



Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Kinesiología

“NIVELES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
REANIMADORES Y TÉCNICOS PARAMÉDICOS
DEL SAMU METROPOLITANO DE CHILE”

MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ QUIROGA
CAMILO ARNALDO SOTO CARMONA

2010

“NIVELES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN REANIMADORES Y TÉCNICOS
PARAMÉDICOS DEL SAMU METROPOLITANO DE CHILE”

Tesis
Entregada a la
UNIVERSIDAD DE CHILE
En cumplimiento parcial de los requisitos
para optar al grado de
LICENCIADO EN KINESIOLOGÍA

FACULTAD DE MEDICINA

Por

MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ QUIROGA
CAMILO ARNALDO SOTO CARMONA

2010

DIRECTOR DE TESIS: Klgo. José Miguel Gómez López

PATROCINANTE DE TESIS: Profesora Sylvia E. Ortiz Zúñiga

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

INFORME DE APROBACIÓN
TESIS DE LICENCIATURA

- Se informa a la Escuela de Kinesiología de la Facultad de Medicina que la Tesis de Licenciatura presentada por los candidatos:

MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ QUIROGA
CAMILO ARNALDO SOTO CARMONA

Ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al grado de Licenciado en Kinesiología, en el examen de defensa de Tesis rendido el

DIRECTOR DE TESIS

FIRMA

Klgo. José Miguel Gómez López

.....

COMISIÓN INFORMANTE DE TESIS.

NOMBRE

FIRMA

.....

.....

.....

A nuestras queridas familias, amigos y a la inmensa cantidad de personas que de alguna u otra manera confiaron en nosotros y aportaron con su granito de arena en esta dura y ardua ,pero a la vez alcanzable tarea. Por su cariño, paciencia, ayuda y sobretodo la comprensión entregados de manera incondicional durante el transcurso de este año.

Camilo y María de los Ángeles.

AGRADECIMIENTOS

Ya finalizada nuestra tesis quisiéramos agradecer en primer lugar a nuestro profesor y tutor de tesis, Klgo. José Miguel Gómez López por acogernos desde un principio con el entusiasmo que le caracteriza, por la confianza depositada en nosotros y el apoyo y orientación brindados en este largo trayecto. Junto con agradecer el apoyo brindado por el profesor Jaime Leppe Z., quien fue de gran ayuda durante la etapa final de nuestra investigación.

Al directorio del SAMU Metropolitano por su consentimiento y autorización al ingreso de sus instalaciones y al Personal Clínico del SAMU Metropolitano, quienes nos recibieron con gran disposición y que fueron indispensables para concretar exitosamente este estudio.

Agradecemos a las secretarias de nuestra escuela, “Adri” y “Xime”, por la ayuda y paciencia que nos otorgaron a pesar de las molestias y también al Tío Osvaldo quien nos ayudó inmensamente con bibliografía y referencias cuando fue necesario y nos distrajo en los momentos de colapso.

Reiteramos el agradecimiento a nuestros padres: Gloria, Héctor, Luis y Marianela por su amor, apoyo y confianza incondicionales, a la Tía Carmen y Sra. Ofelia que estuvieron siempre presentes entregando ánimo y fuerza en todo momento. A Alberto, Andrea y Karlita, nuestros queridos hermanos que alegran nuestras vidas y que extrañamos inmensamente durante este año. A nuestros familiares y amigos a quienes queremos mucho y que estuvieron ahí cuando los necesitamos, soportándonos en todo momento para así lograr felizmente esta meta.

Y por último, a nosotros, por la oportunidad que nos brindamos, por el esfuerzo y tesón que pusimos durante cada uno de aquellos días, por el apoyo mutuo, por los momentos de alegría y de frustración, por las largas discusiones que tuvimos durante las interminables caminatas por la Región Metropolitana, y por lograr culminar con éxito lo que ahora es nuestra Tesis.

A cada uno de ustedes, muchas gracias.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
ABREVIATURAS	iii
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
OBJETIVOS	11
MATERIALES Y MÉTODOS	11
- Tipo de estudio	11
- Unidad de Análisis y Población	11
- Criterios de inclusión y exclusión	12
- Variables	12
- Procedimientos	14
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	21
PROYECCIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	29
APÉNDICES	33
ANEXOS	49

LISTADO DE FIGURAS

- **Figura 1:** Distribución de los tres niveles de Síndrome de Burnout (presencia, tendencia y ausencia) en el Personal Clínico del SAMU. 17
- **Figura 2:** Distribución de frecuencia del Personal Clínico del SAMU en función de la Edad. 38
- **Figura 3:** Rango de dispersión y mediana de la edad de la población estudiada. 38
- **Figura 4:** Distribución de frecuencia del Personal Clínico del SAMU en función del total de horas laborales semanales. 39
- **Figura 5:** Distribución de frecuencia del Personal Clínico del SAMU en función de la antigüedad laboral en el SAMU. 39
- **Figura 6:** Rango de dispersión y mediana de los años de antigüedad laboral del Personal Clínico del SAMU. 40
- **Figura 7:** Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Género. 41
- **Figura 8:** Rango de dispersión y mediana de la edad según tendencia a padecer el Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout en el Personal Clínico del SAMU. 41
- **Figura 9:** Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Estado de compromiso. 42
- **Figura 10:** Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Presencia de hijos. 42
- **Figura 11:** Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Profesión. 43
- **Figura 12:** Rango de dispersión y mediana de la antigüedad laboral según tendencia a padecer el Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout en el Personal

Clínico del SAMU.	43
- Figura 13: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Cantidad de trabajos.	44
- Figura 14: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según realización de horas extras.	44
- Figura 15: Rango de dispersión y mediana del total de horas laborales a la semana según tendencia a padecer el Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout en el Personal Clínico del SAMU.	45
- Figura 16: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout Percepción del propio ausentismo laboral.	46
- Figura 17: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Percepción del ausentismo laboral.	46
- Figura 18: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según la Conformidad con el sueldo recibido.	47

LISTADO DE TABLAS

- Tabla 1: Distribución porcentual del Nivel del Síndrome de Burnout según algunos indicadores sociodemográficos.	19
- Tabla 2: Clasificación de indicadores sociodemográficos.	48
- Tabla 3: Prueba de Chi-cuadrado de Pearson para Conformidad o no con el sueldo en función del Síndrome de Burnout.	48

LISTADO DE APÉNDICES

- APÉNDICE 1	33
- APÉNDICE 2	34

- APÉNDICE 3	36
- APÉNDICE 4	38
- APÉNDICE 5	41
- APÉNDICE 6	48

LISTADO DE ANEXOS

- Anexo 1: Puntajes de corte de las tres dimensiones según Alto, Medio y Bajo que determinan los niveles del Síndrome de Burnout.	49
- Anexo 2: Flujograma de determinación de la población de estudio a partir de la población elegible.	49
- Anexo 3: Maslach Burnout Inventory	51
- Anexo 4: Determinación del nivel del Síndrome de Burnout según Maslach y Moreno-Jiménez.	52

RESUMEN

El Síndrome de Burnout es una entidad propia de profesiones que prestan servicios de contacto directo y prolongado con personas. A nivel mundial muchos estudios han descrito su presencia en diversas actividades, sobretodo del ámbito de la salud, servicios de cuidados intensivos y urgencias.

El presente estudio buscó determinar cuál era el nivel del Síndrome de Burnout en el personal del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) de la Región Metropolitana de Chile y caracterizar cada nivel según características sociodemográficas.

Correspondió a un estudio no experimental, transversal y descriptivo. La población analizada estuvo constituida por 102 sujetos. Se utilizaron 2 instrumentos recolectores de datos, el primero elaborado por los autores que recogió información sobre características sociodemográficas. El segundo correspondió al Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) que midió el nivel de este síndrome.

Nuestra población en estudio correspondió a 147 sujetos, de los cuales no se logró reclutar a 33, equivalente a un 22,44%, 3 no consintieron y decidieron voluntariamente no participar de la realización de los cuestionarios (2,04%) y 9 test fueron invalidados (6,12%), resultando una población estudiada de 102 individuos, correspondiente a 70 hombres y 32 mujeres con edades entre 22 y 65 años, de los cuales el 47,1% eran profesionales de la salud y el 52,9% fueron Técnicos Paramédicos, con no más de 16 años de antigüedad laboral en el SAMU. La prevalencia del Síndrome de Burnout fue de 0%, sin embargo la tendencia a padecerlo fue de un 47 %.

La investigación mostró que de la totalidad de indicadores sociodemográficos, los que presentaron mayor diferencia porcentual en relación al nivel de Burnout fueron los referentes a la actividad laboral, sobretodo la conformidad con el sueldo, ya que las personas que no se encuentran conformes con su sueldo presentaron mayor número de casos con tendencia al SB.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Maslach Burnout Inventory, Características sociodemográficas, Atención prehospitalaria.

ABSTRACT

Burnout's Syndrome is an own entity of professions that give services of direct and prolonged contact with persons. Worldwide many studies have described his presence in diverse activities, overcoat of the area of the health, services of intensive care and urgencies.

The present study sought to determine which was the level of Burnout's Syndrome in the personnel of the “Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU)” of the Metropolitan Region of Chile and to characterize each level according to socio-demographical characteristics.

The present investigation corresponded to a not experimental, cross-sectional and descriptive study. A total 102 subjects constituted the population. We used two instruments to gather information, the first one elaborated by the authors who gathered information about socio-demographical characteristics. The second one corresponded to the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) that measures the levels of Burnout's Syndrome.

Our population in study corresponded to 147 subjects, from which it was not achieved to recruit 33, equivalently to 22,44 %, 3 did not give consent and decided to inform voluntarily of the accomplishment of the questionnaires (2,04 %) and 9 test were invalidated (6,12 %), turning out to be a studied population of 102 individuals, corresponding to 70 men and 32 women with ages between 22 and 65 years, of which 47,1 % were healthcare professionals and 52,9 % were Technical Paramedics, with not more than 16 years of labor antiquity in the SAMU. The prevalence of Burnout's Syndrome was 0 %, nevertheless the trend to suffer it was 47 %.

The investigation showed that of the totality of socio-demographical indicators, which presented major percentage difference in relation at the level of Burnout were the modals to the labor activity, overcoat the conformity with the salary, since the persons who are not consent to their salary presented major number of cases with trend to the SB.

Key words: Burnout's Syndrome, Maslach Burnout Inventory, Socio-demographical characteristics, Prehospital attention.

ABREVIATURAS.

APH:	Atención Prehospitalaria
CE:	Cansancio emocional
Cols:	Colaboradores
D:	Despersonalización
MBI:	Maslach Burnout Inventory
MBI-ES:	Maslach Burnout Inventory Educators Survey
MBI-GS:	Maslach Burnout Inventory General Survey
MBI-HSS:	Maslach Burnout Inventory Human Services Survey
PC:	Personal Clínico
R:	Reanimador
RP:	Realización personal
SB:	Síndrome de Burnout
TP:	Técnico Paramédico

INTRODUCCIÓN.

El Síndrome de Burnout (SB) o Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) se presenta en profesionales que brindan servicios de atención y cuidado a personas. Los profesionales de salud son uno de los grupos más afectados, pues son los encargados de tomar decisiones en relación a la vida del paciente y la calidad de ésta (Maslach y cols. 2001).

Investigaciones previas atribuyen la aparición de este síndrome a jornadas laborales mayores a ocho horas diarias y/o cuarenta horas semanales, la permanencia en un mismo ambiente laboral por un tiempo prolongado y remuneraciones inadecuadas, dichos estudios han mostrado que personas que trabajan jornadas igualmente largas, pero cuya remuneración es buena, es poco frecuente que desarrollen esta enfermedad (Pera y Serra-Prat 2002).

Otras investigaciones (Bernaldo de Quirós-Aragón y Labrador-Encinas 2007) vinculan el SB con las siguientes consecuencias: disminución de la productividad, disfunción personal, deterioro en la calidad en el cuidado del paciente, maltrato hacia sus compañeros de trabajo, pacientes y familia, ruptura de las relaciones personales, desgaste profesional, deterioro en las relaciones interpersonales, ausentismo laboral, alta rotación de personas y disminución de la satisfacción laboral (Atance 1997).

Si bien es cierto existen publicaciones que reportan el tema entre enfermeras, becados de medicina, residentes de unidades de cuidado intensivo y unidades de emergencia (Bustanza y cols. 2000, Bernaldo de Quirós-Aragón y Labrador-Encinas 2007, Guevara y cols. 2004), la prevalencia del SB entre el personal que se desempeña en atención prehospitalaria (APH) sólo ha sido reportada en algunos estudios internacionales (Okada y cols. 2005, Aasa y cols. 2006), no así en Chile, donde los estudios del Burnout no han sido necesariamente enfocados en profesiones sanitarias (Melita y cols. 2008, Barría 2002, Briones 2007).

A nivel mundial uno de los grupos mayormente expuestos a esta toma de decisiones en situaciones de estrés son los servicios de atención de urgencia, tanto públicos como privados (Leblanc y cols. 2005) en donde necesariamente se requiere de un compromiso y una entrega total del profesional mientras cumple su rol en la comunidad.

En el caso de Chile la mayor cobertura en APH es ofrecida por el SAMU. Por lo que es importante que la institución y sus funcionarios se encuentren en óptimas condiciones al momento de brindar la atención a los pacientes.

El personal clínico del SAMU Metropolitano labora en jornadas superiores a las ocho horas diarias o cuarenta horas semanales, sus remuneraciones no son superiores a la media y están sometidos a fuertes exigencias emocionales en su vida laboral diaria. En los últimos años la organización ha visto crecer los niveles de ausentismo y rotación laboral, junto con un deterioro no estudiado del clima laboral. Así lo demuestra un estudio realizado en nuestro país en la ciudad de Concepción (Melita y cols. 2008), el cual evidencia que el personal de enfermería que se desempeña en SAMU y hospitales manifiestan una tendencia al SB, lo que los convierte en un grupo vulnerable dentro del ámbito asistencial.

Con la presente investigación se buscó establecer el nivel del SB en Reanimadores (R) y Técnicos Paramédicos (TP), correspondientes al PC del SAMU Metropolitano de Chile y la caracterización sociodemográfica de cada uno de estos niveles.

MARCO TEÓRICO

El SB es considerado una entidad patológica que surge producto del estrés crónico. Se caracteriza porque no desaparece con el descanso y el reposo y es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo (Atance 1997, Maslach y cols. 2001), sin embargo existe evidencia de que períodos de recuperación mayores a 6 meses complementados con un buen sueño disminuyen significativamente los síntomas del SB (Sonnenschein y cols. 2008). Consta de 3 fases: reacción inicial de alarma, estado de resistencia y finalmente una fase de agotamiento que puede terminar hasta en la muerte (Vega y cols. 2009)

El SB es propio de profesiones que prestan servicios de atención que requieran un contacto directo y prolongado con personas que están en una situación de necesidad o dependencia (Maslach y cols. 2001), es decir se presenta en profesionales que mantienen una relación de ayuda y cuidados hacia otros, y más en aquellos que iniciaron su vida laboral con un alto nivel de entrega y vocación de servicio (Maslach y Jackson 1981, Maslach 2009).

El SB se configura en un modelo multidimensional, el cual describen como el índice del desajuste entre lo que las personas están haciendo y lo que desean hacer. Se compone de 3 áreas, la primera es el cansancio o agotamiento emocional (CE) y es el componente central del síndrome, pero no se considera causa suficiente para el mismo. En segundo lugar está la despersonalización (D), definiéndose como la consecuencia del fracaso en la fase anterior y un mecanismo de defensa para evitar los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Es una conducta hacia los pacientes, que implica falta de interés, apreciación cínica de sus problemas, pérdida de empatía e incluso la atribución de la culpa del estado en que se encuentran. Y por último una reducida realización personal (RP) que consiste en la creencia de que el trabajo no vale la pena, que no es posible cambiar las cosas, hay pérdida de la ilusión en el propio trabajo y del idealismo en su ejecución. (Maslach y Jackson 1981).

El perfil clínico de los médicos asociado a la presencia de SB (Moreno-Jiménez y Peñacoba 1999) se caracteriza por altas expectativas, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y seguridad, y un

sentimiento de omnipotencia sobre los males del enfermo que, unido a la creencia en la sociedad acerca de la ausencia de necesidades personales en los médicos, de la disponibilidad inmediata para los pacientes y la exigencia de resultados favorables, constituyen un terreno propicio para la presencia de este síndrome. Además, Maslach menciona que las personas que tienen bajos niveles de resiliencia o resistencia, es decir se involucran de sobremanera en las actividades y poseen un sentido exagerado de control sobre los eventos presentan puntuaciones más altas en el SB (Maslach y cols. 2001). Por otra parte, en un estudio de profesionales chilenos, específicamente de enfermeras de APH (Melita y cols. 2008) se obtienen como resultados una intensidad intermedia del SB que podría estar influenciada por la percepción de recursos insuficientes y la realización de excesos de turnos.

Aquellos profesionales que trabajan de forma intensa, íntima y continua con personas con problemas físicos, mentales, emocionales y sociales, como el personal sanitario, generan tensión asociada con el proceso de tratamiento y enseñanza al paciente, lo que facilita el riesgo de desarrollar SB. Una característica común de las labores pertinentes a estos profesionales de salud, es la responsabilidad ante la toma de decisiones que afectan directamente, de manera positiva o negativa, el bienestar de otros, sumado a esto la confianza que suele depositar el paciente y su familia en el personal de salud, son algunos de los estresores que se han encontrado en el ejercicio de estos roles. (Maslach y cols. 2001, Le Blanc y cols. 2005).

Cabe destacar que para la manifestación de este síndrome debe existir una susceptibilidad del individuo asociada a una influencia de factores ambientales (Maslach y Jackson 1981, Maslach y cols. 2001) por ejemplo elementos laborales y organizacionales como la presencia de fuentes de estrés laboral en el trabajo, estructura de los programas institucionales y trabajo en equipo, constituyendo una enfermedad multivariable en su etiología dificultando las estrategias de prevención y tratamiento. Ejemplos de esta influencia ambiental quedan al descubierto al revisar la bibliografía disponible, por ejemplo se ha postulado que mientras exista un inadecuado apoyo de directivos, sumado a estilos autoritarios de gestión y que se pase mayor tiempo con pacientes, son condiciones que determinarán un alto grado de expresión del SB (Moreno-Jiménez y Peñacoba 1999), así como la realización de turnos nocturnos y de prolongadas jornadas de trabajo (Guevara y cols. 2004).

Actualmente el SB es una entidad mundialmente reconocida y, debido a esto, se ha descrito la prevalencia en distintos países y profesiones, como es el caso de Nicaragua mostrando un 28% en personal de enfermería y 14% en médicos (Aragón y cols. 2008), México con 44% en anestesiólogos (Palmer y cols. 2005), España con 34,4% en personal de servicio de emergencia prehospitalario (Sánchez y cols. 2001).

La situación de nuestro país no se aleja de la realidad internacional, sin embargo diversos estudios indican que los porcentajes de las personas que están afectadas son muy dispares como por ejemplo 30,8% en asistentes sociales (Barría 2002) y 48,7% en Carabineros (Briones 2007).

Personal de Atención Prehospitalaria.

Las investigaciones relacionadas con estrés laboral en el ámbito de la salud se han centrado en hospitales generales, en atención primaria y en las unidades de paciente crítico. La mayor parte de éstos se dirigen a la evaluación del estrés en médicos o personal de enfermería. Se ha descrito una mayor incidencia de SB en médicos que atienden a pacientes graves, con mal pronóstico, por las vivencias frente a la muerte, la urgencia y la falta de reconocimiento social, así como por las condiciones laborales (Bernaldo de Quirós-Aragón y Labrador-Encinas 2007).

La investigación sobre la salud de los profesionales que se desempeñan en APH se ha basado en que tal trabajo es intrínsecamente agotador (Young y Cooper 1997) y que tiene un nivel de tensión mayor a otro tipo de actividades del área de la salud (Bounds 2006).

La APH se caracteriza por la estabilización de pacientes en riesgo vital, transporte de pacientes críticos de un hospital a otro, atención de pacientes crónicos en fase terminal mezclado con períodos de espera en la base (estación de ambulancia), además deben levantar pesos, transferir pacientes (Lavender y cols. 2000a, b), realizar turnos nocturnos, desempeñar sus labores muchas veces en ambientes inseguros y desprotegidos y/o ser atacados por pacientes o personas violentas, la posibilidad de contraer la enfermedad, enfrentar sentimientos de infravaloración de su trabajo, escasa posibilidad de predecir o graduar las demandas asistenciales, dificultades en la relación

con pacientes y familiares, no tener horarios de alimentación preestablecidos, ayudar a víctimas vulnerables como niños y mujeres abusadas, sin dejar de mencionar el rigor del clima. Las consecuencias negativas de esta tensión pueden incluir el bajo rendimiento en situaciones críticas (Leblanc y cols. 2005).

Se ha encontrado asociación entre la exposición a factores psicosociales relacionados con este trabajo y trastornos músculo-esqueléticos, como el lumbago, además de trastornos del sueño, cefaleas y dolores de estómago (Aasa y cols. 2005a, b). Sin embargo, poco se sabe acerca de cómo la experiencia subjetiva influye sobre sus procesos fisiológicos (Aasa y cols. 2006).

Servicio de Atención Médica de Urgencia

Al igual que el sistema de salud, en Chile la APH es mixta, es decir, está compuesta por actores públicos y privados. La responsabilidad de las prestaciones públicas recae sobre el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), organización que está presente casi en la totalidad de las regiones que componen el país.

La APH pública se inicia en Chile en enero del año 1993 con la inauguración del “Rescate Pediátrico del Hospital Roberto del Río” liderado por el Dr. Alfredo Misraji y conformado por un equipo de enfermeros y kinesiólogos. Ese mismo año, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública se suma a la iniciativa con un móvil medicalizado. Así, los distintos servicios van desarrollando sus propias unidades de rescate hasta que en el año 1994, todas ellas quedan articuladas y coordinadas por una única institución: el SAMU Metropolitano. Durante el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, el SAMU pasa a ser el modelo de APH nacional y se impulsa su desarrollo en regiones.

Todas las llamadas de emergencia en salud en el país son enrutadas al 131 e ingresan a un centro de despacho donde operadoras telefónicas, profesionales de la salud y un médico catalogan las llamadas y disponen el envío de móviles al lugar, basados en la categorización previa. En el lugar, el equipo de salud tiene la misión de reanimar, estabilizar y trasladar al paciente en el menor tiempo posible hacia el centro hospitalario más cercano. A contar de la última reforma de salud, el SAMU es el encargado de articular la red asistencial transportando los pacientes más graves desde un centro hospitalario a otro. Al igual que en el resto del país, en la capital el SAMU opera las 24

horas del día los 7 días de la semana.

En la Región Metropolitana, tal como se menciona en la página oficial del SAMU y del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, el SAMU está organizado en zonas o áreas llamadas SMURs, desde las cuales se intenta dar cobertura a todas las comunas de la región, incluyendo a las que carecen de bases como Buin, Talagante, Peñaflor y Til-Til. En la capital, el sistema cuenta con dos niveles de respuesta, los móviles básicos o M1 y los móviles avanzados (M2 y M3). Los primeros responden a las urgencias, es decir, condiciones de salud que por su baja complejidad, se dispone de varias horas para su resolución. Los segundos responden a emergencias médicas, es decir, condiciones de salud que debido a su alta complejidad deben ser estabilizadas y resueltas en minutos. El equipo de respuesta de un móvil M1 está constituido por un conductor y un TP, el móvil M2 está compuesto por un conductor y dos profesionales de la salud catalogados como R, mientras un móvil M3, es tripulado por un conductor, un TP y un médico.

Las primeras mediciones del SB se realizaban en base a las observaciones clínicas, sin embargo la necesidad de estandarizarlas y hacerlas más objetivas dio paso a la creación y aplicación de diversos instrumentos de medición como el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (Bakker y cols. 2002) y el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen y cols. 2005), entre otros, no obstante el Maslach Burnout Inventory (MBI) es el cuestionario más ampliamente utilizado en diversos países de América Latina, Unión Europea y Estados Unidos para medir el SB en profesiones asistenciales (García y cols. 2007, Olivares 2009, Maslach y cols. 2001).

Dentro del desarrollo de esta escala de medición existió una forma preliminar constituida por 47 ítems, sin embargo una serie de criterios fueron aplicados y la cantidad se redujo a 25, no obstante luego de esto fue administrada a un nuevo grupo de personas y mediante un análisis factorial, similar al primero, se eliminaron 3 de éstos (Maslach y cols. 1996). Es así como la primera versión del MBI fue publicada por Maslach y Jackson en 1981, finalmente formado por 22 ítems y 3 subescalas, las cuales correspondían a CE (9 ítems), D (5 ítems) y baja RP (8 ítems) (Maslach y cols. 1996, Olivares y Gil-Monte 2009, Olivares 2009, Buzzetti 2005).

En su versión original la escala de este cuestionario comprendía 2 formas para valorar los ítems, una por frecuencia y otra por intensidad, donde el individuo respondía en base

a sus sentimientos y pensamientos para con el ámbito de trabajo y su desempeño en él. La forma por intensidad fue eliminada en ediciones posteriores, ya borrada de la segunda edición en 1986, ya que éstas se solapaban y se generaba redundancia, además se mantuvo la forma por frecuencia por su similitud con otras escalas para evaluar (Maslach y cols. 1996, Buzzetti 2005, Olivares y Gil-Monte 2009).

La forma de valorar por frecuencia posee una escala de siete grados, los cuales van desde 0 “nunca” hasta 6 “todos los días”. (Olivares y Gil-Monte 2009, Maslach y cols. 1996.). Es decir la subescala de CE correspondiente a los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 posee un puntaje máximo de 54, la de D con los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 tiene puntuación límite de 30, y la de RP con 48 puntos máximos correspondiente a los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 (Aragón y cols. 2008, Buzzetti 2005). En base a esto el SB es definido por altas puntuaciones en CE y D, y bajas puntuaciones en RP (Maslach y cols. 1996), se observa que en la subescala CE, puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles bajos o muy bajos. En la subescala de D las puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de D. Y en la subescala de RP funciona en sentido contrario a las anteriores y así de 0 a 33 puntos indicaría baja RP, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro. (Aragón y cols. 2008, Olivares y Gil-Monte 2009) (Anexo 1).

Posteriormente se desarrollaron diversas versiones y en la edición del manual de Maslach, Jackson y Leiter de 1996, ya figuran 3 adaptaciones del MBI. Es así como el MBI original pasa a ser el MBI-HSS que está dirigido específicamente a profesionales de la salud. En segundo lugar apareció el Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES) para profesionales de la educación donde se mantiene la estructura trifactorial, tiempo de aplicación (15 minutos) y denominación de escalas del MBI-HSS, la única diferencia es que en el cuestionario se cambia la palabra paciente por alumno (García y cols. 2007, Buzzetti 2005, Olivares y Gil-Monte 2009, Maslach y cols. 1996.). Por último surgió una tercera versión, el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), debido a que el MBI fue concebido para evaluar a profesionales de servicio, era difícil de aplicar a aquellos trabajadores que no tienen un contacto directo con el usuario de la organización, así surge esta versión más reciente

que tiene un carácter más general y puede evaluar el SB en profesionales no asistenciales. Este test mantiene la estructura tridimensional del original, sin embargo consta de sólo 16 ítems, las escalas pasan a llamarse cansancio (5 ítems), cinismo (5 ítems) reflejando actitudes de distanciamiento al trabajo y no hacia las personas a diferencia de los anteriores, y eficacia profesional (6 ítems) que es similar a la RP pero incluyendo aspectos sociales y no sociales del trabajo. Su aplicación es más corta, tomando 5 a 10 minutos su administración, manteniendo la escala de frecuencia de 0 a 6. (García y cols. 2007, Buzzetti 2005, Maslach y cols. 2001, Olivares y Gil-Monte 2009, Maslach y cols. 1996, Gil-Monte 2002).

En relación a la confiabilidad satisfactoria del MBI según el Alfa de Cronbach y a la validez factorial y consistencia interna del manual de Maslach, Jackson y Leiter (1996), éstas se apoyan en base a diferentes estudios (Bakker y cols. 2002) que dan cuenta de una estructura factorial de tres dimensiones. A pesar de esto, existen otras investigaciones donde se han obtenido una o dos dimensiones, incluso 6 y 7 factores (Gil-Monte y Peiró 1999a, Gil-Monte y Peiró 1999b, Densten 2001, Buzzetti 2005). Otros autores recomiendan asumir una solución factorial de dos factores (Kalliath y cols. 2000), donde el primer factor, estaría integrado por los ítems de CE junto con los de D constituyendo lo que se ha llamado el núcleo del SB, siendo el segundo factor los ítems de baja RP en el trabajo. (García y cols. 2007).

A pesar de esto la estructura trifactorial de Maslach y Jackson ha sido replicada por varias investigaciones (Palmer y cols. 2005, Aragón y cols. 2008), y tal como fue mencionado anteriormente (Bakker y cols. 2002) han conseguido una estructura factorial de tres dimensiones aun para varias ocupaciones.

Incluso en muestras chilenas (Barría 2002) se investigó el SB en asistentes sociales, aplicando el MBI y obteniendo los tres factores encontrados por Maslach y Jackson (Maslach y cols. 1996, Buzzetti 2005, García y cols. 2007).

Las tres versiones del test presentan validaciones en diferentes países, incluidos los de habla hispana (Maslach y cols. 1996, Maslach y cols. 2001, Gil-Monte 2002, Buzzetti 2005, Manso-Pinto 2006, Moreno-Jiménez y cols. 2006, García y cols. 2007, Olivares y Gil-Monte 2009). Ejemplo de esto es un trabajo español donde se utilizó la adaptación

al castellano del MBI-HSS para evaluar a una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y se encontró mediante el método de Componentes Principales con rotación Varimax que las medias, desviaciones típicas y valores de consistencia interna para las 3 dimensiones son muy semejantes a los descritos en el manual de Maslach y Jackson en 1986, además la confiabilidad según el Alfa de Cronbach otorga resultados satisfactorios, por lo que esta adaptación cumple con los requisitos de validez factorial y consistencia interna que se necesitan para evaluar el SB (García y cols. 2007). Otro estudio de esta índole es el realizado en Chile en el 2005 que busca la validación del MBI en dirigentes del Colegio de Profesores A.G de Chile donde ocupando el mismo método del estudio anterior se arroja una confiabilidad global y de las escalas satisfactorias. A diferencia del trabajo previo este análisis arroja 6 factores, los 2 primeros correspondientes a CE y D, y el factor de RP se divide en los otros 4 subfactores restantes. A pesar de esta diferencia los resultados concluyen que el instrumento presenta una consistencia muy satisfactoria y semejante a las de Maslach y Jackson (Buzzetti 2005).

Es importante mencionar que en Chile existen trabajos en relación a la validación del MBI-HSS, dentro de ellos podemos encontrar el “Análisis de las Propiedades Psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en Profesionales Chilenos” donde igualmente se utiliza el método de Componentes Principales con rotación Varimax arrojando como resultado que el test posee los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna (Olivares 2009). A éste se suma un estudio realizado en la Universidad de Concepción sobre la confiabilidad y la validez factorial del MBI-HSS en asistentes sociales chilenos, demostrándose éstas mediante el mismo método, encontrando el Alfa de Cronbach de cada subescala adecuado y su análisis factorial otorga nuevamente 3 factores importantes (Manso-Pinto 2006).

Pregunta de Investigación:

¿Cuál es el nivel del Síndrome de Burnout del Personal Clínico del SAMU Metropolitano de Chile y la caracterización sociodemográfica de cada uno de estos niveles?

Objetivos:

***General:** Determinar el nivel del Síndrome de Burnout del Personal Clínico del SAMU Metropolitano de Chile y caracterización sociodemográfica de la población de cada uno de estos niveles.

***Específicos:**

-Determinar prevalencia y características sociodemográficas del Personal Clínico que presenta SB.

-Determinar prevalencia y características sociodemográficas del Personal Clínico que presenta tendencia al SB.

-Determinar prevalencia y características sociodemográficas del Personal Clínico que no presenta SB.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Estudio no experimental, de tipo transversal y de carácter descriptivo (Hernández y cols. 1998).

Unidad de análisis: Cada Reanimador y Técnico Paramédico de la población en estudio.

Población en estudio: Reanimadores y Técnicos Paramédicos del SAMU Metropolitanos luego de ser aplicados los criterios de inclusión y exclusión mencionados posteriormente, por lo tanto nuestro personal clínico correspondió a un n=147.

Para esta investigación no se realizó muestreo, ya que se obtuvo autorización para

encuestar al total del personal clínico elegible correspondiente a un $n=180$, desglosado en 83 Reanimadores y 97 Técnicos Paramédicos, los que sometimos a criterios de inclusión y exclusión nos da población en estudio de 147 sujetos, de los cuales a 33 no fue posible reclutarlos y a 114 se les presentó los cuestionarios, sin embargo 3 personas no consintieron y 9 test se invalidaron, por lo que finalmente nuestro n final o población analizada es de 102 sujetos (Anexo 2).

Criterios de Inclusión:

-Reanimadores y Técnicos Paramédicos que ejercieron atención clínica en el SAMU Metropolitano de Chile, durante el año 2010 y aceptaron ser partícipes de la investigación mediante el consentimiento informado (Apéndice 1)

Criterios de Exclusión:

- Personal Clínico del SAMU que formó parte del equipo de investigación y colaboró de manera activa en éste.
- Personal Clínico que desempeñó funciones de tipo administrativas dentro del SAMU Metropolitano de Chile.
- Personal Clínico que se encontró de vacaciones al momento de administrar el test.
- Personal Clínico que se encontró con prenatal o postnatal.
- Personal Clínico que cumplió función de reemplazo al momento de tomar el test.
- Personal Clínico que presentó licencia durante los últimos 6 meses anteriores a la administración del test.
- Personal Clínico de las bases de Curacaví, San Bernardo, Melipilla y Colina.

Variables:

-Nivel de SB:

*Definición conceptual: Categoría en la que se clasificó al Reanimador o Técnico Paramédico según su nivel del Síndrome de Burnout, el cual es un tipo de estrés laboral e institucional, que se presenta mediante sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, las cuales se caracterizan por la pérdida de energía, desgaste, fatiga, cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y falta de motivación hacia el trabajo y la incompetencia personal con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. El PC clínico podría entrar en la categoría “Ausencia del SB” si no presenta las características mencionadas

anteriormente, “Tendencia al SB” si éstas se presentan en una intensidad media y “Presencia de SB” si las condiciones se encuentran marcadas y según los puntajes del Anexo 3.

*Definición operacional (Anexo 1, 3 y 4):

-Ausencia de SB: Cantidad de Reanimadores y Técnicos Paramédicos del total encuestado que presentaron puntajes bajos en las subescalas CE y D y puntajes altos en la subescala RP del MBI-HSS, según la clasificación de niveles del SB de Maslach y Moreno-Jiménez.

-Tendencia al SB: Cantidad de Reanimadores y Técnicos Paramédicos del 100% encuestado que presentaron puntajes intermedios en las subescalas del MBI-HSS: según la clasificación de niveles de Maslach, además se agregaron las siguientes combinaciones de puntajes según Moreno-Jiménez: puntajes altos en CE e intermedios para D y RP; puntajes intermedios para CE, bajos para D y altos para RP; puntajes altos para CE, bajos para D y altos para RP; puntajes intermedios para CE y RP y bajos para D y puntajes altos para CE, bajos para D e intermedios para RP. (Anexo 2)

-Presencia de SB: Cantidad de Reanimadores y Técnicos Paramédicos del 100% encuestado que presentaron puntajes altos en las subescalas CE y D y puntajes bajos en la subescala RP del MBI-HSS, según la clasificación de niveles del SB de Maslach y Moreno-Jiménez.

-Caracterización sociodemográfica:

*Definición conceptual: Conjunto de características sociodemográficas de los sujetos encuestados según los niveles de SB que presentaron luego de la aplicación del test MBI-HSS.

*Definición operacional: Para definir la caracterización sociodemográfica de cada nivel se utilizaron indicadores sociodemográficos tales como: género, edad, estado civil, número de hijos, horas extras, antigüedad laboral, tipo de móvil, ambiente laboral, percepción del propio ausentismo laboral, intención de dejar su trabajo actual como personal clínico del SAMU Metropolitano, conformidad con el sueldo, días que se toma de vacaciones y frecuencia de vacaciones, hobby, consumo de tabaco y consumo de

alcohol (Apéndice 2). Estos indicadores fueron evaluados mediante un Cuestionario de Indicadores Sociodemográficos creado por los autores de la investigación (Apéndice 3).

Variables desconcertantes

- Factores laborales (Movilizaciones y despidos)
- Procedimientos de emergencia (Nivel de actividad del día)
- Estado anímico del PC (Problemas personales)
- Disposición a contestar el test
- Falta de privacidad (incomodidad/honestidad)
- Temperatura ambiental (Calor/frío)
- Hambre
- Ruido externo

Descripción de los procedimientos para la obtención de datos

Se estableció un período de 3 meses para la obtención de datos, entre los meses de Julio y Septiembre de 2010, tiempo en el cual se administró el MBI-HSS adaptación al castellano de Gil-Monte realizada en el año 2005 (Anexo 3) para establecer los niveles del SB en la muestra general. La aplicación del MBI-HSS, como se menciona en la literatura, fue de manera autoadministrada, sin embargo para disminuir los prejuicios o alteraciones en las respuestas se recomienda que las sesiones de aplicación del test posean ciertas características tales como que debe ser respondido en forma privada, es decir el encuestado no debe saber como los demás han respondido su cuestionario, puede ser tomado de forma individual o en grupo, en este estudio fue tomado en las diferentes bases del SAMU Metropolitano de Chile bajo la supervisión de los investigadores para evitar la influencias interpersonales de los propios compañeros de trabajo, además es importante que el profesional sienta que puede expresar libremente sus sentimientos y para esto se utilizó un número o código en reemplazo del nombre del R o TP para mantener el anonimato. También para evitar una reacción adversa es necesario que los encuestados no sepan que el MBI es una escala de medición del SB, por lo que el test se presentó como una herramienta para ver las aptitudes relacionadas con el trabajo y su reacción ante la carga laboral y se evitó mencionar conceptos como Síndrome de Burnout, desgaste profesional o quemado. Es importante mencionar que para administrar el MBI no se requiere una calificación o capacitación específica, a

pesar de esto se debe tener la consideración especial de que quien aplique el test no debe ser un supervisor o profesional con algún tipo de autoridad sobre los encuestados, por lo que los investigadores se encargaron de aplicar el test, sin embargo para tratar de controlar el sesgo de que el PC no entendiera algunas de las preguntas se empleó la estrategia de contestar las dudas a las diferentes interrogantes de manera establecida y pautada, con actitud neutral. Además se les realizó un cuestionario de indicadores sociodemográficos (Apéndice 3), basado en Guías Clínicas del Minsal y diversa bibliografía revisada (Melita 2008, Pera y Serra 2002) con el fin de obtener datos que permitieron realizar una caracterización de cada grupo de personas correspondiente a cada uno de los 3 niveles del SB. También mediante el mismo mecanismo de codificación se mantuvo la confidencialidad de los datos.

Ante la administración de estos cuestionarios, que tuvo un período de 20 minutos, en forma previa se le entregó a cada sujeto un consentimiento informado (Apéndice 1) y se les explicó que la información obtenida sería tratada de manera confidencial donde los datos personales serían manejados sólo por el equipo investigador y que los resultados de cada uno de los test no tendrían repercusiones sobre el PC, pues el estudio sólo tiene fines académicos. Para esto se contó con la autorización del Director Operativo del SAMU Metropolitano, el cual facilitó información y los permisos pertinentes para ingresar a las distintas bases de la institución.

Para llevar a cabo este proceso los investigadores tuvieron la función de aplicar los tests, respaldando la información de éstos en una base de datos de Microsoft Office Excel, además del análisis estadístico con el programa SPSS y con la asesoría de dos académicos con conocimientos de estadística e investigación.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Nuestra población en estudio correspondió a 147 sujetos, de los cuales no se logró reclutar 33, equivalente a un 22,44%, 3 no consintieron y decidieron voluntariamente no participar de la realización de los cuestionarios (2,04%). Por lo tanto 111 test fueron aplicados, de los cuales 9 fueron invalidados (6,12%), lo que determinó una población estudiada de 102 individuos.

Características sociodemográficas de la población.

Del total de 102 sujetos que se abarcó en esta investigación un 68,63% correspondió a hombres y un 31,37% a mujeres. La edad del PC no se distribuyó de manera normal (Figura 2), y estuvo comprendida entre 22 y 65 años, siendo 39 años la mediana (Figura 3).

En relación al estado de compromiso, casado y soltero fueron las opciones más encontradas con un 46,08% y 32,35% respectivamente, seguidas por los estados separado/anulado y conviviente, con un 10,78% en cada uno de los casos. El 32,35% refirió no tener hijos, un 12,75% tenía sólo un hijo, 28,43% 2 hijos y el 26,47% tenía 3 hijos o más.

Además la población de estudio estuvo constituida por un 52,9% de TP y un 47,1% de R. En lo referente al número de trabajos, un 40,2% de la población trabaja sólo en el SAMU, que por contrato estipula jornadas de trabajo que constituyen 45 horas semanales, el porcentaje restante posee al menos otro trabajo más, desglosado en un 40,2% de PC que poseía un trabajo más además del SAMU y un 19,6% con dos o más trabajos, en base a esto se observó que el total de horas laborales semanales no distribuyó de manera normal (Figura 4) en un rango de 45 a 144 horas con una mediana de 54,5 horas. La cantidad de años de antigüedad laboral no distribuyó de manera normal (Figura 5) observándose una polarización en dos grupos, uno menor a tres años y otro mayor a 15 años, donde el rango de antigüedad laboral abarcó desde 1 año o menos hasta 16 años con una mediana que correspondió a 10 años (Figura 6). Finalmente en lo referente a las horas extras realizadas en el SAMU Metropolitano la población estudiada refirió en un 75,5% realizarlas.

Con respecto a la percepción del propio ausentismo laboral, un 95,1% del PC respondió no ausentarse regularmente al SAMU. Por otra parte el 89,2% de la población consideró grato su ambiente laboral y un 53% del personal se encontró disconforme con el sueldo que recibe. Un 22,5% equivalente a 23 personas, refirió haber tenido la intención, durante el último año, de dejar su trabajo actual en el SAMU.

En relación a los turnos el 51,96% de los sujetos realizaba el tercer turno modificado, un 41,18% el cuarto turno y un 6,8% realizaba turno de tipo diurno. El 51,9% de la población se desempeñaba en móviles avanzados, el 40,2% restante lo hacía en móviles básicos y el porcentaje restante en ambos tipos de móviles. En relación al tiempo que a cada funcionario le correspondía de vacaciones, un 6,8%, aún no había tomado vacaciones por llevar menos de 2 años trabajando en el SAMU, 5,8% tomaba 1 semana de vacaciones, 23,5% 2 semanas, 35,2% 3 semanas y el 28,4% restante tomaba 4 semanas o más de vacaciones al año.

El 72,5% de la población respondió tener un hobby o más. Además el 97% presentó un consumo de alcohol de bajo riesgo y el 3% restante presentó riesgo según la escala AUDIT y por último en cuanto al consumo de tabaco un 36,23% de las personas fumaba.

Descripción de las características sociodemográficas según nivel de SB.

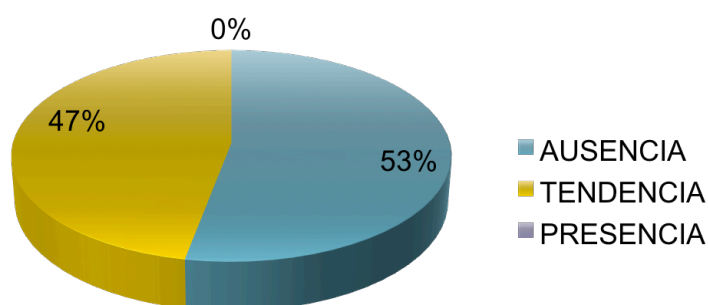


Figura 1: Distribución de los tres niveles de Síndrome de Burnout (presencia, tendencia y ausencia) en el Personal Clínico del SAMU (N: 102 sujetos)

El 47% de la población presentó tendencia a padecer el SB, el 53% restante correspondió a ausencia del SB, por lo tanto la prevalencia de este síndrome en la población del SAMU Metropolitano fue equivalente a un 0%.

En cuanto al sexo, los hombres mostraron una leve mayoría de casos que presentaron tendencia a padecer el SB equivalente al 51,4%, mientras que en las mujeres se encontró una gran diferencia entre ambos grupos, en donde la condición de ausencia del SB prevaleció con un 62,5% (Figura 7).

El grupo de tendencia a padecer el SB, mostró rangos de edad ubicados entre los 23 y 65 años, con una mediana de 39,5 años. Mientras que el grupo de ausencia del SB a pesar de mostrar un rango de edad similar (22-63 años) obtuvo una mediana inferior correspondiente a 38,5 años (Figura 8).

La condición de ausencia del SB es mayor tanto en aquellos individuos que se encontraban con pareja, como en aquellos que no tenían pareja (Figura 9). Sin embargo, de los individuos que no tienen hijos un 51,5% presenta tendencia al SB, a diferencia de aquellos que tienen hijos, en donde un 55% no presenta SB (Figura 10).

En cuanto a la profesión se observó que en el caso de los R existió igual número de casos con tendencia y ausencia a padecer el SB, mientras que en los TP se encontró, con un 55,5%, una leve superioridad de casos que presentaban ausencia del SB (Figura 11).

Tanto el grupo de tendencia al SB como el grupo sin SB, presentaban una antigüedad laboral comprendida entre 1 y 16 años, sin embargo, el grupo de tendencia obtuvo una mediana de antigüedad laboral de 11,1 años, la cual es mucho mayor que la del grupo sin SB, en donde fue de 5,6 años (Figura 12).

En relación a los trabajos del profesional, se encontró que en el grupo que trabaja sólo en el SAMU predomina la ausencia del SB con un 56% y que en el grupo q posee un trabajo más, además del SAMU, se da esta misma tendencia con el mismo 56% de ausencia del SB, esta situación se invirtió en el grupo que poseía 2 trabajos o más además del SAMU, puesto que se obtuvo un 60% de tendencia al SB versus un 40% de

ausencia (Figura 13).

La cantidad de individuos sin SB es mayor, tanto en los sujetos que realizan o no horas extra (Figura 14).

En cuanto al total de horas laborales a la semana, el grupo de tendencia y ausencia presenta una carga horaria con rangos similares que van desde las 45 a las 144 horas. En el caso de la tendencia al SB la media es mayor y corresponde a 57,5 horas semanales, mientras que en la ausencia fue 51 horas (Figura 15).

En el grupo que siente que se ausenta regularmente a su trabajo en el SAMU, un 80% presenta tendencia al SB, mientras que en el grupo que considera no ausentarse un 45% presenta Tendencia al SB (Figura 16).

Tabla 1: Distribución porcentual del Nivel del Síndrome de Burnout según algunos indicadores sociodemográficos.

Indicadores sociodemográficos		Nivel de Síndrome de Burnout		
		Ausencia	Tendencia	Presencia
Cantidad de trabajos	Sólo en el SAMU	56.1%	43.9%	0%
	1 trabajo más	56,1%	43,9%	0%
	2 o más trabajos	40%	60%	0%
Ausentismo	No considera que se ausenta regularmente	54,6%	45,4%	0%
	Sí considera que se ausenta regularmente	20%	80%	0%
Sueldo	No se encuentra conforme con su sueldo	33,3%	66,7%	0%
	Sí se encuentra conforme con su sueldo	75%	25%	0%

En el grupo que considera su ambiente laboral grato el 55% presenta ausencia al SB, situación inversa ocurre en el grupo que considera su ambiente laboral ingrato donde el 63.6% posee tendencia al SB (Figura 17).

Entre aquellos sujetos que estuvieron conformes con su sueldo un 75% no presenta el

SB, en cambio de aquellas que se encuentran disconformes un 66,7% presenta tendencia a padecer SB (Figura 18).

De los indicadores sociodemográficos considerados por el equipo investigador, la conformidad con el sueldo resultó ser el único indicador que presentó asociación significativamente estadística ($p < 0,05$) con la tendencia o no a padecer SB.

DISCUSIÓN

El nivel de SB descrito en la presente investigación sobre la población de estudio del SAMU Metropolitano no deja de sorprender, sobretodo cuando hablamos de presencia del SB, ya que arroja como resultado un 0%, lo cual se contradice con estudios nacionales e internacionales, donde la prevalencia es alrededor de 15-20% (Bustanza y cols. 2000, Pera y Serra-Prat 2002), a pesar de que en algunos casos la prevalencia encontrada dista bastante de lo referido por la bibliografía a nivel mundial y por lo tanto se recurre a describir las subescalas del SB y su comportamiento en la población de estudio (Gomero y cols. 2005). Sin embargo, es importante dar cuenta que la diversidad en cuanto al porcentaje de prevalencia de este síndrome puede justificarse cuando se considera el contexto cultural, económico y organizacional (Maslach y cols. 2001), los cuales de acuerdo a su variedad se puede explicar el encontrar resultados tan variados. Por ejemplo en esta población específica existió un contexto de alta retención de ambulancias en los servicios de urgencia, situación que todos manifestaban como perjudicial y desfavorable, sin embargo la mayoría expresaba que le agradaba el trabajo con pacientes, lo que podría explicar el hecho que aún no se presente SB, pero exista un alto porcentaje que posea tendencia.

Por otra parte es de especial consideración un modelo que supone que las tres dimensiones del SB ocurren en una progresión secuencial diferente en el tiempo, en la cual la ocurrencia de una de las dimensiones precipita el desarrollo de otra. De acuerdo con este modelo, el CE ocurre primero seguido de la D, que conlleva secuencialmente a la baja RP o esta última puede desarrollarse en paralelo con alguna de las otras dos (Maslach y cols. 2001), y por lo tanto en base a estas premisas es posible evidenciar que del grupo con tendencia al SB el 52,08% presenta índices altos de CE, D o bajo de RP. También dentro de estos modelos se ha descrito que la subescala de CE es posiblemente la más importante, sin embargo, el hecho de que esta dimensión sea un criterio necesario para el SB eso no significa que sea suficiente para establecer la presencia del trastorno en estudio, pues no se debe ver sólo por separado el CE porque se pierde la perspectiva total del SB (Maslach y cols. 2001, Pera y Serra-Prat 2002).

A su vez, además de determinar los niveles del SB en el PC del SAMU Metropolitano, parte del objetivo era caracterizar cada nivel de acuerdo al cuestionario de indicadores

sociodemográficos, dentro del cual existen una serie de preguntas enfocadas a las características del trabajo, ya que es importante tener en cuenta que el SB es una experiencia que es específica del contexto de trabajo (Maslach y cols. 2001), por lo tanto para efectos de esta investigación se dividieron los indicadores en individuales, laborales (organizacionales) y hábitos (Tabla 2). Es así que entre las interrogantes, cantidad de trabajos, ambiente laboral, percepción del propio ausentismo laboral y conformidad con el sueldo, en las cuales según los resultados se observaron mayores diferencias porcentuales entre los grupos de ausencia y tendencia al SB, concluyendo de esta manera que para la presente investigación los indicadores laborales (organizacionales), dentro de los que se incluyen los factores psicosociales, son más relevantes, se escapó a los objetivos del presente estudio y se realizaron pruebas de asociación para determinar si existía alguna relación entre el nivel del SB y el indicador respectivo, sólo obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa en el factor referente al sueldo, mencionado más adelante en la discusión.

Dentro de los indicadores laborales encontramos la antigüedad laboral en el servicio SAMU, indicador que se consideró relevante debido a que una de las teorías del SB propone que es el resultado final de una larga exposición a estresores crónicos de trabajo, por lo tanto el SB debería ocurrir más tarde en los cuidadores de personas o profesionales de salud y es relativamente estable en el tiempo si la gente permanece en el mismo trabajo, situación que se confirma en el estudio de Palmer, donde se observó que llevar más de trece años ejerciendo la profesión era un factor de riesgo (Palmer 2005), a pesar de esto existen otros autores los cuales afirman que la relación con la antigüedad laboral es inversa a lo postulado por Palmer (Maslach 2009), ya que quienes posean menor antigüedad laboral se encuentran menos preparados para desempeñar su trabajo no teniendo capacidad adaptación, es así como a medida que pasan los años, aquellos que logran manejar estos estresores son quienes se mantendrán en el mismo trabajo. En la presente investigación no se confirma ninguna de las dos posturas mencionadas anteriormente, pues una antigüedad laboral mayor o menor no es un factor que predisponga o que muestre una mayor o menor tendencia al SB, pues en el grupo de no presencia del SB hay una gama de antigüedades laborales similar a la del grupo que presenta tendencia al SB, difiriendo en las medianas como se observa en la presentación de los resultados. Probablemente este resultado tan ambiguo se deba a la gran variedad de años laborando que presentan los sujetos de estudio, por lo que quizás se esté

enmascarando algún tipo de información.

En relación a las características ocupacionales y del trabajo, encontramos que a diferencia de lo que plantean diversos estudios internacionales (Bakker y cols. 2002, Maslach y cols. 2001) en relación a que altas exigencias laborales serían un factor de riesgo para el SB, en el caso de nuestro estudio estas exigencias físicas, psicológicas y emocionales dadas por la complejidad del caso que deben atender (tipo de móvil) y tipo de turno no presentan una mayor incidencia en la tendencia al SB por sobre la ausencia. Así mismo también está documentado en la bibliografía (Bakker y cols. 2002, Maslach y Jackson 1981, Maslach y cols. 2001, Palmer y cols. 2005) que la sobrecarga de trabajo es uno de los factores organizacionales que tiene mayor influencia en la presencia de ese síndrome, ya que los sujetos en estos casos tienen demasiadas cosas que hacer, pero no poseen ni el tiempo ni los recursos necesarios, por lo tanto existe un desequilibrio entre las exigencias del trabajo y las capacidades del individuos para satisfacer estas exigencias. En el caso de nuestra investigación este factor se ve representado por la realización de horas extras, posesión de más trabajos y por ende una mayor carga horaria semanal, sin embargo éstos, a diferencia de la mayoría de los trabajos del tema, no se ven asociados a la tendencia del síndrome, ya que como se mencionó anteriormente no existe una diferencia estadísticamente significativa, ya que los valores resultantes son similares tanto para la tendencia como para la no presencia del SB. Sin embargo al ser tan heterogénea la población de estudio en términos de edad, antigüedad laboral, sobrecarga laboral, entre otros, puede que el total de perfiles y características pueden disfrazar diferencias importantes (Maslach y cols. 2001), incluso el tema de la sobrecarga de trabajo podría estar representado por el número de salidas de los dos tipos de móviles, que en el caso de las ambulancias M1 es mayor que el de las M2 según las estadísticas internas del SAMU Metropolitano, pero a pesar de esto no se observa ninguna diferencia. Sumado a esto, dentro de la literatura se menciona que las personas que poseen un nivel de estudios superior reportan un nivel de SB más alto que los sujetos con un nivel educacional menor, probablemente debido a que los primeros poseen expectativas más altas y recaen sobre ellos mayores responsabilidades y estrés (Maslach y cols. 2001), lo que correspondería a un Reanimador del SAMU, por la mayor complejidad del paciente y por ende ante la responsabilidad sobre éste, no obstante existen otros estudios (Maslach y cols. 2001, Pera y Serra-Prat 2002, Palmer y cols. 2005) que indican que la menor implicancia en la toma de decisiones y

reconocimiento respecto a los otros profesionales aumentarían el SB, situación que pudo ser percibida en el caso de los Técnicos Paramédicos, a pesar de estas dos relaciones en nuestro estudio no observamos asociación de ninguno de estos indicadores con el nivel del síndrome, pero esto puede estar sucediendo, ya que no se agrupan en un solo grupo los indicadores de riesgo, por ejemplo tener un Reanimador que posea mayor cantidad de salidas que su contraparte, los Técnicos Paramédicos, y sienta que no hay reconocimiento de su trabajo, ya sea por parte de la institución o por sus pares.

Es atingente recordar que todos estos indicadores están insertos en un ambiente laboral, el cual si presenta pobres condiciones de trabajo, esto traducido en falta de apoyo, hostilidad, alta competencia, dificultad para resolver conflictos, se genera un quiebre en la comunidad e insatisfacción laboral y por ende un nivel más alto de SB (Maslach y cols. 2001), además se menciona que una dinámica de trabajo desfavorable genera mayor prevalencia de este síndrome (Aragón y cols. 2008). Nuestro trabajo muestra que la mayoría encuentra su ambiente laboral grato y en el caso de los que lo encuentran ingrato no hay una diferencia en cuanto a si está asociada esta situación a una mayor tendencia al SB.

Al mismo tiempo tal como afectan factores organizacionales y sociales sobre el nivel del SB, también influyen otros sobre éste, tales como el encontrarse con o sin pareja estable. En relación a este tema, Maslach y sus colaboradores y Barría proponen que quienes poseen un soporte social y personal, como lo es estar en pareja y familia (hijos), ya que el apoyo familiar ayuda a sobrellevar el stress crónico, además contar con estos factores aumenta la capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, por lo que son más realistas, al contrario de quienes se encuentran solteros, que puntuarían niveles más altos de Burnout (Barría 2002, Maslach y cols. 2001, Maslach 1996), otros (Palmer y cols. 2005) proponen que este último estado sumado al no tener hijos es un factor protector al tener menos responsabilidades y menor carga emocional.

En términos de edad y sexo, según bibliografía se establece que se da en sujetos jóvenes debido a que es al momento de salir al mundo laboral en donde se produce la transición entre las expectativas idealistas versus la realidad laboral, por lo que esta confrontación generaría un mayor SB, en cuanto al género la subescala CE alta se presenta más en

mujeres, ya que éstas poseen un doble rol considerando a la familia y al trabajo, y se observan puntajes altos en la subescala D principalmente en los hombres (Maslach, 1996, Maslach y cols. 2001, Palmer y cols). En este trabajo ninguna de estas variables presenta una asociación significativa, demostrándose que incluso en los grupos de ausencia y tendencia del SB las edades y medianas son muy similares, siendo más bien homogéneos ambas poblaciones. En cuanto a las dimensiones de CE y D, en ambas los altos puntajes se presentan en hombres, pero esta situación posiblemente se debe a que la mayoría de nuestra población de estudio es de género masculino, sesgando el resultado.

Uno de los indicadores que presentó gran importancia en nuestro estudio fue la conformidad con el sueldo, ya que se observó que los sujetos que no se encontraban a gusto con su sueldo presentaban una tendencia al SB (Tabla 3), posiblemente debido a que sienten que no se les está recompensando por su desempeño, lo cual es respaldado por la literatura que explica, inversamente, que quienes consideran buena su remuneración es poco frecuente que desarrollen esta enfermedad (Pera y Serra-Prat 2002) pues existe un reconocimiento y retroalimentación por su trabajo.

Los otros indicadores sociodemográficos que no son discutidos se debe a que ninguno presentó una diferencia porcentual relevante entre los grupos de ausencia y tendencia al SB y según la literatura, existe una controversia en cómo influyen en los niveles y desarrollo del SB, aunque se puede destacar el uso de sustancias por parte de los profesionales “quemados” que en nuestra investigación no pudo ser mostrada con total confiabilidad debido a los sesgos que se mencionarán posteriormente en las respuestas de los tests. Por otra parte es importante destacar que diversos estudios relacionan la presencia de SB con altas tasas de ausentismo laboral (Atance 1997), por lo que consideramos que la propia percepción del ausentismo, en reemplazo de las licencias médicas a las cuales por motivos de objetivos no eran necesarias, era un indicador importante de describir, ya que de esta forma el profesional escapa de los estresores laborales o de la situación que lo desgasta, sin embargo no se observan diferencias estadísticamente significativas en relación al tema.

Consideramos que el no encontrar las asociaciones que la literatura expresa que existen se puede deber a los diferentes sesgos que se presentaron durante la presente

investigación, por ejemplo la falta de honestidad en las respuestas de los test por temor a las consecuencias, justificado por los paros del servicio y la entrada y salida del personal (despidos), que podrían tener los resultados de los cuestionarios a pesar de confirmar la confidencialidad y anonimato de los datos mediante documentos firmados por la directiva de la organización. A esto se suma la posibilidad de la comprensión errada de algunas de las preguntas, a pesar de que como investigadores tratamos de disminuir este sesgo al mínimo otorgando las explicaciones correspondientes de la realización de test según las condiciones establecidas por Maslach y su colaboradores y se haya intentado minimizar aún más al responder dudas de los encuestados de manera previamente establecida, para evitar diferencias en las aclaraciones que entregamos y supervisando la realización de los cuestionarios.

Finalmente es importante indicar que de nuestra población en estudio correspondiente a 147 Reanimadores y Técnicos Paramédicos (número establecido luego de los criterios de inclusión y exclusión), la población finalmente estudiada correspondió a 102 sujetos, lo que se debe a que 33 sujetos no fueron reclutados por las diferentes variables desconcertantes, sumándose las salidas de emergencia que realizan los móviles, por lo que en numerosas ocasiones, a pesar de llegar a la base correspondiente no se encontraba el personal, pues se encontraba en terreno y la hora de regreso era imposible de establecer. Por otra parte 3 individuos rechazaron realizar los tests y 9 se invalidaron, 3 de ellos por respuestas erróneas y 6 por falta de respuestas, es fundamental destacar que el porcentaje de sujetos que no fue posible reclutar en esta ocasión es posible hacerlo en estudios futuros.

Finalmente quizás hubiese sido valioso haber incorporado otro test o cuestionario con la debida validación que midiera el comportamiento o estrés del personal en su ambiente laboral, y de esta manera poder contrastar la información obtenida mediante el MBI, pero en virtud del tiempo disponible para realizar el MBI y la variedad de variables desconcertantes que amenazaban la recopilación de manera normal de los datos, preferimos dar énfasis en ciertas preguntas explicando de la mejor manera posible a qué apuntaba cada ítem de los test, sumado a la posterior interrogación del personal en casos al azar sobre su percepción de su trabajo y lo que esto le generaba.

PROYECCIONES

Es importante recalcar que actualmente el SB corresponde a un síndrome bastante estudiado en personal médico y de enfermería, sin embargo existen escasos estudios referentes a la kinesiología en relación al tema, careciendo de estos a nivel nacional, a pesar de que este tipo de profesional es el que se lleva una carga emocional alta, debido a la interacción con personas (pacientes) pasando gran parte de su jornada laboral en contacto estrecho con ellos, factor que los predispone a sufrir estrés y posteriormente el SB. Además sabemos que el SB es un síndrome organizacional, es decir el ambiente organizacional en el cual se desarrolla el profesional es un factor de gran influencia para el progreso de este síndrome, y tal como sabemos los kinesiólogos están envueltos en un equipo multidisciplinario de trabajo en equipo, donde factores tanto del ambiente laboral como de la organización del trabajo como horarios, turnos, horas de trabajo, etc. son condiciones laborales que los afectarán.

Las características de trabajo mencionadas en el párrafo anterior conllevan a una mayor tendencia a la aparición del SB, generándose costos emocionales y físicos para el profesional como el agotamiento, la pérdida de la motivación e interés en el trabajo, y para el paciente, quien será atendido de forma precaria y apática y también conllevará costos económicos para la organización que verá un aumento de la rotación y ausentismo laboral y además se mermará la calidad del servicio, la productividad y por ende los ingresos.

En base a este círculo vicioso sería importante realizar futuros estudios del SB en kinesiólogos de atención primaria, UCI, de pacientes crónicos, incluso en atención prehospitalaria como se realizó en la presente tesis, considerando que un alto porcentaje de los Reanimadores del SAMU Metropolitano son kinesiólogos, y no sólo en este tipo de profesional si no también la amplia gama profesiones sanitarias, ya que las condiciones predisponentes al Burnout existen en estos trabajos. Sin embargo al realizar estas investigaciones sería interesante observar de manera más objetiva algunos indicadores sociodemográficos como ausentismo laboral y ambiente laboral, ya sea, el primero mediante las licencias médicas y el segundo mediante algún tipo de cuestionario validado como el ISTAS 21.

Dentro del presente estudio, si bien la prevalencia de este síndrome es 0%, es destacable que un 47,06% presente tendencia y dentro de este porcentaje algunos casos se encuentren próximos a pasar a presentar este síndrome y por ende a generarse las múltiples consecuencias mencionadas anteriormente, que en base a futuros estudios podrían llegar a prevenirse o disminuirse si existiera una legislación en cuanto a este síndrome como ocurre en el país Vasco donde es catalogado como accidente laboral desde 1999 y en Argentina donde en mayo de 2008 la cámara laboral de San Carlos de Bariloche reconoció al SB como una enfermedad-accidente de trabajo.

Por estas razones es importante dar la posibilidad a futuro de desarrollar investigaciones que mediante revisiones bibliográficas más exhaustivas indaguen primero que todo sobre la carga laboral y los niveles de estrés que pudieran generar la función del kinesiólogo, y en caso de encontrarse con resultados favorables, dar paso a realizar estudios como el presente enfocados a la kinesiólogía.

BIBLIOGRAFÍA

- Aasa, U., Brulin, C., Angquist, K.A., Barnekow-Bergkvist, M. 2005a. Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scand J Caring Sci* **19**:251–258.
- Aasa, U., Barnekow-Bergkvist M., Angquist, K.A., Brulin, C. 2005b. Relationships between work-related factors and disorders in the neck-shoulder and low-back region among female and male ambulance personnel. *J Occup Health* **47**:481–489.
- Aasa, U., Kalezic, N., Lyskov, E., Ångquist, K., Barnekow-Bergkvist, M. 2006. Stress monitoring of ambulance personnel during work and leisure time. *Int Arch Occup Environ Health*, **80**: 51–59.
- Aragón, M., Morazán, D., Pérez, R. 2008. Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”, León. *Universitas* **2**(2): 33-38.
- Atance, J.C. 1997. Aspectos paremiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev esp salud pública* **71**(3):203-303.
- Bakker, A., Schaufeli, W., Sixma, H., Bosveld, W. 2001. Burnout contagion among general practitioners. *Journal of Social and Clinical Psychology* **20**(1): 82-98.
- Bakker, A., Demfrouiti, E., Schaufeli, W. 2002. Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey : An internet study. *Anxiety, Stress and Coping* **15**:245–260.
- Barría, J. 2002. Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología social-comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Bernaldo de Quirós-Aragón, M., Labrador-Encinas, F. 2007. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology* **7**(2): 323-335.
- Bounds, R. 2006. Factors Affecting Perceived Stress in Pre-Hospital Emergency Medical Services. *Californian Journal of Health Promotion* **4**(2): 113-131.
- Briones, D. 2007. Presencia de Síndrome de Burnout en Poblaciones Policiales vulnerables de Carabineros de Chile. *Cienc Trab* Abr-Marz **9**(24): 43-50).
- Bustinza, A., López-Herce J., Carrillo, A., Vigil, M.D., De Lucas García, N. Panadero, E. 2000. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An*

Esp Pediatr **52**: 418-423.

- Buzzetti, M. 2005. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G de Chil. Memoria para optar al título de Psicólogo. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Densten, I. 2001. Rethinking Burnout. *J. Organiz. Behav.* 22(8): 833-847.
- García, J., Herrero, S., León, J. 2007. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología* **25**(2):157-174.
- Gil-Monte, P., Peiró, J. 1999a. Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos Para el Estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. *Anales de Psicología* **15**(2): 261-268.
- Gil-monte, P., Peiró, J. 1999b. Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una Muestra Multiocupacional. *Psicothema* **11**(3): 679-689.
- Gil-Monte, P. 2002. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México* **44**(1): 33-40.
- Gomero, R., Palomino, J., Ruiz, F., Llapyesán, C. 2005. El síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. *Rev Med Hered* 16(4): 233-238.
- Guevara, C., Henao, D., Herrera, J. 2004. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colomb med* **35**(4): 173-178.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. 1998. Metodología de la Investigación. 2ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Kalliath, T.J., O'Driscoll, M.P., Gillespie, D.F., Bluedorn, A.C. 2000. A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work and Stress* **14**(1): 35-50.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K. 2005. The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *work & stress* **19**(3): 192-207.
- Lavender, S.A., Conrad, K.M., Reichelt, P.A., Johnson, P.W., Meyer, F.T. 2000a. Biomechanical analyses of paramedics simulating frequently performed strenuous work tasks. *Appl Ergon* **31**(2):45-57.
- Lavender, S.A., Conrad, K.M., Reichelt, P.A., Johnson, P.W., Meyer, F.T. 2000b. Biomechanical analyses of paramedics simulating frequently performed strenuous work tasks. *Appl Ergon* **31**(2):167-77.

- Leblanc, V.R., MacDonald, R.D., McArthur, B., King., Lepine, T. 2005. Paramedic performance in calculating drug dosages following stressful scenarios in a human patient simulator. *Prehosp. Emerg. Care* **9**(4): 439-444.
- Manso-Pinto, J. 2006. Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory- Version Human Services Survey - en Chile. *Rev. interam. Psicol.* **40**(1):115-118.
- Maslach, C., Jackson, S. 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour.* **2**(2): 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. 1996. *Maslach Burnout Inventory.* 3rd ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. 2001. Job burnout. *Annu rev psychol.* **52**:397-422.
- Maslach C. 2009. Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab.* **11**(32): 37-43.
- Melita, A., Cruz, M. y J.M. Merino. 2008. Burnout en Profesionales de Enfermería que Trabajan en Centros Asistenciales de la Octava Región de Chile. *Ciencia y Enfermería* **14**(2): 75-85.
- Moreno-Jiménez, B., Meda-Lara, M., Morante-Benadero, M., Rodríguez-Muñoz A., Palomera-Chávez A. 2006. Validez factorial del inventario de burnout de psicólogos en una muestra de psicólogos mexicanos. *Rev. Latinoam.* **38**(3): 445-456.
- Moreno-Jiménez, B., Peñacoba, C. 1999. Estrés asistencial en los servicios de salud. M.A. Simon, *Psicología de la salud.* Siglo XXI 739-764.
- Okada, N., Ishii, N., Nakata, M., Nakayama, S. 2005. Occupational stress among Japanese emergency medical technicians: Hyogo Prefecture. *Prehosp Disast Med.* **20**(2):115-121.
- Olivares, V. 2009. Análisis de las Propiedades Psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en Profesionales Chilenos. *Ciencia y Trabajo* **11**(34): 217-221.
- Olivares, V., Gil-Monte, P. 2009. Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia y Trabajo* **11**(31): 160-167.
- Palmer, Y., Gómez-Vera, A., Cabrera-Pivaral, C., Prince-Vélez, R., Searcy, R. 2005. Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental* **28**(1):82-91.
- Pera, G., Serra-Prat, M. 2002. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un Hospital comarcal. *Gac Sanit* **4**:137-160.
- Sánchez, A., De Lucas, N., García-Ochoa, M., Sánchez, C., Jiménez, J., Bustinza, A.

2001. España Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias* **13**:170-175.

- Sonnenschein, M., Sorbi, M., Verbraak, M., Schaufeli, W., Maas, C., van Doornen, L. 2008. Influence of sleep on symptom improvement and return to work in clinical Burnout. *Scand J Work Environ Health* **34**(1): 23-32.
- Vega, N., Sanabria, A., Domínguez, L., Osorio, C., Bejarano, M. 2009. Síndrome de desgaste profesional. *Rev Colomb Cir.* **24**:138-46.
- Young, KM., Cooper, CL. 1997. Occupational stress in the ambulance service: A diagnostic study. *Health Manpower Management* **23**(4):140–147.

APÉNDICES:

APÉNDICE 1:



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE KINESIOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santiago, 09 de Junio de 2010

Yo.....
RUT a través de la presente solicitud declaro participar de manera voluntaria de la investigación desarrollada por los alumnos María de los Ángeles González Quiroga y Camilo Arnaldo Soto Carmona, ambos estudiantes de Kinesiología de la Universidad de Chile.

Ud. responderá dos cuestionarios, en un tiempo de 20 minutos, el primero mide cómo enfrenta su carga laboral y el segundo obtiene datos sociodemográficos que complementarán el estudio. Los resultados obtenidos en cada test no tendrán ningún efecto sobre el personal y se mantendrán de manera anónima y bajo estricta confidencialidad entre los investigadores del estudio, avalada por la firma del Director (S) SAMU Metropolitano, y si usted lo desea podrá tener acceso al resultado individual y global del estudio.

De antemano agradecemos su participación.

Firma

Escuela de Kinesiología
U. de Chile

Director (S) SAMU Metropolitano

APÉNDICE 2:

Indicadores sociodemográficos del PPSD:

-Profesión (Ocupación):

*Definición conceptual: Función que el personal clínico desempeña y por la cual percibe una retribución.

*Definición operacional: Serán codificados según R o TP. Enfermeros, kinesiólogos o matrones serán codificados como R, TENS auxiliares de enfermería y técnicos paramédicos serán codificados como TP.

-Estado civil:

*Definición conceptual: Estado o situación sentimental actual del personal clínico.

*Definición operacional: Las alternativas serán:

Soltero: que corresponde al personal que no se encuentra con pareja formal.

Casado: Personal que ha contraído matrimonio.

Divorciado/anulado: Divorciado, da. Personal cuyo vínculo matrimonial ha sido disuelto jurídicamente. / Separado, da. Que ha interrumpido la vida en común con su cónyuge, conservando el vínculo matrimonial.

Conviviente: Personal que comparte una vida de relación de pareja carente de legalidad.

Viudo: PC a quien se le ha muerto su cónyuge y no ha vuelto a casarse.

Nota: Para el análisis y discusión se agrupan las categorías soltero, divorciado/anulado y viudo en un nuevo grupo llamado “sin pareja” y las categorías restantes se agrupan en “con pareja”.

-Antigüedad laboral:

*Definición conceptual: Tiempo que ha permanecido el PC en su empleo en el SAMU Metropolitano.

*Definición operacional: Tiempo medido en años que lleva el PC trabajando como tal en el SAMU Metropolitano.

-Horas de trabajo en el SAMU:

*Definición conceptual: Horas de trabajo en el SAMU Metropolitano del PC en que cumple su función, según el contrato establecido.

*Definición operacional: Tiempo semanal medido en horas que dedica a su trabajo el PC. En el caso de los R que realizan cuarto turno corresponden a 48 horas semanales y aquellos que realizan turno diurno son 45 horas. En relación a los TP, éstos realizan 60 horas semanales.

-Turno:

*Definición conceptual: Distribución de carga horaria a la semana del PC en el SAMU Metropolitano. Forma de organizar la jornada de trabajo para cubrir las 24 horas que debe funcionar el sistema

*Definición operacional: En el caso de los R, éstos realizan cuarto turno o diurno, el primero corresponde a día (8:00 a 20:00 hrs.) / noche (20:00 a 8:00 hrs.) / libre / libre, y el segundo equivale a un turno de 8:00 a 17:00 hrs. de Lunes a Viernes. Los TP realizan un tercer turno modificado, el cual consiste en 24 horas de trabajo por 2 días libres.

-Horas extras:

*Definición conceptual: Horas de trabajo en el SAMU Metropolitano del PC en que cumple su función, anexas a las establecidas en el contrato.

*Definición operacional: respuesta del PC en relación a la posesión o no de horas extras siendo codificado como Sí / No.

-Trabajos totales:

*Definición conceptual: ocupación u ocupaciones establecidas mediante un contrato y remuneradas por su realización..

*Definición operacional: Cantidad de trabajos remunerados que desempeña el PC además del desarrollado en el SAMU Metropolitano.

-Horas totales:

*Definición conceptual: Horas de trabajo totales que realiza el PC en sus diferentes trabajos

*Definición operacional: Cantidad de horas totales de trabajo que abarca el PC en el transcurso de una semana.

- Tipo de Móvil:

*Definición conceptual: Clasificación del tipo de ambulancia según complejidad de instrumentos, paciente atendido y personal clínico a cargo.

*Definición operacional:

-Básico (M1): responden a las urgencias y el equipo de respuesta está constituido por un conductor y un TP.

-Avanzado (M2): Responden a emergencias médicas, donde debido a su alta complejidad deben estabilizar al paciente y resolver la problemática en minutos. Está compuesto por un conductor y dos profesionales de la salud catalogados como R.

-Ambiente laboral:

*Definición conceptual: Conjunto de condiciones y circunstancias físicas, sociales o económicas que rodean al PC en relación a sus colegas, institución y pacientes, en su trabajo del SAMU Metropolitano.

*Definición operacional: percepción subjetiva del PC: Grato o Ingrato

-Percepción del propio ausentismo laboral:

*Definición conceptual: Grado en el cual el PC no se reporta a trabajar en la hora y/o día que estaba programado para hacerlo.

*Definición operacional: Se codifica mediante la respuesta subjetiva del PC en el CIPSD, tomando como alternativas Sí / No.

-Intención de cambiar de trabajo:

*Definición conceptual: Determinación o voluntad del PC en relación ha dejar su trabajo actual en el SAMU Metropolitano y buscar otra alternativa laboral

*Definición operacional: Respuesta subjetiva, será codificada como Sí/No.

-Conformidad-Sueldo:

*Definición conceptual: Nivel de aprobación del PC en relación a su remuneración regular asignada por el desempeño de su función como R o TP en el SAMU Metropolitano.

*Definición operacional: Respuesta subjetiva del PC: Sí/No

-Hobby:

*Definición conceptual: Pasatiempo o entretenimiento que realiza el reanimador en sus horas no laborales, independiente del tiempo dedicado a ello.

*Definición operacional: Hobby que se realice una vez a la semana por más de 45 minutos. La respuesta será codificada como: Sí/No

-Duración de vacaciones:

*Definición conceptual: Descanso temporal de la actividad laboral del SAMU Metropolitano.

*Definición operacional: Tiempo medido en semanas: 0 semana/1 semana/2 semanas/3 semanas/4 semanas o más. Siendo la categoría 0 semana la representante de no tomar vacaciones en este año.

-Distribución de vacaciones:

*Definición conceptual: Descanso temporal de la actividad laboral del SAMU Metropolitano.

*Definición operacional: Frecuencia con que toma sus vacaciones en el o los años. Será codificado como: Todos los años/cada 2 años/cada 3 años/cada 4 años.

-Tabaco:

*Definición conceptual: Consumo de cigarros.

*Definición operacional: Número de cigarros consumidos diariamente. Será medido en los siguiente intervalos: 0/menor o igual a 5/6-15/mayor o igual a 16.

-Alcohol: test AUDIT

*Definición conceptual: consumo de bebidas alcohólicas

*Definición operacional: En base al test AUDIT donde se codifican en bajo riesgo (0-7 puntos), en riesgo (8-15 puntos), problema (16-19 puntos) y dependencia (20-40 puntos).

APÉNDICE 3:

CUESTIONARIO DE INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: _____

1. Género:

A. Femenino

B. Masculino

2. Edad: _____

3. Profesión: _____

4. Estado

A. Soltero

C. Separado / Anulado

E. Viudo

civil:

B. Casado

D. Conviviente

5. Número de Hijos:

A. 0 hijos

C. 2 hijos

E. 4 o más hijos

B. 1 hijo

D. 3 hijos

6. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando como reanimador/técnico paramédico en el SAMU Metropolitano?: _____

7. Horas de trabajo a la semana en el SAMU Metropolitano: _____

8. ¿Qué tipo de turno realiza en el SAMU Metropolitano?: _____

9. ¿Usted trabaja horas extras al mes en el SAMU Metropolitano?:

A. Sí

B. No

10. ¿Sin contar su trabajo su trabajo en el SAMU Metropolitano, ¿cuántos trabajos además de éste realiza?:

A. 0

B. 1

C. 2 o más

11. ¿Cuántas horas de trabajo en total posee a la semana?: _____

12. ¿En qué tipo de móvil trabaja?:

A. Básico

B. Avanzado

13. Considera su ambiente laboral:

A. Grato

B. Ingrato

14. Considera que se ausenta regularmente a su trabajo como reanimador/técnico paramédico en el SAMU Metropolitano:

A. Sí

B. No

15. ¿Ha tenido o tiene la intención de dejar su trabajo actual como reanimador/técnico paramédico?:

A. Sí

B. No

16. ¿Se encuentra conforme con el sueldo que recibe en su trabajo actual?:

A. Sí

B. No

17. ¿Usted tiene algún hobby o pasatiempo entretenido que realiza en sus horas no laborales?:

A. Sí

B. No

En relación a sus vacaciones en el SAMU Metropolitano responda las siguientes 2 preguntas:

18. ¿Cuántos días toma de vacaciones usualmente en el año?:

A. No toma vacaciones

C. 2 semanas

E. 4 semanas o más

B. 1 semana

D. 3 semanas

19. ¿Con qué frecuencia toma sus vacaciones?:

A. Todos los años

C. Cada 3 años

B. Cada 2 años

D. Cada 4 años

20. En relación al consumo de tabaco, ¿cuántos cigarrillos al día fuma?

A. 0

B. Menor o igual a 5

21. En caso de que Ud. consuma alcohol responda el test a continuación: _____

TEST AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia se toma alguna bebida que contenga alcohol?:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Nunca. | c. 2 a 4 veces al mes. | e. 4 o más veces a la semana. |
| b. Una o menos veces al mes. | d. 2 ó 3 veces a la semana. | |

2. ¿Cuántas bebidas que contengan alcohol se toma normalmente cuando bebe?:

- | | | |
|-----------|-----------|--------------|
| a. 1 ó 2. | c. 5 ó 6. | e. 10 ó más. |
| b. 3 ó 4. | d. 7 a 9. | |

3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas que contengan alcohol en un sólo día?:

- | | | |
|--------------------------|------------------|------------------------------|
| a. Nunca. | c. Mensualmente. | e. A diario o casi a diario. |
| b. Menos de una vez/mes. | d. Semanalmente. | |

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?:

- | | | |
|--------------------------|------------------|------------------------------|
| a. Nunca. | c. Mensualmente. | e. A diario o casi a diario. |
| b. Menos de una vez/mes. | d. Semanalmente. | |

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?:

- | | | |
|--------------------------|------------------|------------------------------|
| a. Nunca. | c. Mensualmente. | e. A diario o casi a diario. |
| b. Menos de una vez/mes. | d. Semanalmente. | |

6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?:

- | | | |
|--------------------------|------------------|------------------------------|
| a. Nunca. | c. Mensualmente. | e. A diario o casi a diario. |
| b. Menos de una vez/mes. | d. Semanalmente. | |

7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?:

- | | | |
|--------------------------|------------------|------------------------------|
| a. Nunca. | c. Mensualmente. | e. A diario o casi a diario. |
| b. Menos de una vez/mes. | d. Semanalmente. | |

8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?:

- | | | |
|--------------------------|------------------|------------------------------|
| a. Nunca. | c. Mensualmente. | e. A diario o casi a diario. |
| b. Menos de una vez/mes. | d. Semanalmente. | |

9. Usted o alguna otra persona ¿Han resultado heridos porque usted ha bebido?:

- a. No.
- b. Sí, pero no en el curso del último año.
- c. Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?:

- a. No.
- b. Sí, pero no en el curso del último año.
- c. Sí, en el último año.

APÉNDICE 4:

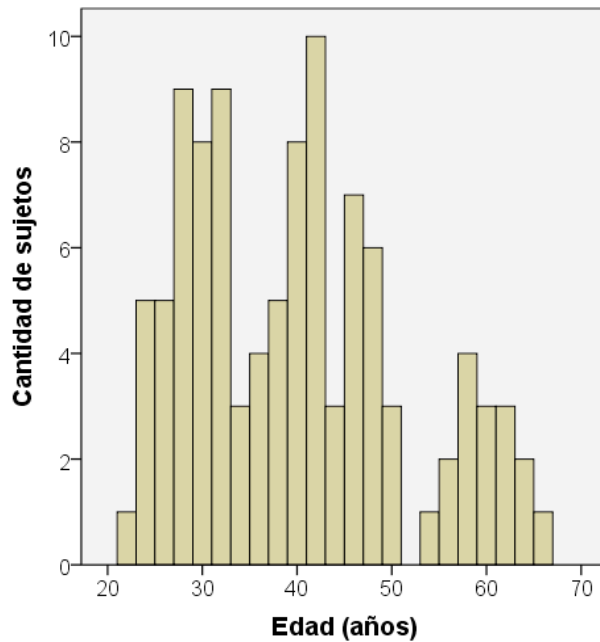


Figura 2. Distribución de frecuencia del Personal Clínico del SAMU en función de la Edad. En la figura se observa la cantidad de sujetos del Personal Clínico del SAMU agrupados según su edad. (N: 102 sujetos).

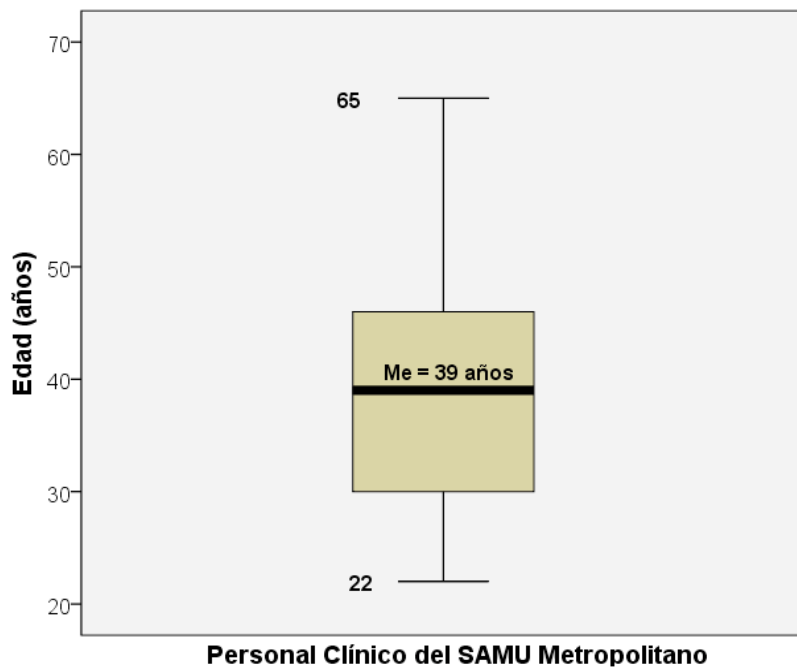


Figura 3: Rango de dispersión y mediana de la edad de la población estudiada. La figura muestra la manera en que se distribuyen las edades del Personal Clínico del SAMU Metropolitano, indicándose la edad mínima, máxima, mediana y dispersión de las edades obtenidas. (N: 102 sujetos).

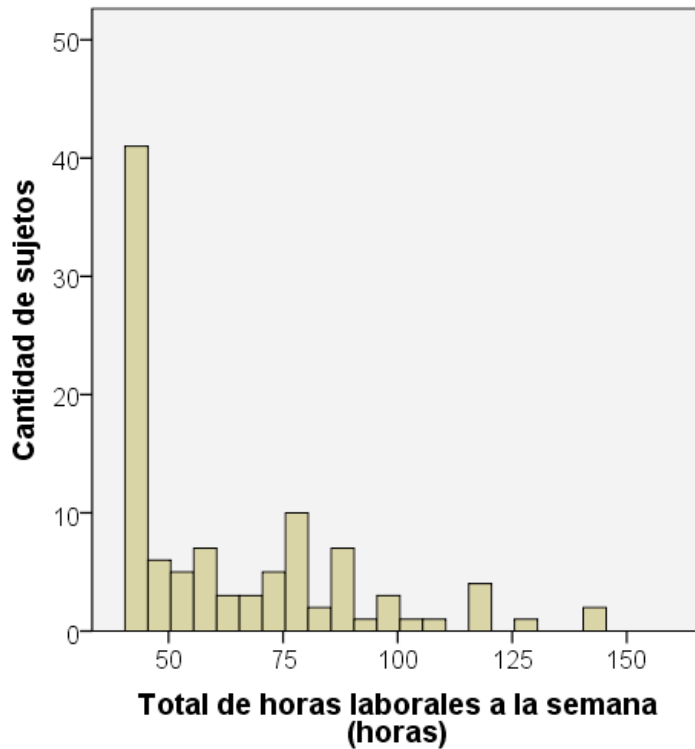


Figura 4: Distribución de frecuencia del Personal Clínico del SAMU en función del total de horas laborales semanales. En la figura se observa la cantidad de sujetos del Personal Clínico del SAMU que toman los diferentes valores de horas semanales laborales. (N: 102 sujetos).

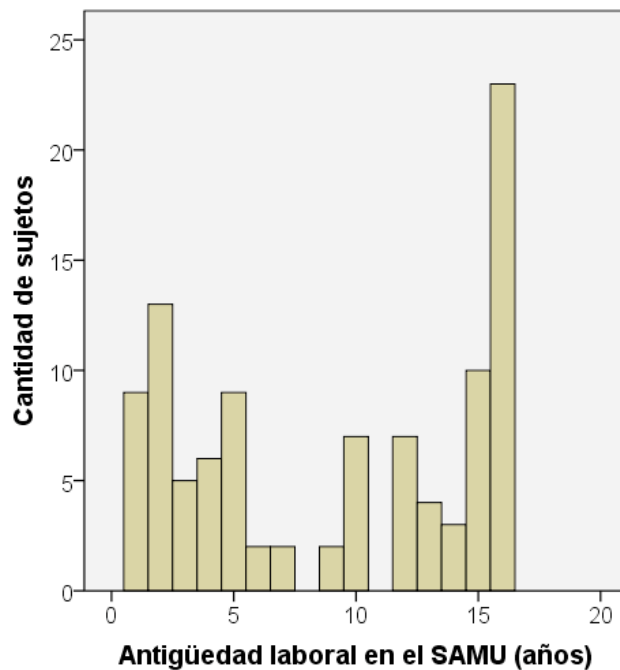


Figura 5: Distribución de frecuencia del Personal Clínico del SAMU en función de la antigüedad laboral en el SAMU. En la figura se observa la cantidad de sujetos del Personal Clínico del SAMU que toman los diferentes valores de los años de antigüedad laboral. (N: 102 sujetos).

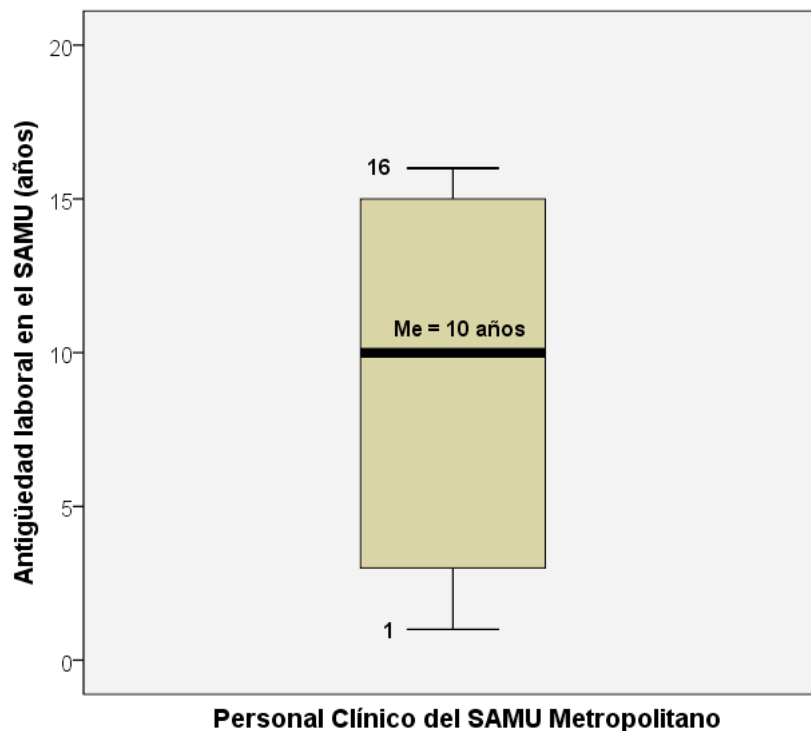
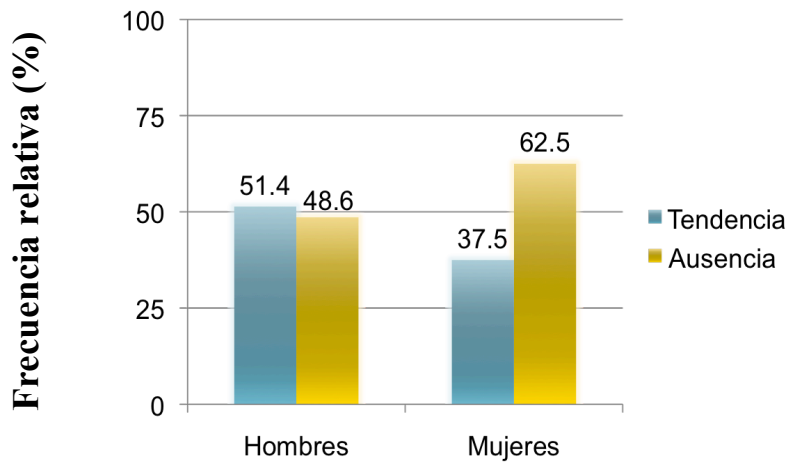


Figura 6: Rango de dispersión y mediana de los años de antigüedad laboral del Personal Clínico del SAMU. La figura muestra la manera en que se distribuyen los años de antigüedad laboral del Personal Clínico en el SAMU Metropolitano, indicándose la antigüedad laboral mínima, máxima, mediana y dispersión de los datos obtenidos. (N: 102 sujetos).

APÉNDICE 5:



Género

Figura 7: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Género. La figura muestra el porcentaje correspondiente a los sujetos con tendencia a padecer Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout según indicador sociodemográfico género. No se diferencia según prevalencia del Síndrome de Burnout debido a que ésta no se encontró en la población estudiada.

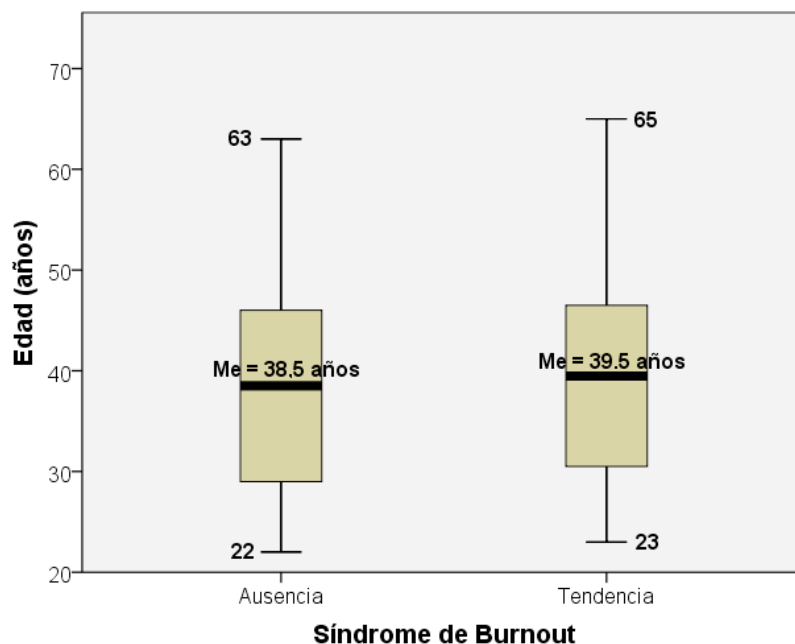


Figura 8: Rango de dispersión y mediana de la edad según tendencia a padecer el Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout en el Personal Clínico del SAMU. Se aprecia en la figura como se distribuyen las edades del Personal Clínico en el SAMU Metropolitano, indicándose la edad mínima, máxima, mediana y dispersión de los datos obtenidos según el nivel del Síndrome de Burnout.

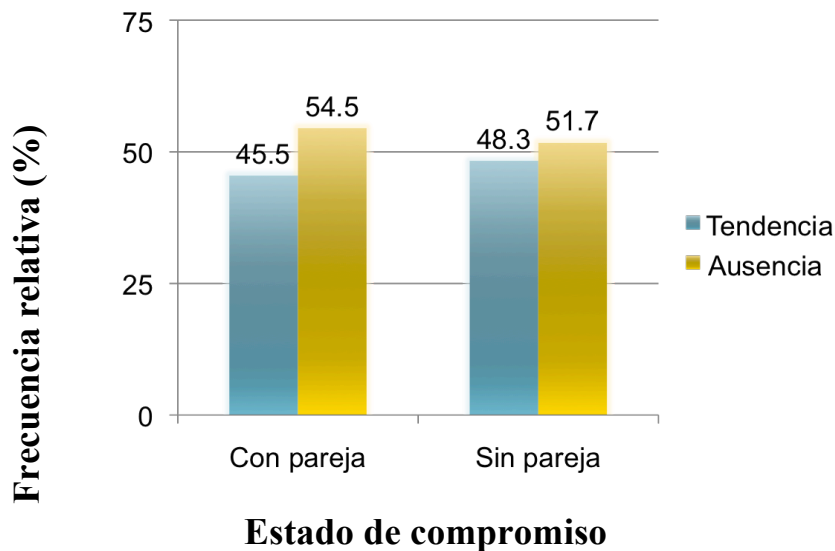


Figura 9: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Estado de compromiso. La figura muestra el porcentaje correspondiente a los sujetos con tendencia a padecer Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout según indicador sociodemográfico estado de compromiso. No se diferencia según prevalencia del Síndrome de Burnout debido a que ésta no se encontró en la población estudiada.

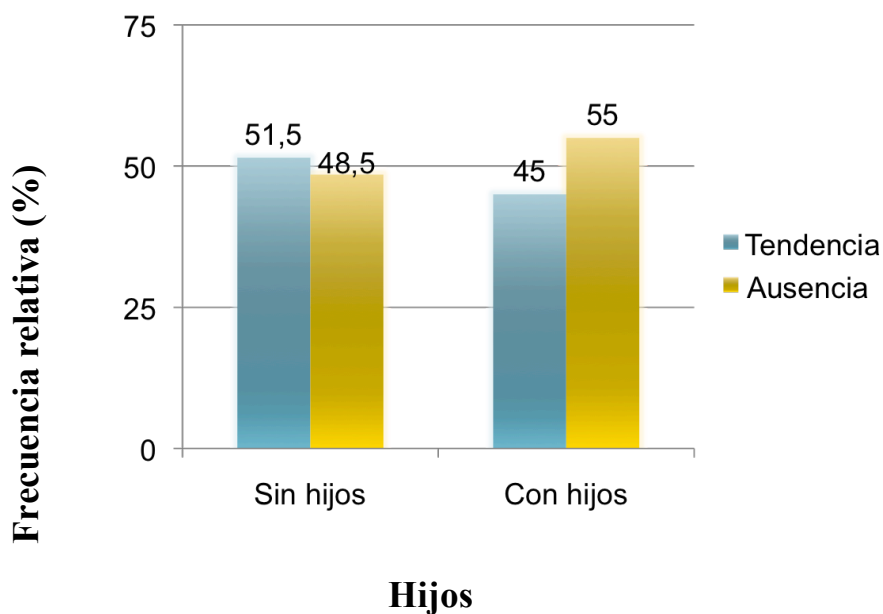
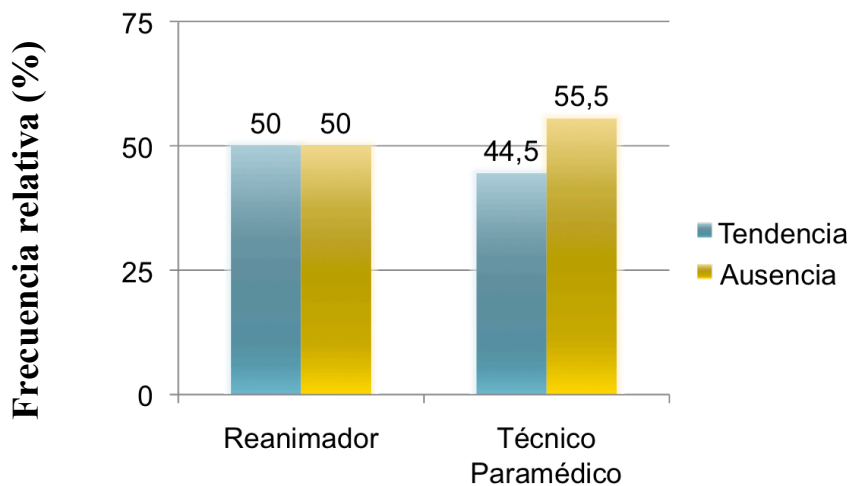


Figura 10: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Presencia de hijos. La figura muestra el porcentaje correspondiente a los sujetos con tendencia a padecer Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout según indicador sociodemográfico presencia de hijos. No se diferencia según prevalencia del Síndrome de Burnout debido a que ésta no se encontró en la población estudiada.



Profesión

Figura 11: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Profesión. La figura muestra el porcentaje correspondiente a los sujetos con tendencia a padecer Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout según indicador sociodemográfico profesión. No se diferencia según prevalencia del Síndrome de Burnout debido a que ésta no se encontró en la población estudiada.

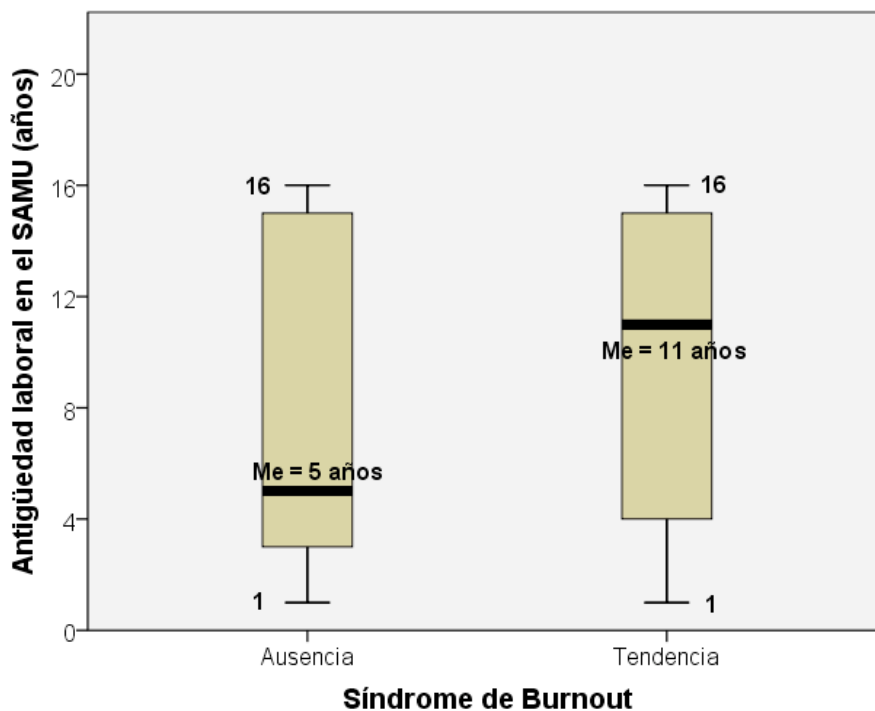


Figura 12: Rango de dispersión y mediana de la antigüedad laboral en el SAMU Metropolitano según tendencia a padecer el Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout en el Personal Clínico del SAMU. La figura muestra como se distribuyen la antigüedad laboral del Personal Clínico en el SAMU Metropolitano, indicándose la antigüedad laboral mínima y máxima junto con la mediana y grado de dispersión de los datos obtenidos según el nivel del Síndrome de Burnout.

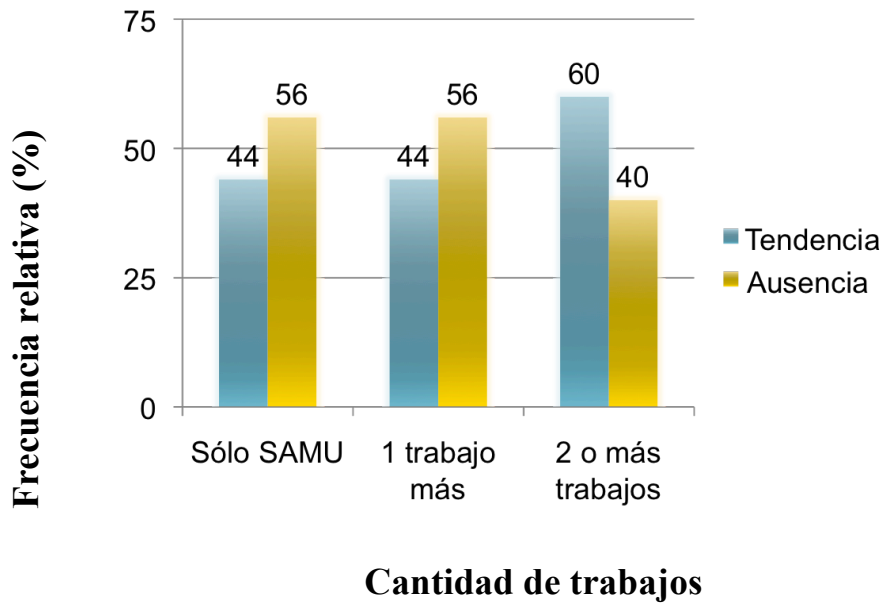


Figura 13: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Cantidad de trabajos. La figura muestra el porcentaje correspondiente a los sujetos con tendencia a padecer Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout según indicador sociodemográfico cantidad de trabajos. No se diferencia según prevalencia del Síndrome de Burnout debido a que ésta no se encontró en la población estudiada.

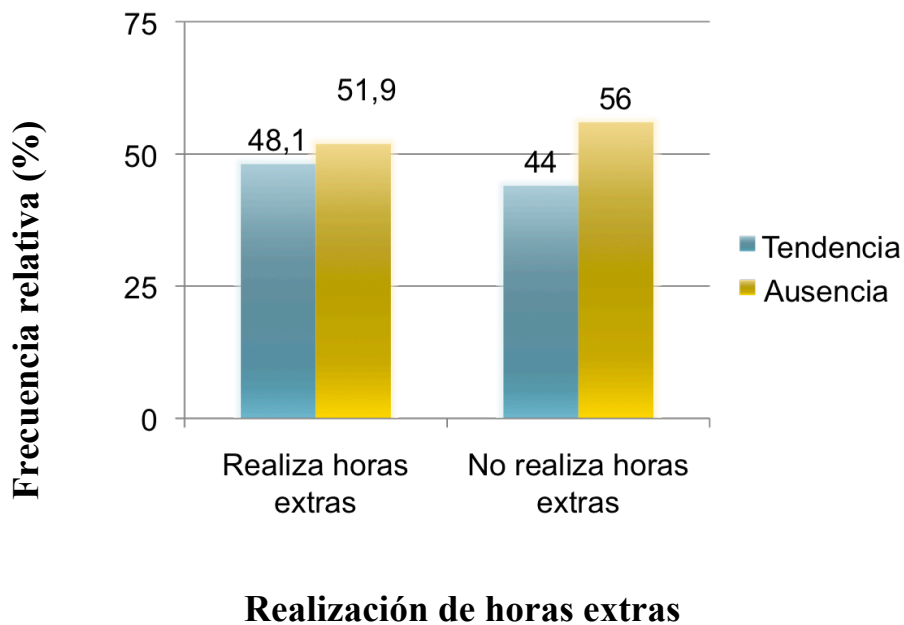


Figura 14: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según realización de horas extras. La figura muestra el porcentaje correspondiente a los sujetos con tendencia a padecer Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout según indicador sociodemográfico Realización de horas extras. No se diferencia según prevalencia del Síndrome de Burnout debido a que ésta no se encontró en la población estudiada.

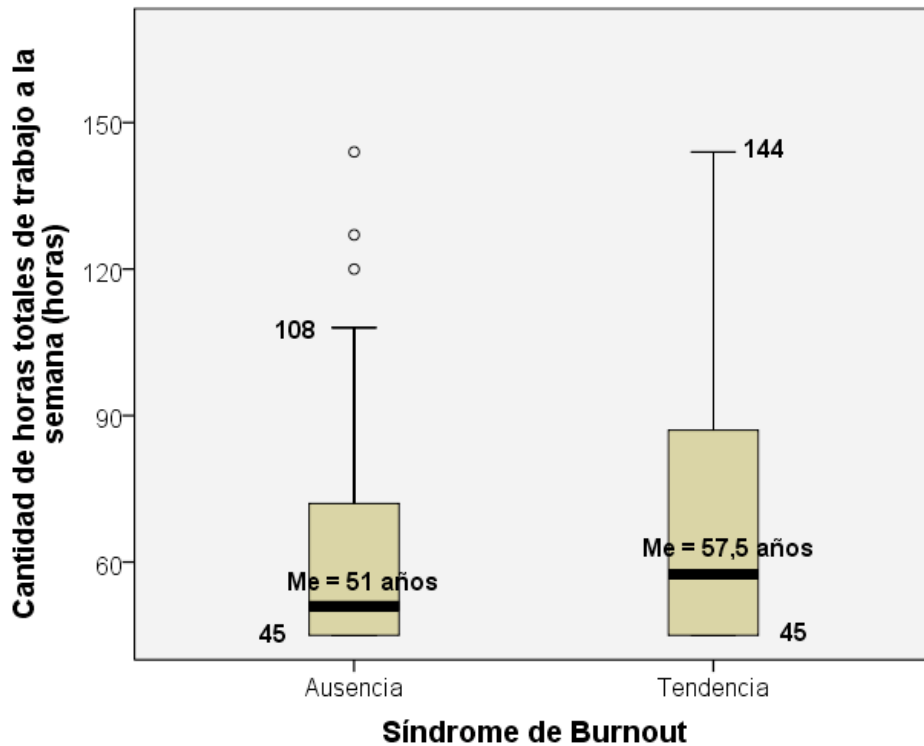
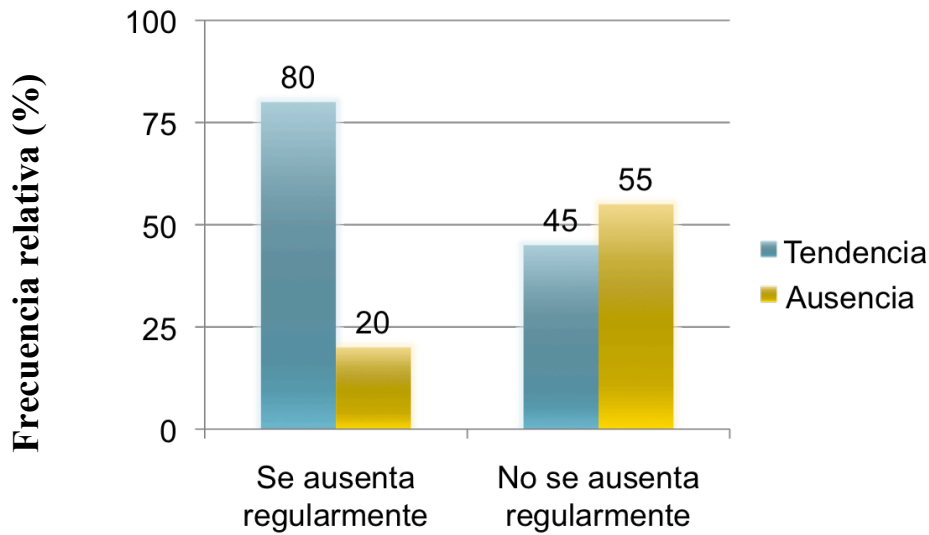
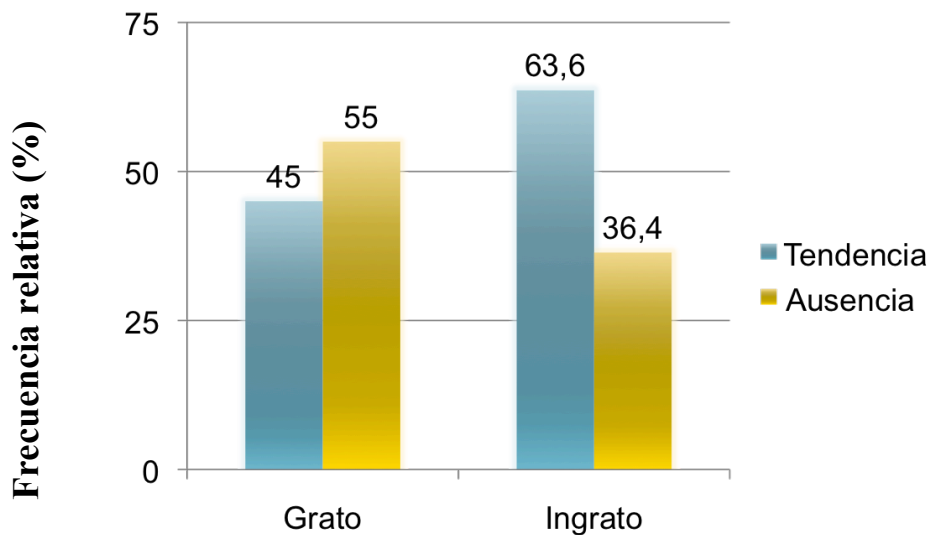


Figura 15: Rango de dispersión y mediana del total de horas laborales a la semana según tendencia a padecer el Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout en el Personal Clínico del SAMU. Se aprecia en la figura como se distribuyen la cantidad total de horas laborales a la semana del Personal Clínico en el SAMU Metropolitano, indicándose la cantidad de horas laborales mínima y máxima del Personal Clínico en la semana, junto con la mediana y grado de dispersión de los datos obtenidos según el nivel del Síndrome de Burnout correspondiente.



Percepción del propio ausentismo laboral

Figura 16: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según Percepción del propio ausentismo laboral. La figura muestra el porcentaje correspondiente a los sujetos con tendencia a padecer Síndrome de Burnout y ausencia de éste según indicador sociodemográfico percepción del propio ausentismo laboral. No se diferencia según prevalencia del Síndrome de Burnout debido a que ésta no se encontró en la población estudiada.



Ambiente laboral

Figura 17: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según ambiente laboral. La figura muestra el porcentaje correspondiente a los sujetos con tendencia a padecer Síndrome de Burnout y ausencia de éste según indicador sociodemográfico ambiente laboral. No se diferencia según prevalencia del Síndrome de Burnout debido a que ésta no se encontró en la población estudiada.

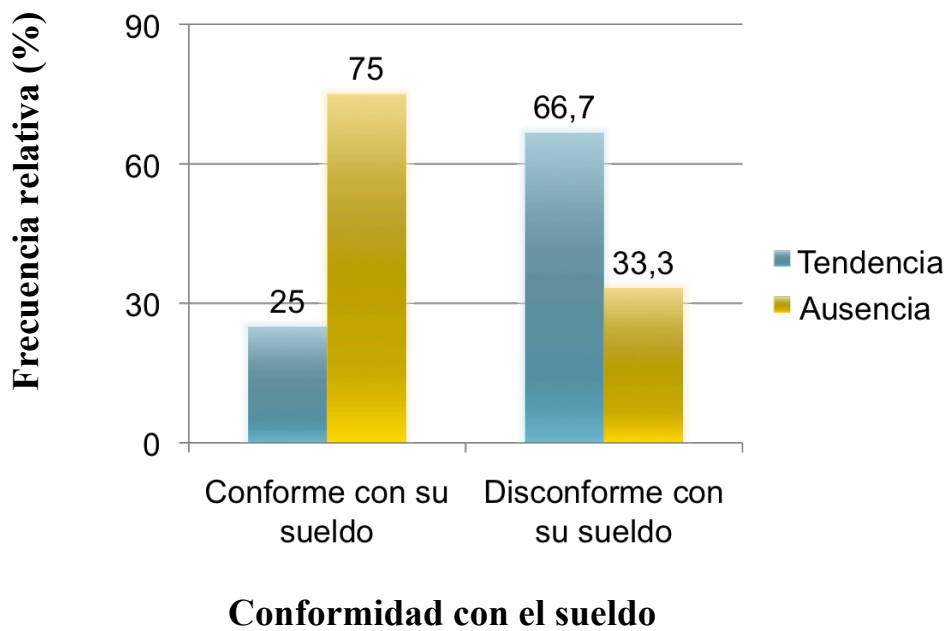


Figura 18: Distribución de los niveles del Síndrome de Burnout según la Conformidad con el sueldo recibido. La figura muestra el porcentaje correspondiente a los sujetos con tendencia a padecer Síndrome de Burnout y ausencia del Síndrome de Burnout según indicador sociodemográfico sueldo. No se diferencia según prevalencia del Síndrome de Burnout debido a que ésta no se encontró en la población estudiada.

APÉNDICE 6:

Tabla 2: Clasificación de indicadores sociodemográficos.

Factores laborales (organizacionales)	Factores individuales	Hábitos
*Profesión (función) *Antigüedad Laboral *Cantidad de trabajos *Horas Extras *Total de horas laborales semanales *Ambiente Laboral *Percepción del propio ausentismo *Intención de dejar el trabajo *Conformidad con sueldo *Vacaciones	*Género *Edad *Pareja/Sin Pareja *Hijos	*Hobby *Consumo de Tabaco *Consumo de Alcohol

Tabla 3: Prueba de Chi-cuadrado de Pearson para Conformidad o no con el sueldo en función del Síndrome de Burnout.

Sueldo	SB
Chi cuadrado	17,708
Sig.	,000*

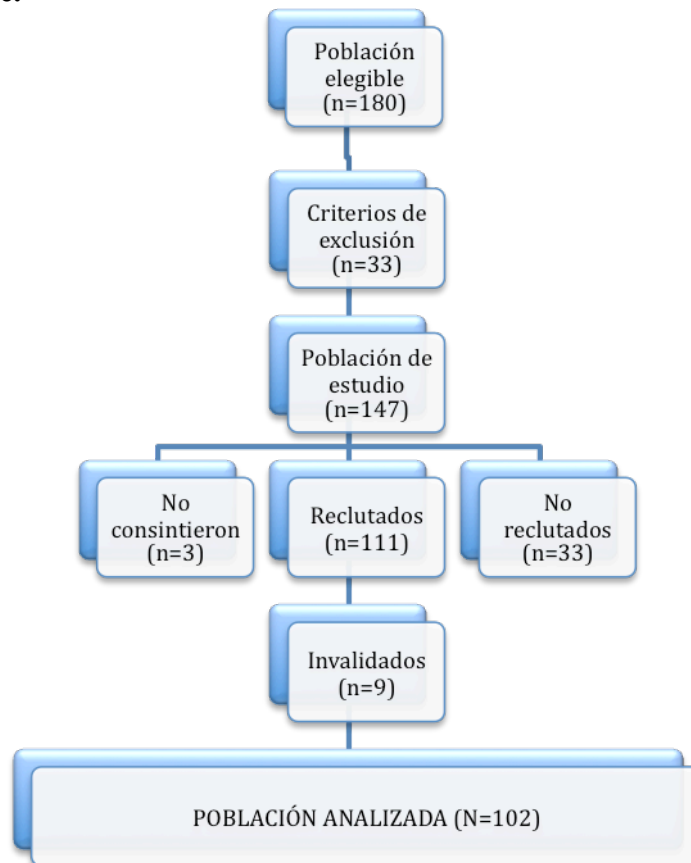
*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

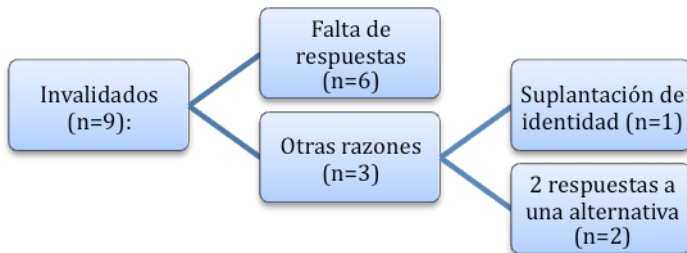
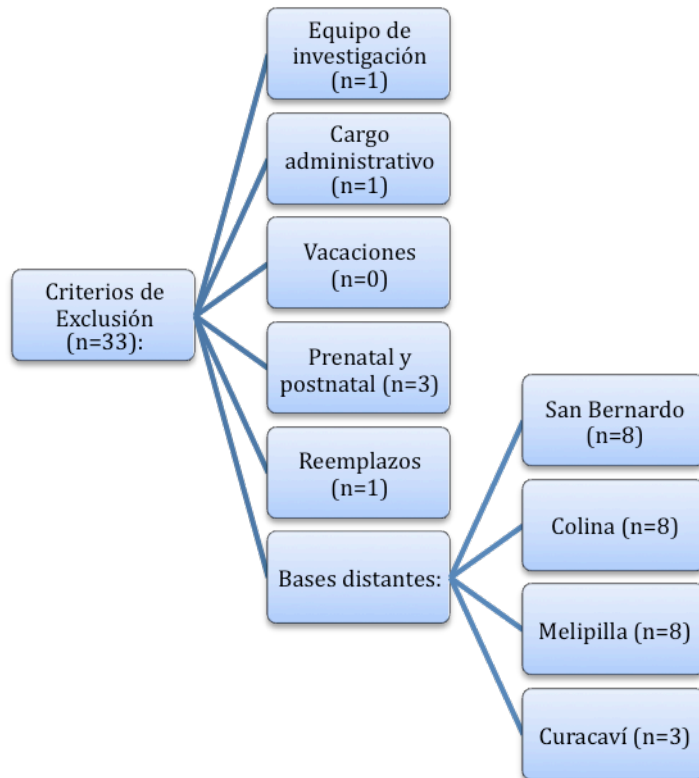
ANEXOS:

Anexo 1: Puntajes de corte de las tres dimensiones según Alto, Medio y Bajo que determinan los niveles del Síndrome de Burnout.



Anexo 2: Flujograma de determinación de la población de estudio a partir de la población elegible.





Anexo 3: Maslach Burnout Inventory

ESCALA MBI

Nombre: _____

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y sus sentimientos en él. Dispone de un tiempo máximo de 15 minutos para contestar cada uno de ellos, indicando la frecuencia con que Ud. ha experimentado ese sentimiento, teniendo en cuenta la siguiente escala de respuestas:

0	1	2	3	4	5	6
<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces al año o menos</i>	<i>Una vez al mes o menos</i>	<i>Unas pocas veces al mes o menos</i>	<i>Una vez a la semana</i>	<i>Pocas veces a la semana</i>	<i>Todos los días</i>

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	
4. Fácilmente comprendo lo que sienten mis pacientes.	
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	
6. Trabajar todo el día con pacientes es una tensión para mí.	
7. Enfrento de manera eficaz los problemas que me presentan mis pacientes.	
8. Me siento extenuado por mi trabajo.	
9. Siento que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. Me encuentro con mucha vitalidad.	
13. Me siento frustrado por mi trabajo.	
14. Siento que estoy trabajando demasiado.	
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada con mis pacientes.	
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	
19. He realizado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.	
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo 4: Determinación del nivel del Síndrome de Burnout según Maslach y Moreno-Jiménez.

