionales que cuentan con un alto nivel de despersonalización, casi un 60% cuenta con una fuerte tendencia al Síndrome y un poco menos del 50% con tendencia a desarrollarlo. En este caso se observa que, ningún profesional con un alto nivel de despersonalización no posee el SBO. De los kinesiólogos que tienen un nivel de despersonalización medio, como pasa con la variable de Agotamiento Emocional, un 100% tiene tendencia al Síndrome. En el caso del bajo nivel de despersonalización, un 39% tiene tendencia a desarrollarlo mientras que un 61% no posee el Síndrome.

ANÁLISIS DE DATOS

De la tercera dimensión del SBO, Realización personal, se detallan sus resultados en el Gráfico N°18.

Gráfico N°18. Distribución de la muestra según los niveles de Realización personal de los kinesiólogos.



Fuente: Elaboración propia

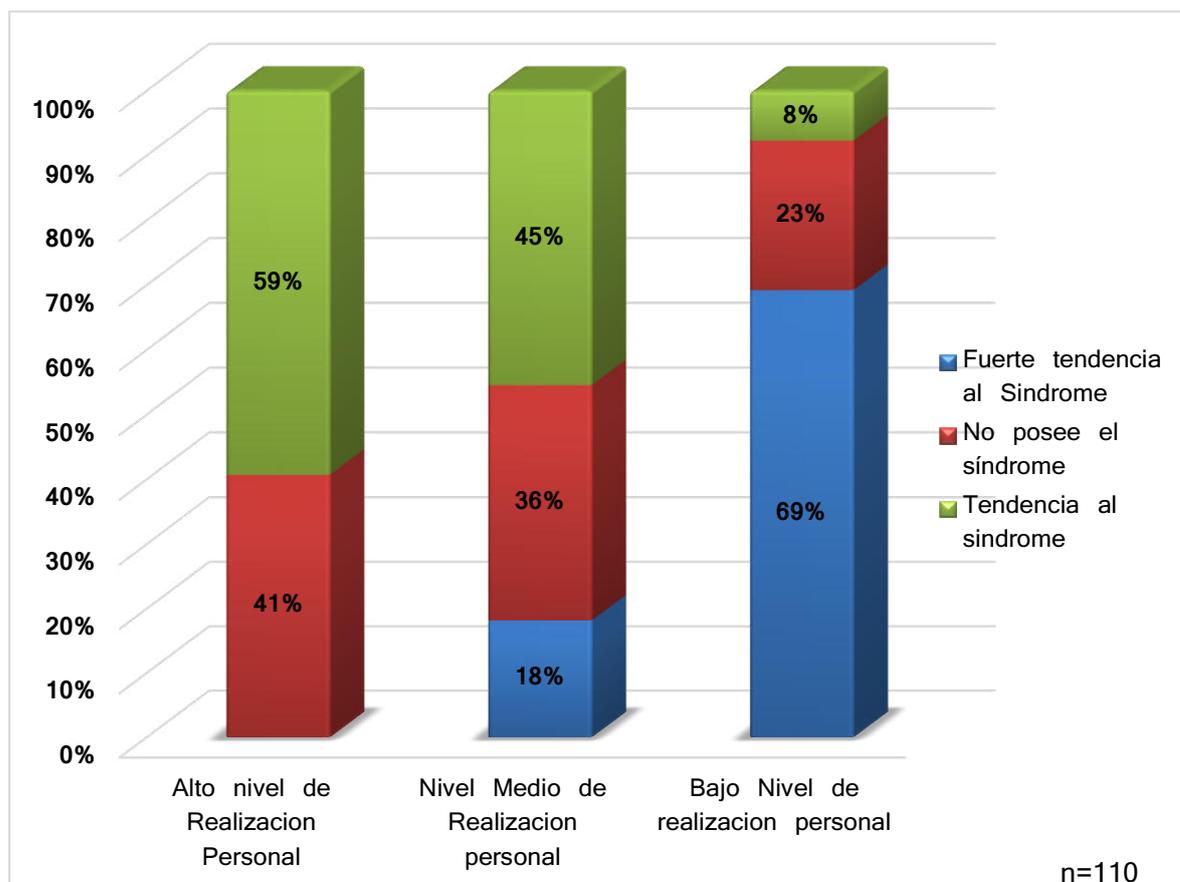
Un 12% de los kinesiólogos encuestados cuenta con un nivel bajo de Realización Personal. Un 10% del total es valorado como un nivel medio de Realización personal.

Casi un 80% de la muestra tiene un alto nivel de esta dimensión.

ANÁLISIS DE DATOS

Con el objetivo de analizar si existe relación entre los distintos niveles de Realización personal comparado con las tendencias al Síndrome de Burnout, se utiliza un Test Chi registrándose un p valor $< 0,0001$ que al ser mayor que el nivel de significación, produce el rechazo de la hipótesis nula. Es decir, existe evidencia estadística para creer que ambas variables relacionadas (Ver Anexo 3). El Gráfico N°19 muestra los resultados.

Gráfico N°19. Relación entre los niveles de Realización Personal y tendencia de Síndrome de Burnout.



Fuente: Elaboración propia

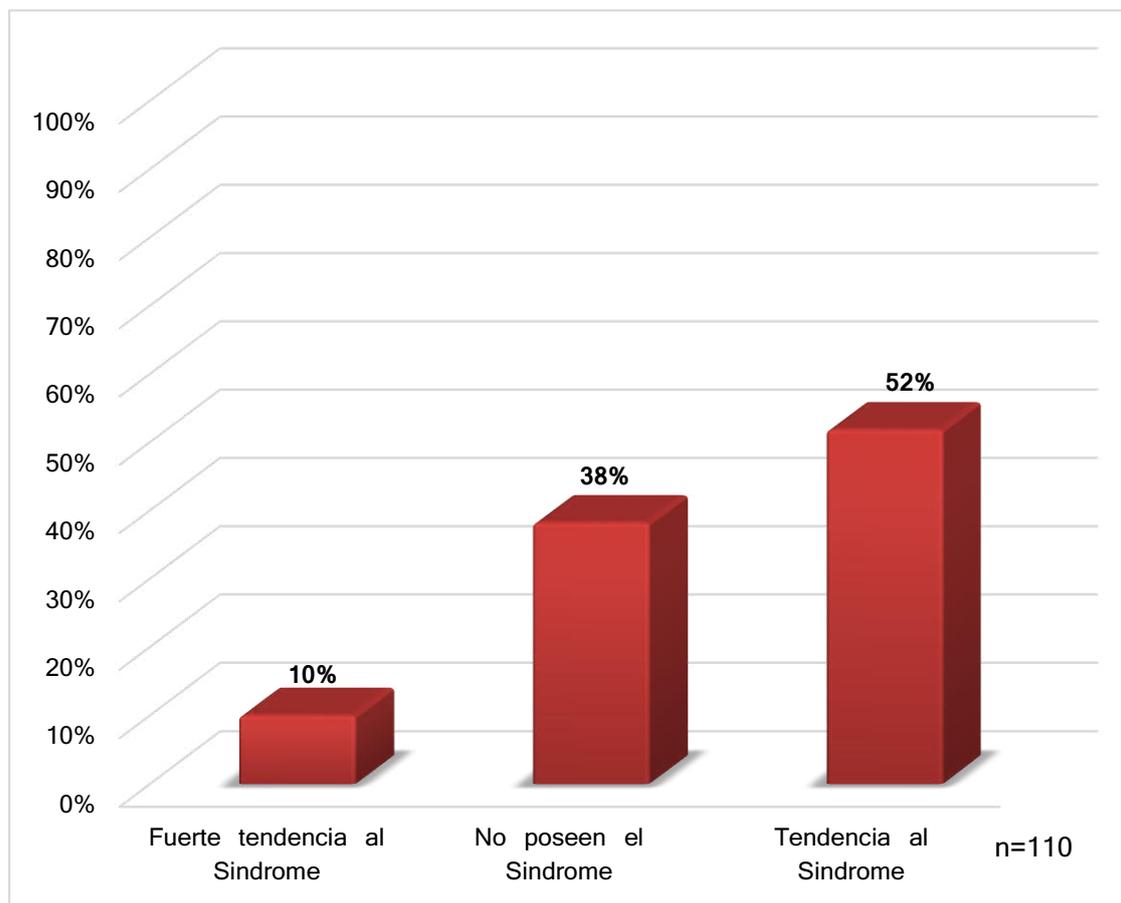
Del total de profesionales con un nivel alto de Realización personal, inversamente a las dimensiones evaluadas anteriormente, 41% no posee el síndrome mientras que el 59% restante tiene una tendencia a desarrollarlo. Esto puede deberse a las distintas calificaciones de Agotamiento emocional y Despersonalización. Los kinesiólogos con nivel medio de Realización personal pueden ser tendientes o no. Un poco más del 60% tiene tendencia al SBO mientras que un 36% no posee el Síndrome. El nivel bajo de Realización personal se comporta como los niveles altos de las dimensiones anteriores. Más del 70% tienen tendencia y el restante no lo padece.

ANÁLISIS DE DATOS

Antes de comenzar un análisis específico de las distintas variables en relación a la tendencia al Síndrome, se debe especificar los niveles de propensión al mismo en la muestra.

El Gráfico N°20 puntualiza los niveles de tendencia al SBO.

Gráfico N°20. Distribución de la muestra según tendencia al Síndrome de Burnout.



Fuente: Elaboración propia.

Un total del 62% de los encuestados cuenta con una tendencia a desarrollar el Síndrome, siendo la mitad de los kinesiólogos tendientes y el otro 10% fuertemente tendientes.

Se analiza una semejanza con otra investigación realizada en España, con una muestra de 46 kinesiólogos de Andalucía, el 10% de los encuestados se encuentra con el Síndrome. (Castro Sánchez, 2006)³⁶

En cuanto a otros profesionales de la salud, específicamente los médicos, una investigación realizada en la ciudad de Rosario con especialistas en pediatría, también refleja un paralelismo entre los valores de fuerte tendencia de Burnout. (Garibaldi, 2010)

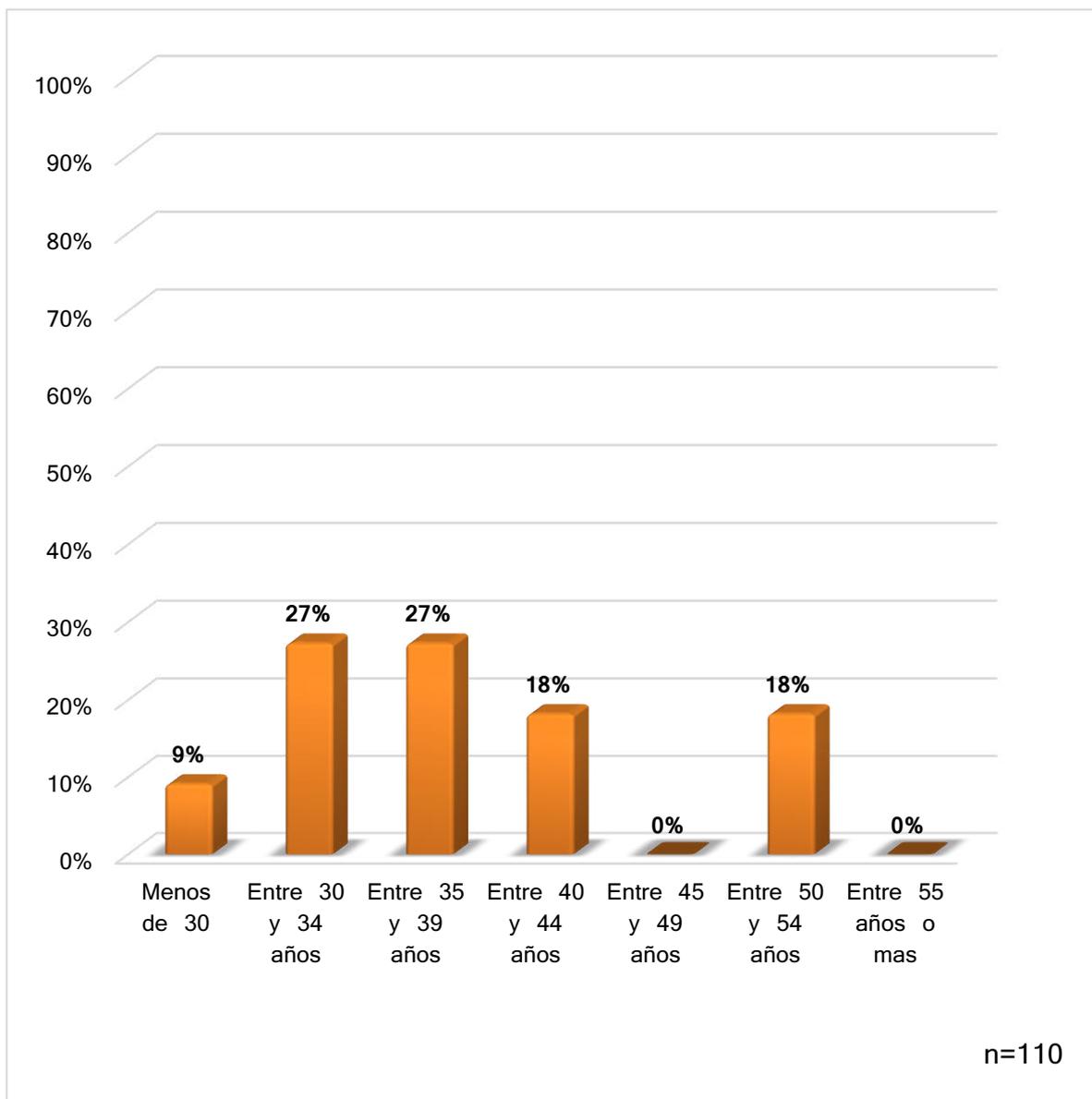
³⁶ En esta investigación, se utilizó la escala de Maslach Burnout Inventory con 46 fisioterapeutas del Servicio Andaluz de Salud, que desarrollan su actividad profesional en hospitales y centros de salud de Granada.

ANÁLISIS DE DATOS

El objetivo número tres de la presente Investigación se centra en establecer los niveles de tendencia más altos del Síndrome respecto al sexo y la edad de los profesionales encuestados.

El Gráfico N°21 se detalla el nivel de tendencia más alto con respecto a la edad de los encuestados.

Gráfico N°21. Distribución de la muestra según edad y fuerte tendencia al SBO.



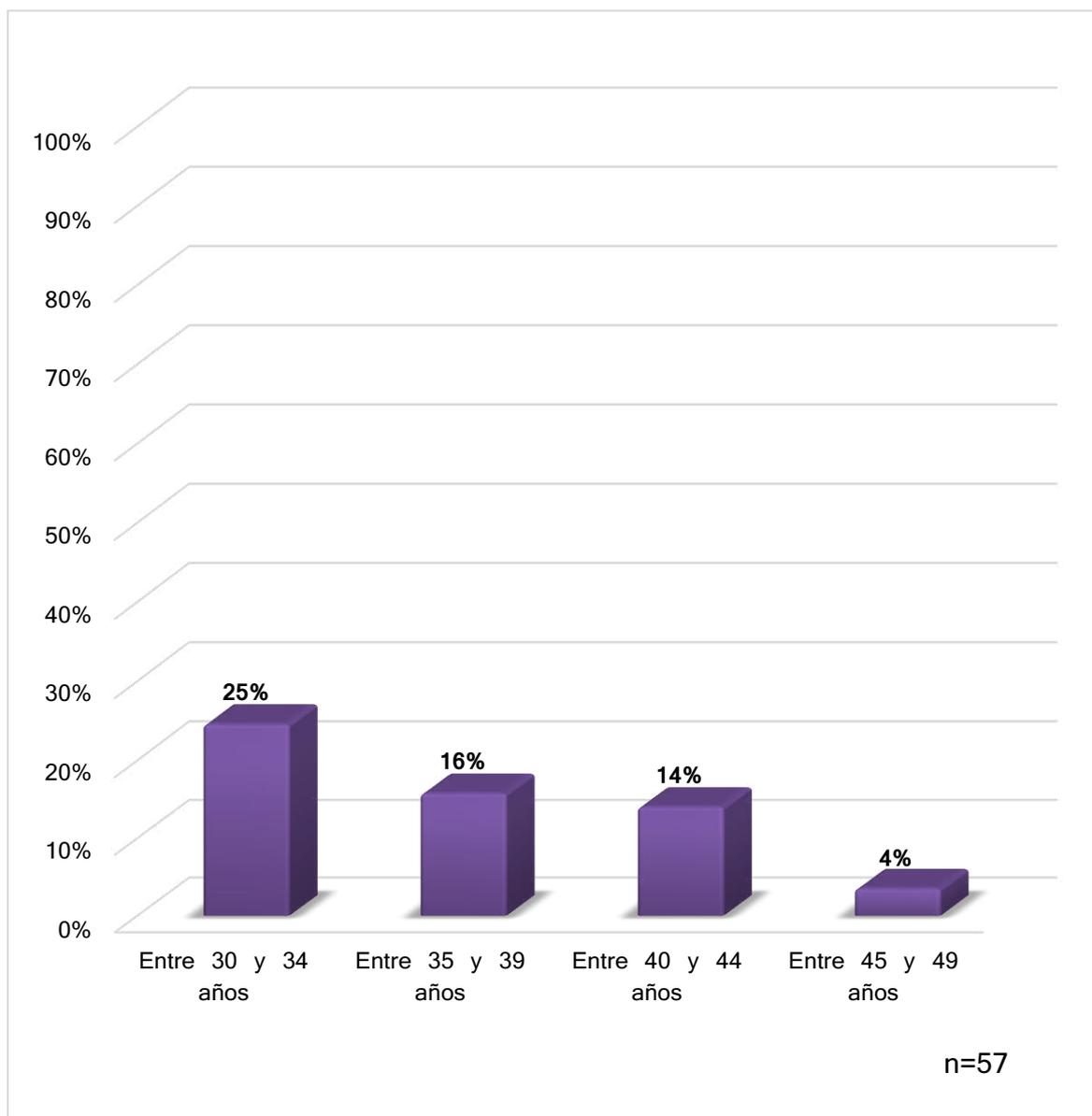
Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que la fuerte tendencia está concentrada entre el rango etario de 30 a 44 años, agrupándose un 72% de la muestra. Esto puede deberse a que, en la recolección de los datos, la mayor parte de la muestra estuvo dentro de ese rango de edad.

ANÁLISIS DE DATOS

Se analiza también la relación entre la edad de los kinesiólogos y una menor tendencia a desarrollar el Síndrome en el Gráfico N°22.

Gráfico N°22. Distribución de la muestra según edad y tendencia al SBO.



Fuente: Elaboración propia.

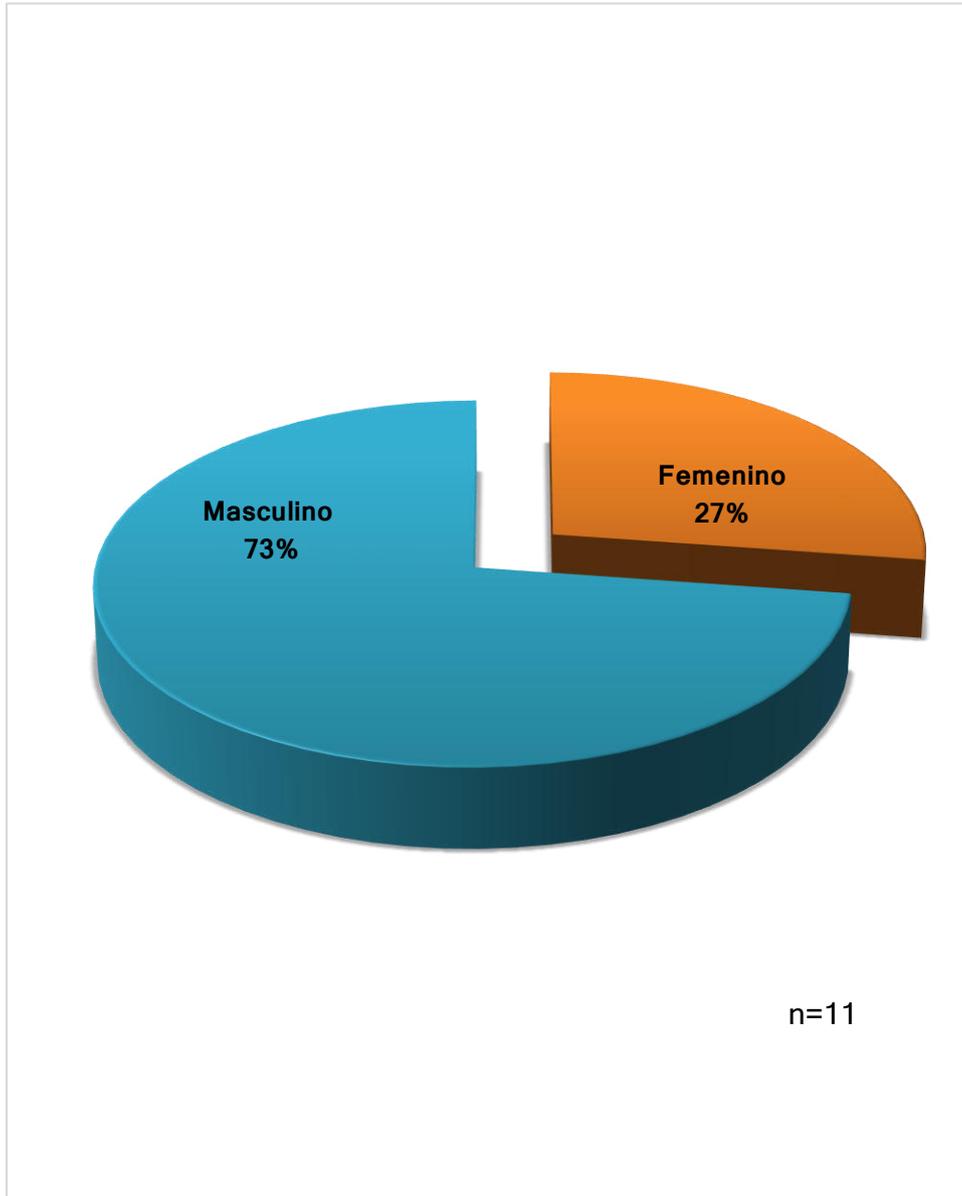
Como sucede con los kinesiólogos que cuentan con una fuerte tendencia, el rango tendiente a desarrollar el Síndrome se encuentra entre los 30 y 39 años, concentrándose más de un 40% de la muestra. En relación a lo establecido en el marco teórico, la edad parece tener relación con el Síndrome reflejándose una mayor incidencia a menor edad del profesional. Esto se traduce en que los más jóvenes con menor antigüedad laboral son los más afectados por el Burnout (Benevides-Pereira, 2002).³⁷

³⁷ Esta investigación, se realizó con profesionales que realizan su actividad profesional en Brasil.

ANÁLISIS DE DATOS

En el Gráfico N°23 se centra en relacionar la fuerte tendencia al Síndrome con el sexo de los profesionales.

Gráfico N°23. Distribución de la muestra según Fuerte tendencia al SBO y sexo.



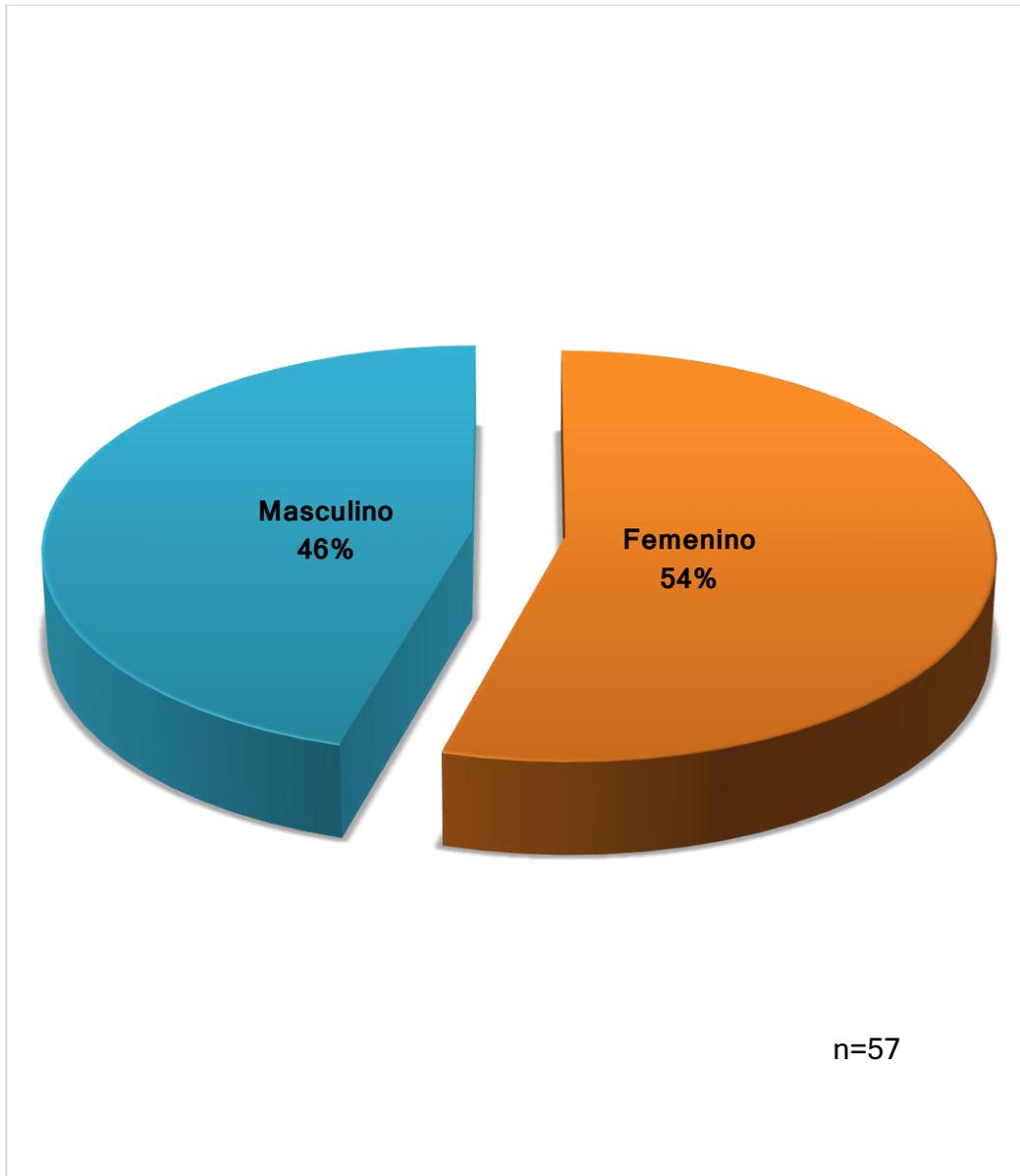
Fuente: Elaboración propia.

Pese a que la muestra está levemente predominada por el sexo femenino, se puede observar que el sexo masculino es el que tiene una fuerte tendencia al Síndrome ya que de 11 kinesiólogos con gran predisposición, 8 son varones.

ANÁLISIS DE DATOS

El Gráfico N°24 relaciona el sexo de los encuestados con una tendencia menor a desarrollar el Síndrome.

Gráfico N°24. Distribución de la muestra según tendencia al SBO y sexo.



Fuente: Elaboración propia.

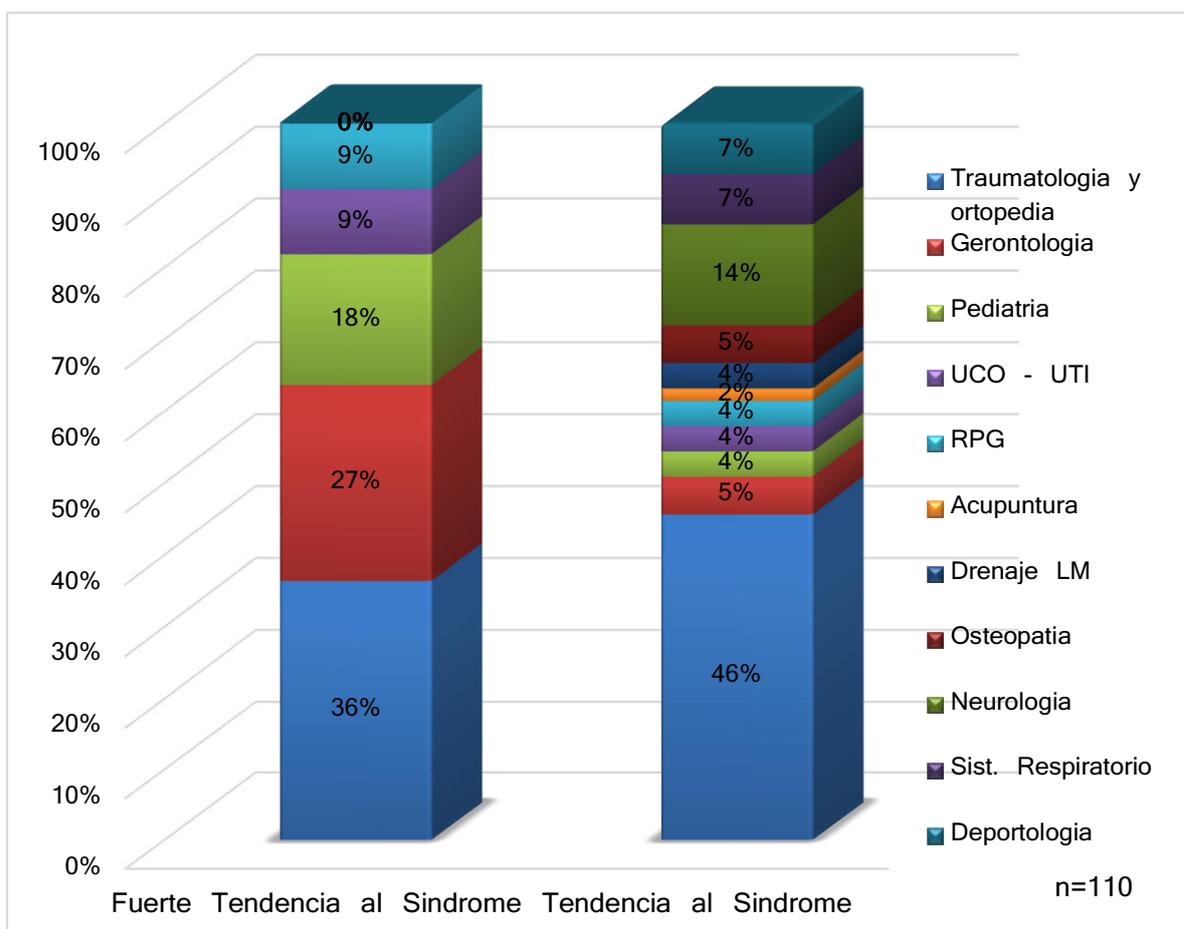
En esta tesis se representa una prevalencia por el sexo masculino para la fuerte tendencia y por el sexo femenino para una menor tendencia, sin embargo, existen otras investigaciones donde no se establece una preferencia de un sexo sobre otro para contraer el Síndrome. (Williams, 1989)

ANÁLISIS DE DATOS

El cuarto objetivo de la Investigación se concentra en indagar las especialidades kinésicas con mayor predisposición a desarrollar Burnout.

En el Gráfico N°25 se puede observar la predisposición de las distintas especialidades con respecto a los distintos niveles de tendencia al Síndrome.

Gráfico N°25. Distribución de la muestra según especialidades kinésicas y niveles de tendencia.



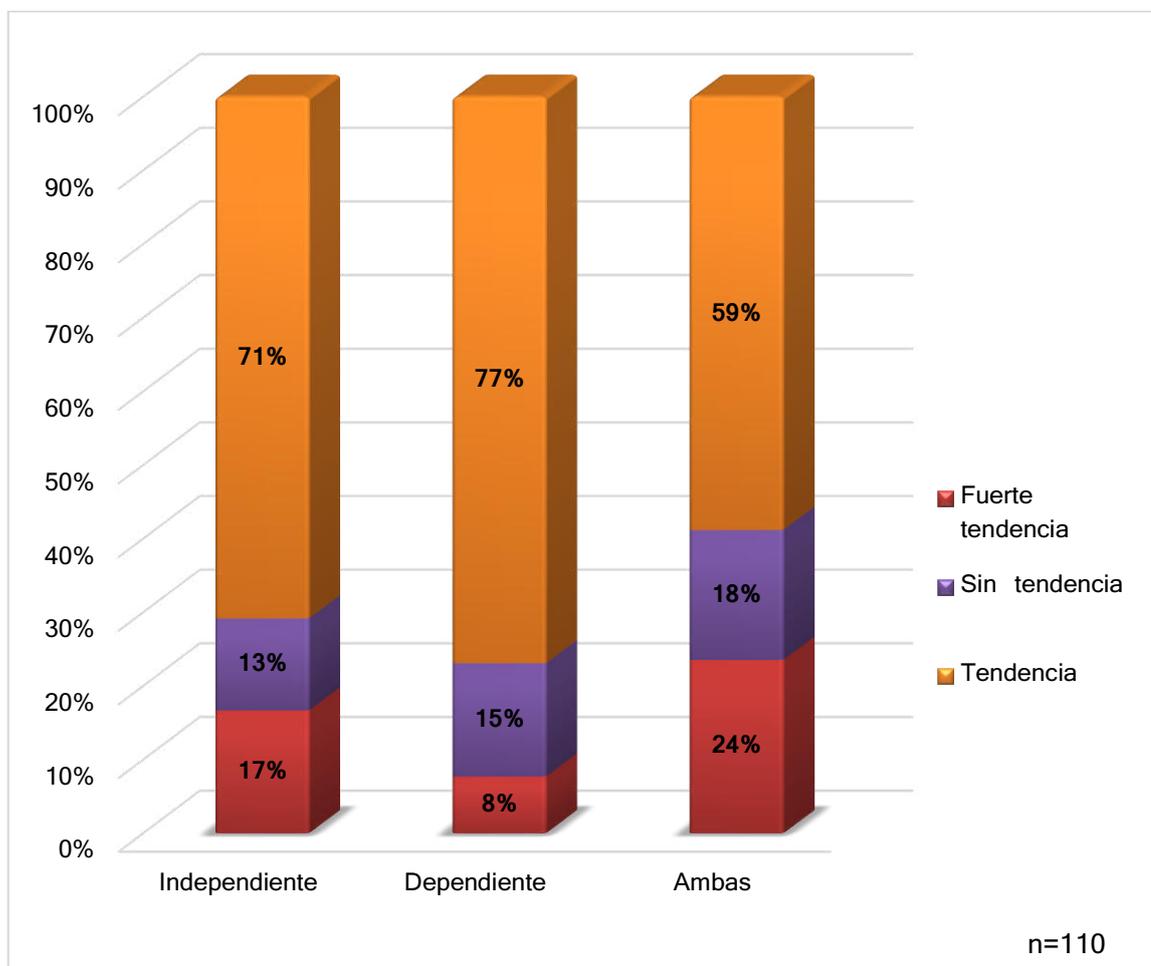
Fuente: Elaboración propia.

Las especialidades kinésicas con fuerte tendencia al SBO son los correspondientes a: Traumatología y Ortopedia, Gerontología y Pediatría. Menor incidencia al SBO lo tienen los profesionales que se desarrollan en Traumatología y Ortopedia y Neurología. Teniendo en cuenta que la muestra está conformada por un 44% de profesionales que se desarrollan en Traumatología, puede justificar las diferencias numéricas. El promedio de los pacientes que atienden los kinesiólogos que realizan actividades en Traumatología y Ortopedia es de 24 en 8 horas diarias y en Gerontología 25 pacientes en un promedio de 9 horas diarias. Esto puede provocar la mayor predisposición al Síndrome.

ANÁLISIS DE DATOS

En contrastar la propensión al Síndrome entre profesionales que trabajen en relación de dependencia y profesionales que trabajan independientemente se basa el quinto objetivo de análisis. Se muestran los resultados en el Gráfico N°26.

Gráfico N°26. Distribución de la muestra según tipo de relación laboral y niveles de tendencia al SBO.



Fuente: Elaboración propia.

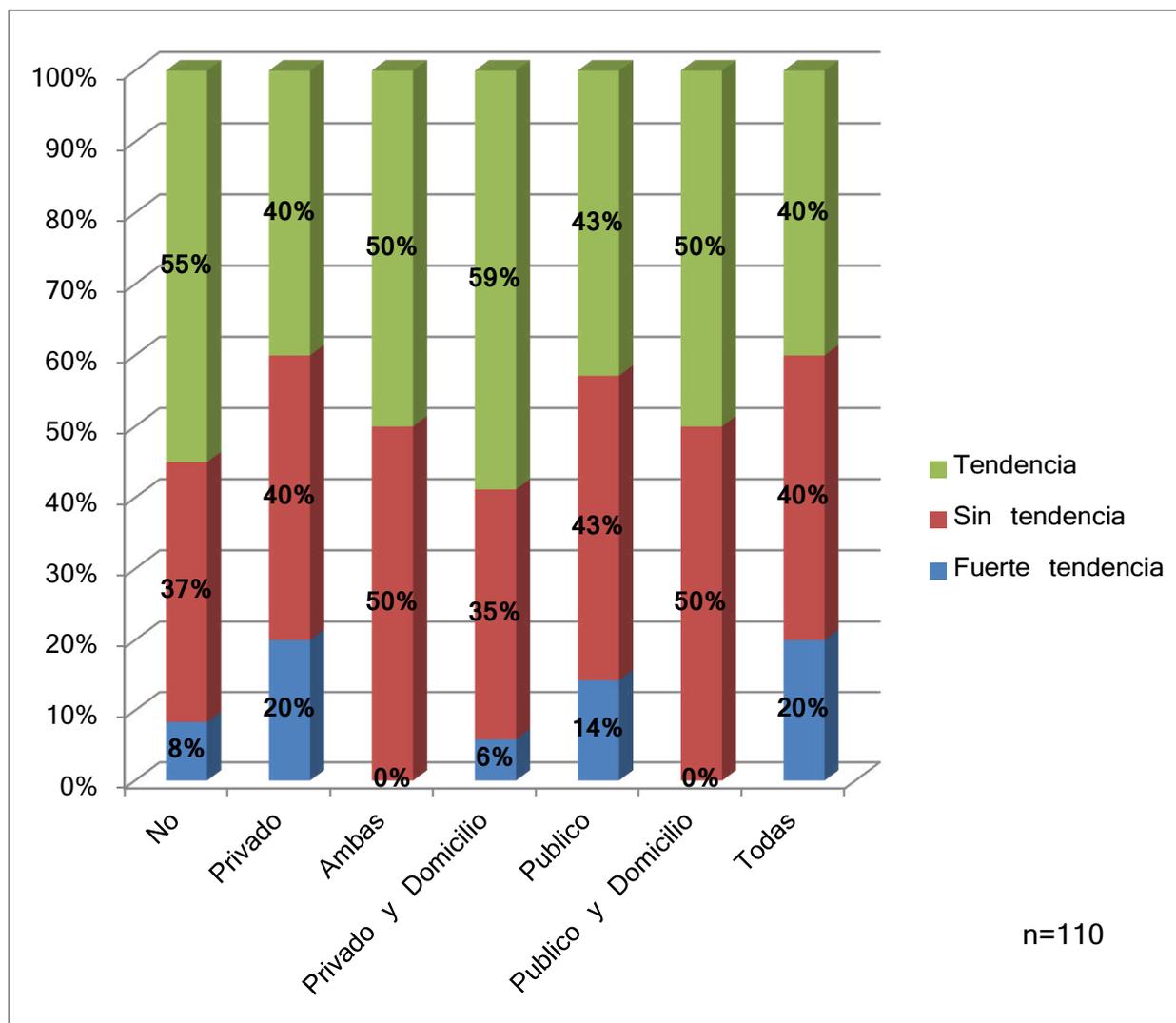
En la fuerte tendencia, prevalecen los trabajadores independientes sobre los dependientes. Casi un cuarto de los profesionales que trabajan tanto en relación de dependencia como independientemente tienen una fuerte tendencia al SBO. En cuanto a la tendencia, se observan valores equitativos tanto en los trabajadores independientes como los dependientes.

Pese a las diferencias teóricas entre los tipos de relación laboral, no se observan diferencias proporcionales significativas con respecto a la tendencia al Síndrome.

ANÁLISIS DE DATOS

Se compara la tendencia al Síndrome entre los profesionales que trabajen en una o varias instituciones en el objetivo número seis. El Gráfico N°27 nos ilustra los resultados.

Gráfico N°27. Distribución de la muestra según cantidad y tipo de lugares de trabajo y tendencia al Síndrome de Burnout.



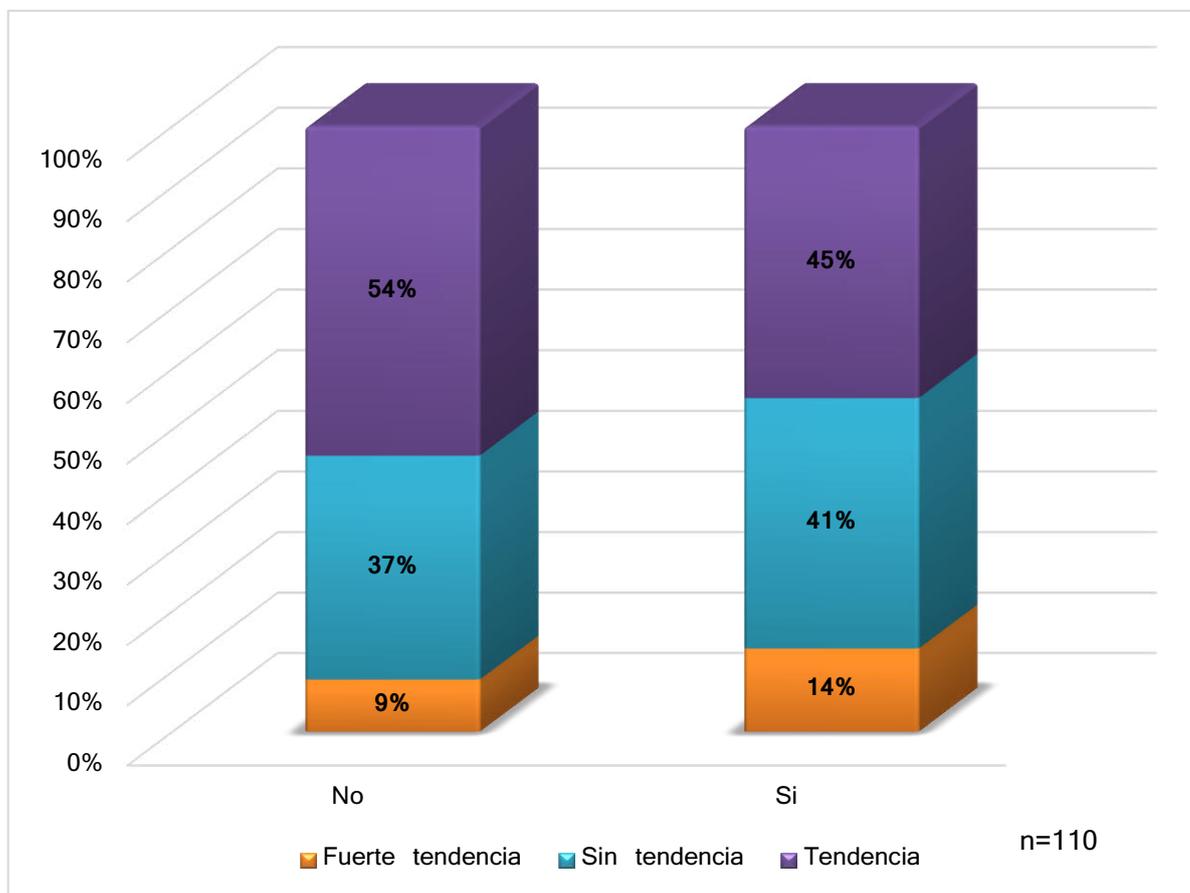
Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que los profesionales que trabajan en promedio en 2 instituciones del ámbito privado y los profesionales que trabajan en el ámbito privado, público y realizan domicilios en 3 instituciones son los más afectados por la fuerte tendencia al SBO. Le siguen los profesionales que se desempeñan en el ámbito público en un promedio de 2 instituciones. Con una tendencia más reducida se encuentran los profesionales que trabajan en más de un ámbito público. Los profesionales que sólo se desempeñan en un establecimiento menos de un 10% cuenta con fuerte tendencia pero más del 50% poseen tendencia al SBO.

ANÁLISIS DE DATOS

Se contraponen también la predisposición al Síndrome entre profesionales que tengan cargo docente y profesionales no-docentes. Se detallan resultados en el Gráfico N°28.

Gráfico N°28. Distribución de la muestra según cargo docente y tendencia al SBO.



Fuente: Elaboración propia.

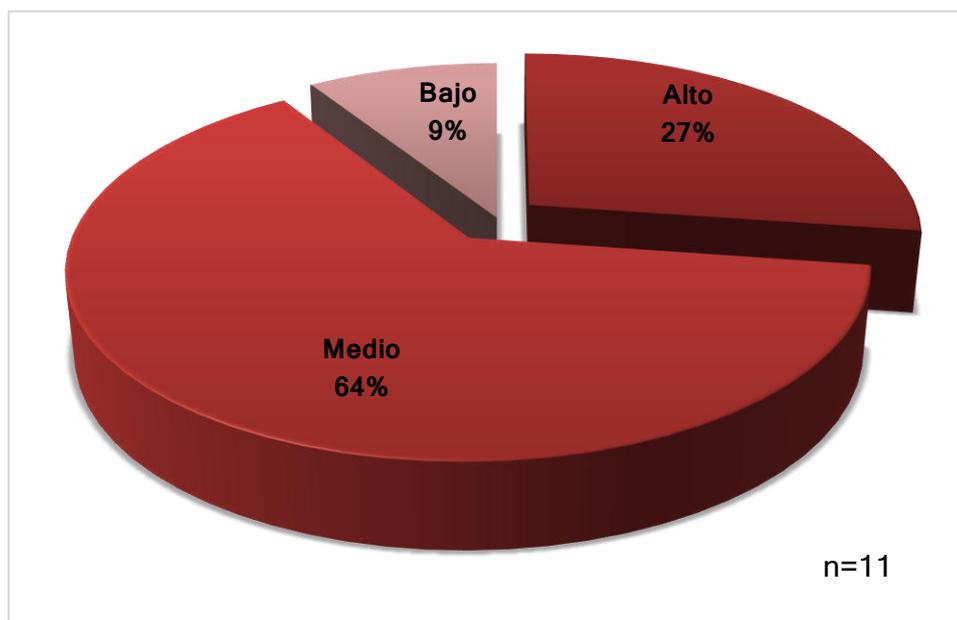
Un cuarto de los profesionales que tienen una carga docente tienen fuerte tendencia al Síndrome. Esos profesionales tienen una carga semanal docente promedio de 7 horas y por día atienden a aproximadamente 35 pacientes en 10 horas promedio de trabajo. La tendencia al SBO parece no favorecer a los profesionales que no tienen cargo docente sobre los que sí lo tienen. El 45% de los profesionales docentes tienen tendencia a desarrollar el Síndrome y su carga semanal docente tiene un promedio de 5 horas y atienden aproximadamente a 18 pacientes en 7 horas en una jornada diaria. Se observa una mayor predisposición de los profesionales docentes sobre los no-docentes que tengan cargas semanales mayores a 5 horas. También afecta el gran número de pacientes atendidos por día y las altas cargas horarias de trabajo.

ANÁLISIS DE DATOS

Para finalizar el análisis se utiliza el “Cuestionario del Desgaste Profesional del Médico” para determinar el nivel de afectación de los 11 kinesiólogos con fuerte tendencia al Síndrome con respecto a las consecuencias físicas y emocionales, al deseo de abandono profesional y al aislamiento socio-profesional para poder determinar la existencia de repercusiones en el profesional.

En los Gráficos N°29, N°30, N°31 y N°32 muestra el grado de las cuatro dimensiones en los profesionales fuertemente tendientes.

Gráfico N°29. Distribución de la muestra con fuerte tendencia al SBO según consecuencias físicas.

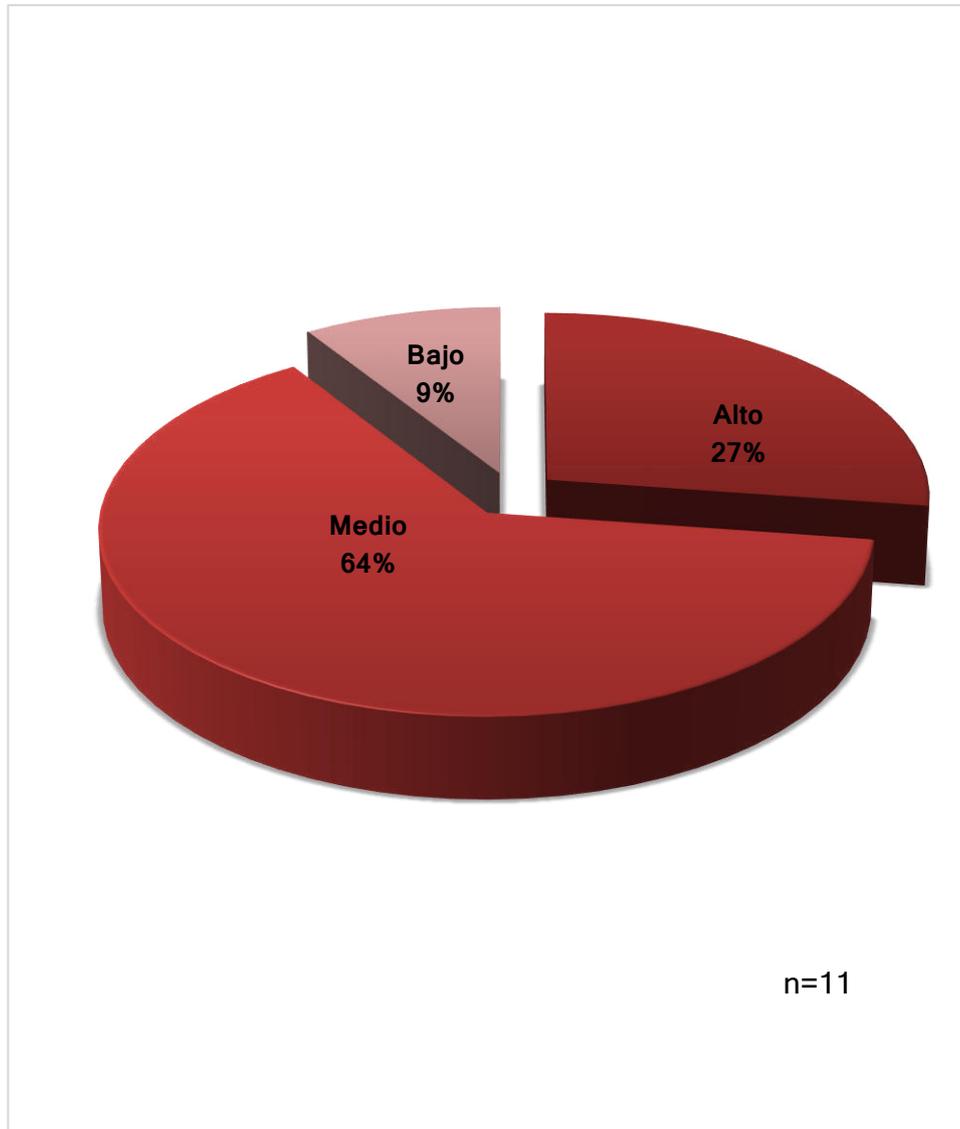


Fuente: Elaboración propia.

Un número de 3 profesionales cuenta con un nivel de afectación alto con respecto a las consecuencias físicas. Más del 50%, 7 profesionales, cuentan con un nivel de afectación medio de esta dimensión. Los profesionales con alto nivel de afectación física descansan seis horas o menos por día, no cuentan con actividades de esparcimiento y trabajan entre 5 y 6 veces a la semana, con un promedio de 41 pacientes en 10 horas diarias. También cuentan con un promedio de 6 inasistencias que refieren ser causadas por enfermedad y cansancio. No cuentan con profesionales que lo reemplacen en sus ámbitos laborales porque dos de ellos advierten que faltan kinesiólogos para coordinar con sus horarios y uno que la institución no se lo permite.

ANÁLISIS DE DATOS

Gráfico N°30. Distribución de la muestra con fuerte tendencia al SBO según consecuencias emocionales.

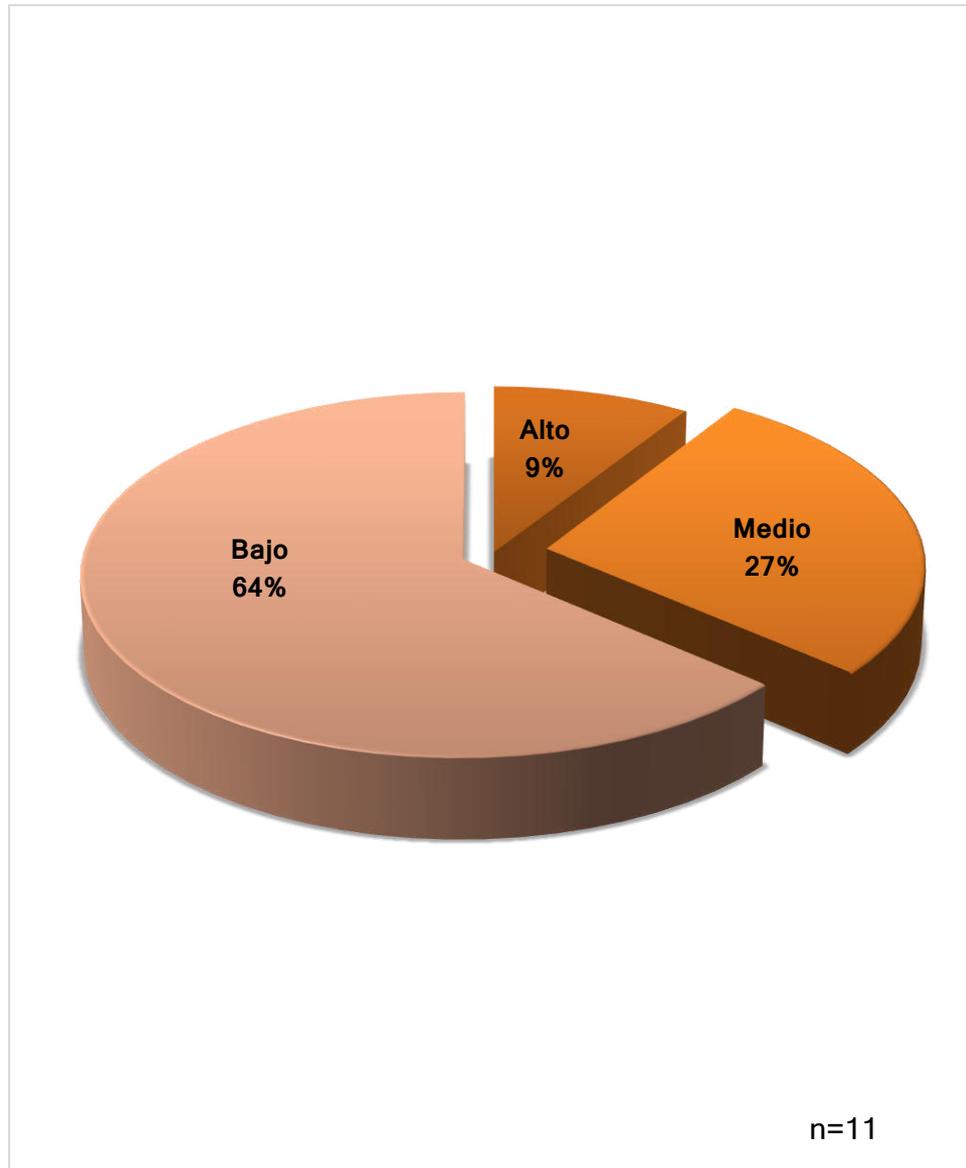


Fuente: Elaboración propia.

En iguales proporciones y siendo los mismos profesiones que cuentan con alto nivel de consecuencias físicas, son tres los que padecen de altas consecuencias emocionales. Un total de 7 profesionales cuentan con nivel medio de consecuencias emocionales siendo los mismos que cuentan con nivel medio de consecuencias físicas.

ANÁLISIS DE DATOS

Gráfico N°31. Distribución de la muestra con fuerte tendencia al SBO y aislamiento socio-profesional.

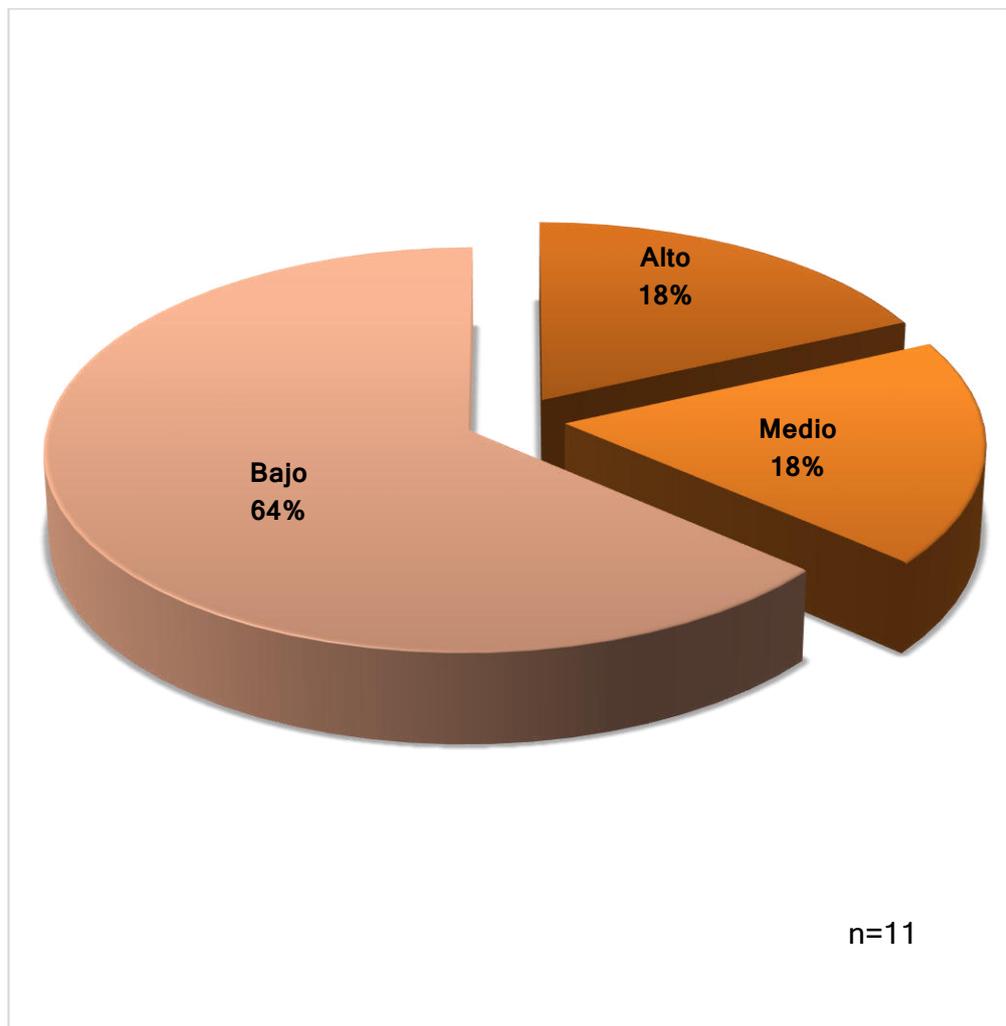


Fuente: Elaboración propia.

En la muestra, existe un sólo profesional que se encuentran con alto nivel de aislamiento socio-profesional. Este profesional cuenta con alto nivel tanto de consecuencias físicas como consecuencias emocionales. Tienen un nivel de afectación medio de esta dimensión un total de 3 profesionales, sólo uno de ellos cuenta con altos niveles de consecuencias físicas y emocionales.

ANÁLISIS DE DATOS

Gráfico N°32. Distribución de la muestra con fuerte tendencia al SBO y deseo de abandono profesional.



Fuente: Elaboración propia.

Tanto como el nivel de afectación alto como medio cuentan con dos profesionales cada uno. De los dos profesionales con alto nivel de deseo de abandono, sólo uno cuenta con niveles altos de consecuencias físicas, consecuencias emocionales y aislamiento socio-profesional. El restante tiene un nivel bajo de consecuencias físicas y emocionales y un nivel medio de aislamiento socio-profesional. Los 7 kinesiólogos restantes, con fuerte tendencia al SBO, tienen un bajo nivel de afectación en esta dimensión. En cuanto a las demás dimensiones, todos tienen bajo nivel de aislamiento socio-profesional y sólo 2 de ellos cuentan con alto nivel de consecuencias físicas y emocionales.



Conclusiones

CONCLUSIONES

En primera instancia, se debe resaltar que si bien la fuerte tendencia al Síndrome en sí, no fue lo que prevaleció en esta población de estudio, es importante destacar la gran proporción de profesionales que tienen tendencia a desarrollarlo a lo largo de su carrera profesional, siendo una sub-muestra a la que hay que prestarle significativa atención con el fin de actuar con medidas de prevención.

De los datos obtenidos se deduce que el grupo estudiado posee una distribución en proporciones similares con respecto al sexo, con un rango etareo constituido entre los 24 y 73 años de edad, siendo un 46% de la muestra profesionales entre los 24 y 34 años. Un 44% desarrollan la actividad kinésica en el área de Traumatología y Ortopedia, le siguen los profesionales que se desarrollan en Neurología y Gerontología, pudiendo ser estas especialidades mayor elección por las demandas laborales existentes, la ubicación de una institución que realiza la especialidad en Neurología y el dato arrojado por el Censo Nacional donde se determina un 19% de población mayor a 65 años en la ciudad estudiada.

El 62% de los kinesiólogos cuenta con una tendencia a desarrollar el Síndrome, siendo la mitad tendientes y el otro 10% fuertemente tendientes en proporciones similares con otras investigaciones realizadas en nuestro país y en España. (Castro Sánchez, 2006) (Gisbert F, Garcés E & Montesinos M, 2008)

En cuanto al Agotamiento Emocional y la Despersonalización, los kinesiólogos desarrollan en gran proporción niveles medio-altos, un 52% y 37% respectivamente. En cambio, con respecto a la Realización Personal, vemos que casi un 80% de los kinesiólogos cuentan con un nivel alto siendo esto diferente a otras profesiones que tienden a padecer el Síndrome donde la mayor parte de los profesionales cuentan con niveles medios o bajos de esta dimensión. Esto puede deberse a la tarea de vocación y servicio que los kinesiólogos realizan día a día. De los profesionales con alto grado de Realización Personal, no existe ni un kinesiólogo de ellos que padezca el Síndrome, sí un 60% tiene tendencia a desarrollarlo pudiendo deberse a grados altos en las otras dos dimensiones.

En cuanto a los factores de riesgo más tendientes al Síndrome se puede establecer que la antigüedad laboral de los profesionales se encuentra con prevalencia en los kinesiólogos con menos de 10 años de antigüedad, pudiendo estar relacionado dicho resultado con la gran proporción de profesionales con poca antigüedad en Mar del Plata por la creación de una Universidad que dicta la Licenciatura en Kinesiología desde el año 2003.

En cuanto al descanso nocturno de los kinesiólogos podemos establecer que un 27% de la muestra realiza un descanso menor a 6 horas diarias, un valor muy inferior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud, considerándose un factor predisponente para el Síndrome.

Cualquier trabajador debe desarrollar actividades de esparcimiento con el fin de liberar tensiones provocadas durante el día laboral, es por esto que se evaluó la realización de los

CONCLUSIONES

misimos por los kinesiólogos arrojando que un 17% no realizaba ningún tipo de actividad siendo propensos al desarrollo del SBO.

Otra variable que predispone al desarrollo del Síndrome es la cantidad de horas trabajadas por día, donde el 36% de los kinesiólogos admitieron que trabajan más de 9 horas, pese a las normativas legales de nuestro país de 8 horas por día o 48 horas semanales por día, y otro 40% trabaja entre 7 y 8 horas diarias. Las altas cargas horarias parecen estar dadas por la demanda laboral que existe en la ciudad de estudio contribuyendo también a la propesión al Síndrome.

La realización de guardias genera aumento de carga laboral semanal por lo que fue incentivo para estudiar el comportamiento de la variable en la población. Un 9% realiza guardias semanales, siendo las más frecuentes las de 6 y 12 horas semanales. De los profesionales que relizan guardias, 2 tienen una fuerte tendencia al Síndrome y 4 se encuentran con una predisposición a tenerlo. Por lo que se puede inferir que la realización de guardias incide en la tendencia al Síndrome.

Según la cantidad de días trabajados por semana, más de 90% de los encuestados trabaja entre 5 y 6 días y todos los días un 5%. No sólo resulta importante para determinar el Síndrome la cantidad de horas y días trabajados, sino que también la cantidad de pacientes atendidos durante una jornada laboral por lo que el 47% atiende más de 16 pacientes por día, destacando que el 19% atiende 26 pacientes o más pudiendo develar que el kinesiólogo se enfrenta ante una gran jornada laboral intensa con propensión al SBO.

Las demandas laborales, la remuneración no acorde y los retrasos en el pago por parte de entidades de prestación hacen que el kinesiólogo deba realizar, en muchas ocasiones, atención simultánea. Casi un tercio declara que realiza atención kinésica a por lo menos 2 pacientes a la vez donde un 20% de ellos atiende a más de 4 pacientes a la vez, siendo el 4% de los profesionales los que más atienden en simultáneo con 6 pacientes a la vez. De los profesionales que atienden en simultáneo, 10 kinesiólogos, con un promedio diario de 9 horas laborales, tienen una fuerte tendencia al Síndrome por sobre 1 que no atiende a pacientes en simultáneo y con una jornada laboral de 12 horas cuenta con fuerte tendencia.

El tiempo de atención a los que se dedican los profesionales encuestados, casi un tercio dedica más de 40 minutos y más de un cuarto de los profesionales admite atender más de 50 minutos por paciente donde un kinesiólogo que atiende por lo menos 30 pacientes por día, a 3 pacientes a la vez durante 10 horas tiene una fuerte tendencia al Síndrome. De los profesionales que atienden entre 40 y 50 minutos, 8 kinesiólogos que atienden a 35 pacientes en 9 horas laborales cuentan con el Síndrome.

Con el objetivo de establecer los niveles de tendencia más alto según el sexo podemos determinar que la fuerte tendencia y la tendencia está determinada por el rango

CONCLUSIONES

etareo de 30 a 44 años, estableciendo que la edad puede tener relación con el Síndrome reflejándose una mayor incidencia a menor edad del profesional.

En cuanto al Síndrome y al sexo de los profesionales, podemos establecer que la fuerte tendencia está determinado por el sexo masculino y la tendencia está levemente representada por el sexo femenino.

Las especialidades con mayor predisposición al Síndrome podemos nombrar que son fuertemente tendientes las de Traumatología y Ortopedia, Gerontología y Pediatría. El promedio de pacientes atendidos en Traumatología y Ortopedia es de 24 en 8 horas y en Gerontología 25 pacientes en 9 horas diarias pudiendo provocar mayor predisposición la carga laboral.

Según el tipo de trabajo, podemos observar que fuerte tendencia cuentan una gran proporción de profesionales independientes y en cuanto a la tendencia, se observan valores equitativos entre ambos trabajadores. Se podría comprobar que los profesionales que trabajan de manera independiente tienen predisposición al Síndrome. Los profesionales que trabajan en el ámbito privado y los profesionales que trabajan en los dos ambitos y trabajan en atención domiciliaria son fuertemente tendientes al Síndrome.

Prevalencen minimamente con fuerte tendencia los profesionales que tienen cargo docente por sobre los que no. Se observa mayor predisposición si esta variable viene acompañada de una carga laboral diaria intensa.

En esta investigación, un total de 11 kinesiólogos cuentan con una fuerte tendencia al Síndrome.

Tres profesionales cuentan con alto nivel de consecuencias físicas y emocionales siendo su descanso menor a seis horas, no cuentan con actividades de esparcimiento, trabajan entre 5 y 6 días a la semana atendiendo a un promedio de 41 pacientes en 10 horas laborales diarias. Ellos cuentan con un promedio de 6 inasistencias que refieren ser causadas por enfermedad y cansancio y no tienen profesionales reemplazantes porque faltan kinesiólogos y porque la Institución no le permite reemplazos. Un sólo de estos profesionales cuenta con alto nivel de aislamiento socio-profesional y de deseo de abandono. Los fuertemente tendientes al Síndrome cuentan con altos niveles de consecuencias físicas y emocionales, pero no cuentan con niveles de aislamiento socio-profesional ni desesos de abandono como es el caso de otras profesiones.

Los resultados dan la pauta de que los kinesiólogos que cuentan con una fuerte carga laboral diaria determinada por extensas horas de trabajo, gran cantidad de pacientes con atención en simultáneo, un descanso inadecuado y sin actividades de esparcimiento se encuentran fuertemente tendientes al Síndrome desarrollando consecuencias físicas y emocionales pero no experimentan aislamiento dentro de su trabajo ni deseos de abandono.

CONCLUSIONES

Argentina aún no entiende al Síndrome de Burnout como una patología causada por el mismo trabajo que podría generarle incapacidad laboral al que lo padece sin responder a una alteración orgánica propiamente dicha. Con el objetivo de entender a la persona en su concepto de ser bio-psico-social, se debería comenzar inmediatamente con la prevención al Síndrome ya que por lo presentado en la siguiente Investigación los kinesiólogos son tendientes a desarrollarla.

Resultaría interesante para futuras investigaciones, ejecutadas por profesionales competentes en lo que concierne a la salud mental, la realización de planes preventivos con el objetivo de disminuir las consecuencias tanto para el individuo que lo padece, como para sus pacientes, sus colegas y dentro de la organización a la que pertenecen.



Anexos

ANEXO N°1.

Resultados para las variables Síndrome Positivo y Agotamiento Emocional:

Tabla de contingencia (Síndrome Positivo / Agotamiento Emocional):

	Alto nivel de Agotamiento	Medio Nivel de Agotamiento	Bajo Nivel de Agotamiento
Fuerte tendencia al Síndrome	11	0	0
No posee el síndrome	0	0	42
Tendencia al síndrome	16	30	11

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Síndrome Positivo / Agotamiento Emocional):

Chi-cuadrado (Valor observado)	102,583
Chi-cuadrado (Valor crítico)	9,488
GDL	4
p-valor	< 0,0001
alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: La tendencia al Síndrome de Burnout y el nivel de Agotamiento Emocional son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre el Síndrome de Burnout y el nivel de Agotamiento Emocional.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha, es decir, existe una relación significativa entre el agotamiento emocional y el SBO.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es menor que 0,01%.

ANEXO N°2.

Resultados para las variables Síndrome Positivo y Despersonalización:

Tabla de contingencia (Síndrome Positivo / Despersonalización):

	Alto Nivel de D	Medio Nivel de D	Bajo Nivel de D
Fuerte tendencia al Síndrome	11	0	0
No posee el síndrome	0	0	42
Tendencia al síndrome	8	22	27

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Síndrome Positivo / Despersonalización):

Chi-cuadrado (Valor observado)	89,986
Chi-cuadrado (Valor crítico)	9,488
GDL	4
p-valor	< 0,0001
alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H₀: Las filas y las columnas de la tabla son independientes.

H_a: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula H₀, y aceptar la hipótesis alternativa H_a.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H₀ cuando es verdadera es menor que 0,01%.

ANEXO N°3.

Resultados para las variables Síndrome Positivo y Realización personal:

Tabla de contingencia (Síndrome Positivo / Realización personal):

	Nivel Alto de RP	Nivel Medio de RP	Nivel Bajo de RP
Fuerte tendencia al Síndrome	0	2	9
No posee el síndrome	35	4	3
Tendencia al síndrome	51	5	1

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Síndrome Positivo / Realización personal):

Chi-cuadrado (Valor observado)	61,773
Chi-cuadrado (Valor crítico)	9,488
GDL	4
p-valor	< 0,0001
alfa	0,05

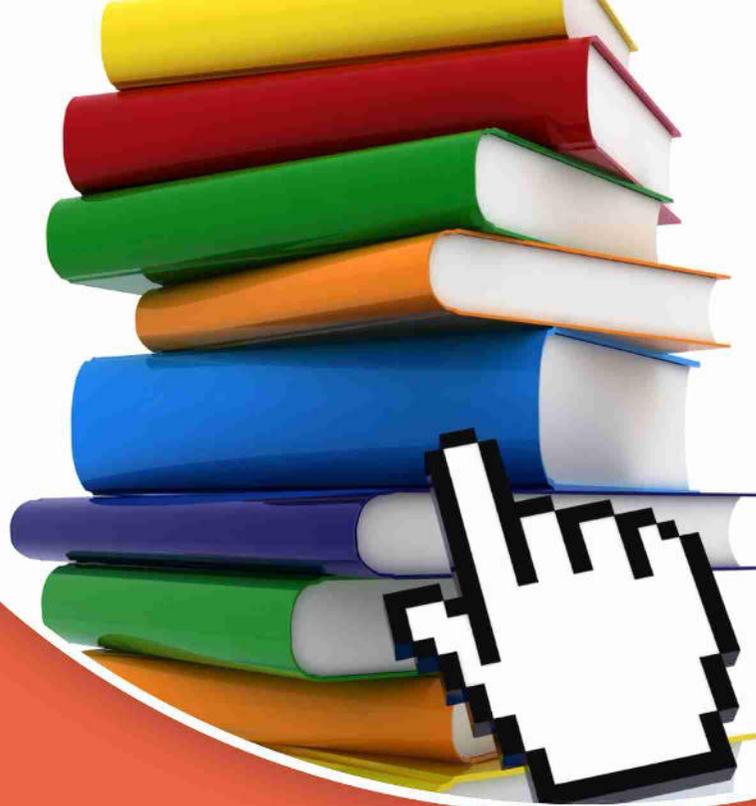
Interpretación de la prueba:

H₀: Las filas y las columnas de la table son independientes.

H_a: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula H₀, y aceptar la hipótesis alternativa H_a.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H₀ cuando es verdadera es menor que 0,01%.



Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

- APA. (2006). *The Road of resilience*. Obtenido de www.helping.apa.org/resilience
- Aranda C, Pando M, Torres TM, Salazar JG y Franco S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 225-231.
- Barón, M. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Madrid: Ed. Medica Panamericana.
- Benevides-Pereira. (2002). *O adoecer dos que se dedicam á cura as doenças. O burnout em um grupo de médicos*. Sao Pablo: Casa do Psicólogo.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: El Síndrome del Burnout: ¿Qué es y cómo superarlo?* Barcelona: Paidós.
- Bronsberg, B. &. (1998). *NO TE QUEMES*. Cúmulus.
- Castro Sánchez, A. e. (2006). Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia. *Fisioterapia*, 17-22.
- Del Río Moro, O. Perezagua García, MC. Vidal Gomez, B. (2003). El Síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en Cardiología*, 24-29.
- El-sahlil, L. (2012). *Burnout...y docencia: Un recorrido gradual sobre el sentimiento de desilusión y desgaste en la profesion magisterial*. Guanajuato, Mexico: Escuela Normal Oficial de León .
- Esteban, R. (2002). *El médico como persona en la relación medico-paciente*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Feresín, C. (2009). *Nuevas consideraciones sobre Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Mar del Plata, Argentina.: Facultad de Psicología .
- Fredenberg, H. (1974). *Staff burn-out. Journal of social issues*; 30: 159-165.
- Freudenberger, H & Richelson, G. (1980). *Burn-out: How to beat the high cost of succes*. New York: Bantam Books.
- Galvez, M. M. (2009). *El desgaste profesional del médico, Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de ícaro*. . España: Diez Santos.

BIBLIOGRAFIA

- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de Psicología de Trabajo y de las Organizaciones*, 3-12.
- Garibaldi, A. P. (2010). *Síndrome de Burnout en médicos del servicio de pediatría del Hospital Provincial Centenario de la ciudad de Rosario*. Rosario: UAI.
- Gil-Monte, P. &. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, vol.15, nº 2, 261-268.
- Gil-Monte, P. (2005). *El Síndrome de quemarse por le trabajo (BURNOUT). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Ediciones Piramide.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: Síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gisbert F, Garcés E & Montesinos M. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 361-368.
- Greenglass, Burke & Fiksenbaum. (1990). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 211-215.
- Hernandez Sampieri, R. F. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Irol, D. A. (26 de Julio de 2013). Cuatro de cada cinco trabajadores sufre estrés laboral en Argentina. *Punto a Punto Córdoba*.
- Maslach, C & Jackson. (1982). *Burnout in Health Professions: A social psychological analysis*. Nueva Jersey: GS Saners y Suls.
- Mera., M. F. (2009). Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 20(04): 131-140.
- Moreno-Jimenez B, González JL Y Garrosa E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Peiró J. & Gil-Monte P. (1999). Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 679-689.
- Pines & Aronson. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.

BIBLIOGRAFIA

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.a ed.)*. Madrid: Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>.

SECPAL. (2008). *Guía de prevención de Burnut para profesionales de cuidados paliativos*. Madrid: Arán Ediciones.

Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome de burnout*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Williams, C. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing & Health* , 169-178.

Wolfe, G. (1981). Burnout of therapists. *Physical Therapy*, 1046-1050.

Imágenes obtenidas de:

- <http://lamineriaimporta.org/wp-content/uploads/2013/08/Porque-le-llaman-f%C3%B3foro-a-los-cerillos.jpg>

- http://www.antosevi.es/images/20090216081128_img_0457.jpg

- <http://www.adeccorientaempleo.com/webwp/wp-content/uploads/2013/11/burnout.jpg>



Cuidando a los que cuidan: "Síndrome Burnout en Kinesiólogos"



Rocío Pilar García - rociopilargarcia@live.com.ar - Tutora : Lic. Graciela Tur - 2015

El Síndrome de Burnout es una entidad clínica caracterizada principalmente por un estrés crónico, propio de los profesionales que realizan servicios humanos cuya tarea exige una atención intensa, prolongada y constante con personas en situación de padecimiento, desigualdad o dependencia. El Kinesiólogo es uno de los profesionales de la salud que más contacto directo tiene con los factores tendientes al Síndrome por la relación constante con el paciente enfermo, la frecuencia y el tiempo prolongado de las sesiones y por la relación que con sus pacientes genera sesión a sesión.

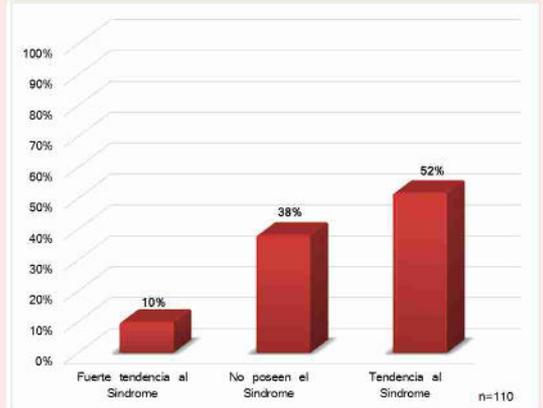
Objetivo General: Analizar los factores de riesgo más tendientes al Síndrome de Burnout en Kinesiólogos de la ciudad de Mar del Plata y el nivel de afectación a los profesionales durante Octubre del 2014.

Material y Métodos: Trabajo de investigación descriptivo, no experimental, transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realiza una encuesta personal a 110 kinesiólogos con preguntas sobre variables demográficas y su situación laboral acompañado del "Inventario de Maslach Burnout" para evaluar la tendencia al Síndrome y el "Cuestionario del Desgaste Profesional del Médico" para evaluar consecuentes.

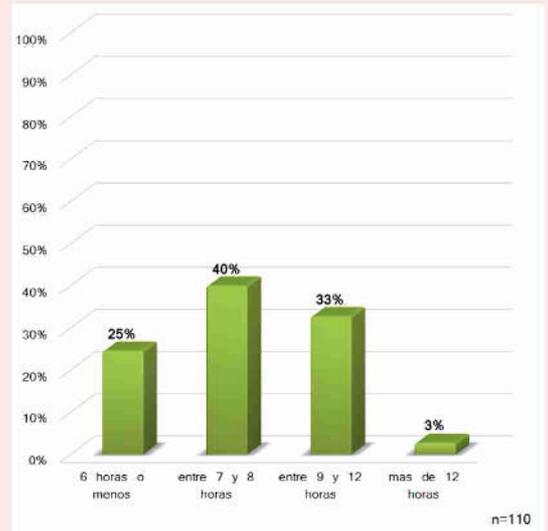
Resultados: El 62% de los kinesiólogos cuenta con una tendencia a desarrollar el Síndrome, siendo la mitad tendientes y el otro 10% fuertemente tendientes. Un 52% tiene un nivel medio o alto de Agotamiento Emocional, un 37% de los profesionales desarrollan un nivel alto y medio de Despersonalización y un 80% cuenta con un nivel alto de Realización Personal. La fuerte tendencia estaría determinada por el sexo masculino, en un rango etareo de 30 a 44 años siendo profesionales independientes con especialidades en Traumatología y Ortopedia o Gerontología. De las variables que predisponen, el 36% de los kinesiólogos admitieron que trabajan más de 9 horas, el 47% atiende más de 16 pacientes por día, el 17% no realizaba ningún tipo de actividad de esparcimiento, el 27% realiza un descanso menor a 6 horas diarias y 6 de 9 kinesiólogos que realizan guardias tienen tendencia a desarrollarlo. Prevalen minimamente con fuerte tendencia los profesionales que tienen cargo docente. Once kinesiólogos cuentan con una fuerte tendencia de los cuales tres tienen alto nivel de consecuencias físicas y emocionales siendo su descanso menor a seis horas, sin tener actividades de esparcimiento, trabajando entre 5 y 6 días a la semana atendiendo a 41 pacientes en 10 horas laborales diarias con un promedio de 6 inasistencias causadas por enfermedad y cansancio y sin contar con profesionales reemplazantes. Un sólo de estos profesionales cuenta con alto nivel de aislamiento socio-profesional y de deseo de abandono.

Conclusión: Los resultados dan la pauta de que los kinesiólogos que cuentan con una fuerte carga laboral diaria determinada por extensas horas de trabajo, gran cantidad de pacientes con atención en simultaneo, un descanso inadecuado y sin actividades de esparcimiento se encuentran fuertemente pendientes al Síndrome desarrollando consecuencias físicas y emocionales pero sin experimentar aislamiento dentro de su trabajo ni deseos de abandono.

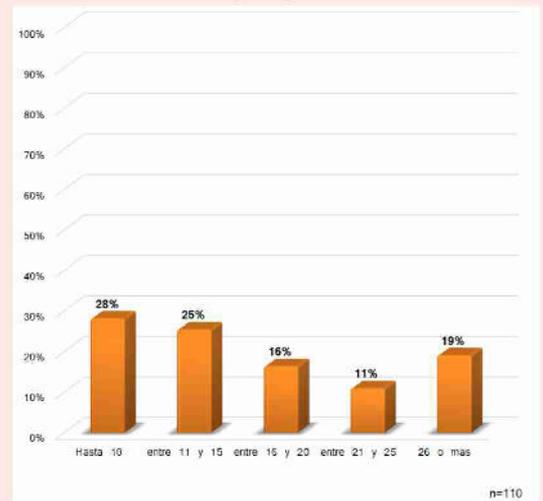
Palabras claves: Síndrome de Burnout, Síndrome del Quemado, Desgaste Profesional, Kinesiólogos.



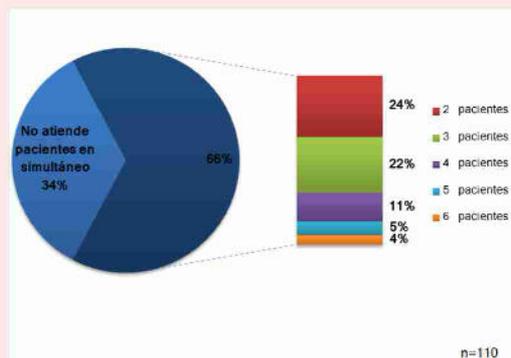
Distribución de la muestra según tendencia al Síndrome de Burnout



Distribución de la muestra según horas trabajadas por día.



Distribución de la muestra según pacientes atendidos por día



Distribución de la muestra según la atención en simultáneo de pacientes

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: GARCÍA, ROCÍO PILAR.
Tipo y Nº de Documento: DNI 36.617.370
Teléfono/s: (0223) 155137697
E-mail: rociopilargarcia@live.com.ar
Título obtenido: Licenciatura en Kinesiología.

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

CUIDANDO A LOS QUE CUIDAN: SÍNDROME DE BURNOUT EN KINESIÓLOGOS

Fecha de defensa ____/____/2015

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons

(recomendada, si desea seleccionar otra licencia [visitar](http://creativecommons.org/choose/)
<http://creativecommons.org/choose/>)



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta" en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa.

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.



Rocío Pilar García