

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**



**DESGASTE PROFESIONAL EN ESPECIALISTAS EN MEDICINA GENERAL  
INTEGRAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. PLAZA DE LA  
REVOLUCIÓN, 2007 y 2012**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO CIENTÍFICO  
DE  
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Autora: Lic. Lidia Caridad Hernández Gómez. MSc.

La Habana, Cuba  
2014



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**



**DESGASTE PROFESIONAL EN ESPECIALISTAS EN MEDICINA GENERAL  
INTEGRAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. PLAZA DE LA  
REVOLUCIÓN, 2007 y 2012**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO CIENTÍFICO  
DE  
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Autora: Lic. Lidia Caridad Hernández Gómez. MSc.

Tutores: Dra. C. Digna Edelsys Hernández Meléndrez

Dr. C. Héctor Demetrio Bayarre Veá

Dr. C. Jorge Amado Grau Ábalo

La Habana, Cuba  
2014

# **DEDICATORIA**

*A los médicos de familia,  
A mi hija,  
A mi padre,  
A la memoria de mi madre.*

## **AGRADECIMIENTOS**

## *Agradecimientos*

*A la Dra.C. Edelsys Hernández Meléndrez, por su apoyo incondicional y su orientación siempre certera,*

*Al Dr.C. Jorge Grau Ábalo, por iniciarme en el estudio del tema y por acompañarme siempre,*

*Al Dr.C. Héctor Bayarre Vea, por su sabiduría y ayuda,*

*A los médicos y médicas de familia que participaron en la investigación, a los Directores de Policlínico, a Doris, Odalys y Corratgé, por apoyarme en todo momento,*

*A Ivette, Esther, Ileana, Isabel, Vivian, Margarita, Maritza, Rosalina y Alejandro, por la solidaridad y colaboración constantes,*

*A mis compañeros del Departamento de Ciencias Sociales, por el estímulo, la exigencia y el apoyo para seguir hacia delante,*

*A los profesores de la Escuela Nacional de Salud Pública, que me enseñaron a pensar y a actuar como salubrista,*

*A María Vidal, por estar a mi lado siempre,*

*A mi padre y a mi hija por su amor infinito y apoyo constante, aún en la distancia,*

*A todos los que han estado de una forma u otra, GRACIAS*

## **SÍNTESIS**

Los estudios sobre el Desgaste Profesional (DP) en médicos, identifican diversos factores que interactúan en su desarrollo. Los objetivos de esta investigación fueron caracterizar el DP en Especialistas en Medicina General Integral (MGI) que laboran en la Atención Primaria de Salud (APS) e identificar los factores organizacionales y personales que intervienen en el proceso de desgaste. Se realizó una investigación aplicada que constó de dos etapas: descriptiva y analítica. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recogida y procesamiento de la información. Los principales resultados evidenciaron la presencia del DP en la mayoría de los especialistas en MGI. El Cansancio Emocional (CE) fue la dimensión del desgaste más afectada, que incide en su aparición. Las fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los especialistas fueron las de tipo organizacional como: la sobrecarga de trabajo, el burocratismo, las malas condiciones de trabajo, el salario insuficiente y la falta de reconocimiento social. Estos factores interactúan con variables sociodemográficas como: la edad y el sexo, y otras laborales como: los años de graduado, cantidad de pacientes que atienden como promedio diariamente y la sobrecarga "extra-laboral" que limita la atención a la familia. Especial atención merece su relación con instancias de la personalidad como la autoestima y personalidad resistente que actúan como moduladoras del desgaste. Estos profesionales presentaron síntomas de estrés tales como: alteraciones del sueño, cefaleas, depresión, ansiedad e irritabilidad.

# INDICE

<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DE CONCEPTUALIZACIÓN, EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL</b>	11
I.1 Antecedentes históricos y delimitación conceptual del desgaste profesional	11
I.1.2. Modelos procesales y explicativos del desgaste profesional	14
I.1.3. Variables moduladoras y desencadenantes del desgaste profesional	19
I.1.4. Instancias de la personalidad moduladoras del desgaste profesional	23
I.1.5. Desgaste profesional en personal de la salud, principales consecuencias	26
I.1.6. La evaluación del desgaste profesional. Principales instrumentos utilizados	29
I.1.7. La prevención del desgaste profesional	34
<b>CAPÍTULO II. CONCEPCIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	42
II. 1. Clasificación de la investigación	42
II. 2. Universo y muestra	43
II. 3. Operacionalización de las variables	44
II.4. Técnicas de recogida de la información	49
II.5. Procedimiento para la recogida de la información	53
II.6. Técnicas para el procesamiento, análisis y presentación de la información	53
II. 7. Aspectos éticos	57
<b>CAPÍTULO III. CARACTERIZACIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL EN ESPECIALISTAS EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL</b>	59
III. 1. Fase descriptiva o de caracterización	59
III.1.1. Caracterización del Municipio Plaza de la Revolución, contexto donde se realizó la investigación	59
III.1.2. Caracterización del Desgaste Profesional en los especialistas en Medicina General Integral que laboran en la Atención Primaria de Salud en virtud de variables sociodemográficas y laborales	60
III.1.3. El Desgaste profesional y algunas variables sociodemográficas y laborales	62
III.2.1. Dimensiones configuracionales del desgaste profesional según variables sociodemográficas y laborales	70
III.2.2. Cansancio emocional y variables sociodemográficas y laborales	70
III.2.3. Despersonalización y variables sociodemográficas y laborales	78
III.2.4. Realización Personal y variables sociodemográficas y laborales	86
III.3. Instancias de la personalidad moduladoras del desgaste profesional	95
III.3.1. Autoestima	95
III.3.2. Personalidad Resistente	98
III.4.1. Fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los especialistas en Medicina General Integral	102
III.4.2. Triangulación de la información sobre las fuentes de malestar en el trabajo	107
III.4.3. Síntomas de estrés reportados por los especialistas en MGI	110
<b>CONCLUSIONES</b>	115
<b>RECOMENDACIONES</b>	116
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

# **INTRODUCCIÓN**

## **INTRODUCCIÓN**

El trabajo es fuente de riquezas materiales y espirituales, la satisfacción del hombre al realizarlo, aumenta la motivación y la calidad de lo que produce o el servicio que presta; por lo que el bienestar psicológico del hombre en él, es de vital importancia y mucho más cuando su labor es cuidar la salud de otros.

La salud es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de ella es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo;<sup>1</sup> Es por esta razón, que resulta esencial el estudio de los principales determinantes del proceso salud-enfermedad, entre los que se encuentra la relación dinámica hombre-trabajo, la interacción permanente del hombre y su medio laboral físico y psicológico influyen sobre su salud positiva o negativamente.

Por la importancia que se atribuye al trabajo y a su repercusión sobre la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup> incorpora en las políticas de *Salud para Todos*, a los agentes psicosociales en el ambiente laboral, desde entonces, se ha desarrollado el interés por el estudio de los factores psicosociales relacionados con la salud y el trabajo.

El informe elaborado por la OMS en el año 2000, está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y cómo proceder a su mejoría. En él se señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para su buen funcionamiento y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio. El informe recomienda cuidarlos, pues de no hacerlo, se deterioran rápidamente.<sup>3</sup> El personal de salud constituye un elemento fundamental en la producción de servicios, tanto en la dimensión subjetiva de la intencionalidad humana, como en la dimensión objetiva de la ejecución de competencias profesionales específicas. Su contribución a la realización efectiva de las políticas y a la estructuración de sistemas y servicios de salud adecuados, es ampliamente reconocida como esencial.<sup>4</sup>

La OMS <sup>4</sup> también sugiere realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada. Esa gestión debe considerar variables como las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional, la satisfacción con el salario y las condiciones de trabajo de los profesionales.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa en su calidad de vida laboral y la calidad del servicio que brindan las organizaciones del sector sanitario donde trabajan. Consecuencias como la tasa de accidentalidad, la morbilidad y el ausentismo de los profesionales están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo. De igual modo, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen, están asociados a los riesgos laborales de su entorno de trabajo. Son de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas.<sup>5, 6, 7</sup>

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el Desgaste Profesional (DP), ocupa un lugar destacado, al constituir un problema social y de salud pública. Se trata de un trastorno adaptativo crónico, asociado al inadecuado afrontamiento de los desencadenantes psicológicos del trabajo que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial, con aumento del costo económico y social.<sup>6, 7, 8, 9, 10</sup> Esta situación no puede pasar inadvertida para los administradores de recursos humanos del sector de la salud que deben diseñar modelos de prevención a partir del conocimiento de este fenómeno y poner en práctica estrategias de intervención en caso de que ya exista.

Síntomas como dolores de cabeza, alteraciones del sueño, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdida de peso, dolores musculares, alergias, asma, desórdenes gastrointestinales y del ciclo menstrual, depresión y ansiedad son relativamente habituales en las personas que padecen DP.<sup>6, 7, 11, 12</sup>

El DP ha sido considerado como la plaga de fin del siglo XX. Es una problemática de salud que se valora como epidémica, emergente, todavía parcialmente oculta, de pronóstico catastrófico, y de efectos selectivos sobre los profesionales de la salud y sus usuarios. Es necesario identificarlo y manejarlo consecuentemente, pues puede producir serios problemas; convirtiéndose en una amenaza para los equipos de salud.<sup>13, 14</sup> Este síndrome puede provocar serias repercusiones en la comunidad. Un médico que lo presente y que tenga personas que cuidar a su cargo, difícilmente podrá actuar con los estándares de calidad que la misma sociedad está exigiendo.<sup>15</sup>

Gil-Monte<sup>6,7</sup> se apoya en el informe publicado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo sobre estrés laboral y riesgos psicosociales en el trabajo, que revela que los cambios técnicos u organizativos en el mundo del trabajo, junto con los socioeconómicos, demográficos y

políticos, incluido el fenómeno de la globalización, han originado riesgos psicosociales de carácter emergente que están teniendo consecuencias sobre la salud de la población, pues influyen negativamente sobre la salud y la seguridad de los trabajadores.

Estos riesgos han sido agrupados en cinco áreas: a) nuevas formas de contratación laboral, que se caracterizan por la aparición de contratos de trabajo más precarios y la subcontratación, e inseguridad en el puesto de trabajo, b) envejecimiento de la población activa, que la hace más vulnerable a la carga mental y emocional, c) intensificación del trabajo, caracterizado por la necesidad de manejar cantidades de información cada vez mayores bajo una mayor presión en el ámbito laboral, d) fuertes exigencias emocionales en el trabajo, junto con un incremento del acoso psicológico y de la violencia, en especial en los sectores de la asistencia sanitaria y de los servicios en general, y e) desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal, debido a la falta de ajuste entre las condiciones de trabajo y contratación y la vida privada de las personas.<sup>6,7</sup>

Internacionalmente, se ha comprobado que el DP está presente en los profesionales sanitarios. Se han reportado prevalencias altas del síndrome en diversos países, algunos de ellos son: España, Brasil, Argentina, Venezuela, México, Turquía, Hong-Kong y los EE.UU, donde se han realizado estudios con varios especialistas: médicos familiares, oncólogos, residentes de medicina interna y médicos internistas, anestesiólogos y personal paramédico.<sup>16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23</sup>

Estudios realizados sobre el DP han puesto en evidencia que los profesionales de la salud que brindan sus servicios en la Atención Primaria de Salud (APS) no están ajenos a padecer este síndrome.<sup>24, 25, 26, 27, 28, 29</sup> La APS representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud (SNS) y es el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.<sup>1</sup>

En Cuba, se reafirma la presencia del síndrome en los especialistas en Medicina General Integral (MGI), que laboran en la APS mediante los estudios de: Sánchez<sup>30</sup> en el municipio Cerro; Rodríguez Brito<sup>31</sup> en el municipio Plaza de la Revolución; Diéguez<sup>32</sup> en el municipio Playa y Díaz-Díaz<sup>33</sup> en la provincia de Matanzas, quienes encontraron valores elevados del DP. Román Hernández<sup>34</sup> estudió los factores psicosociales, el estrés y el DP en los profesionales de la salud de la atención primaria y secundaria del municipio Plaza de la Revolución, y halló diferencias que apuntaban a mayor prevalencia del síndrome en los médicos de la APS.

En el año 2003, se realizó un estudio por un equipo de investigadores<sup>35</sup> de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) sobre los "Elementos que definen la Gestión del Equipo Básico de Salud en la APS", identificando la presencia del DP en los médicos especialistas en MGI de todas las provincias del país, fundamentalmente: Ciego de Ávila, Matanzas y Camagüey que resultaron ser los territorios con una mayor afectación por el DP, con una prevalencia de 97, 96 y 93 por ciento respectivamente.

El envejecimiento de la población, el diagnóstico precoz de la enfermedad crónica, el empuje de nuevas tecnologías, hacen que la población tenga mayores expectativas en salud y calidad de vida; la cantidad y variedad de problemas sociales que llegan cada vez más a la APS, con el riesgo de medicalización creciente de los mismos; el incremento de la burocracia, la implantación de sistemas informáticos con objetivos puramente administrativos, la descoordinación con el nivel especializado, están masificando las consultas y esto deviene en sobrecarga para el profesional de la salud.<sup>36</sup>

Las características de las acciones de los profesionales que laboran en la APS por tanto, divergen de otros profesionales de la salud, al atender a individuos supuestamente sanos, con riesgo, enfermos y en menor medida, con secuelas, a las familias y a la comunidad, a los que brindan una atención integral y dispensarizada, exponiéndose a demandas causadas por el contacto cotidiano con las necesidades diarias de la población. Estas razones hacen que las manifestaciones del DP se expresen de manera particular y ofrezcan verdaderas posibilidades de investigación sobre calidad de vida laboral de los miembros del equipo básico de salud.

La prioridad otorgada al fortalecimiento de la APS en Cuba y dentro de ella al desarrollo y perfeccionamiento de la Medicina Familiar, sitúa a la formación y desarrollo del especialista en MGI, en el centro de los análisis que se realizan.

Los resultados de las investigaciones siguen siendo un recurso de útil para decidir las políticas de salud en el país, la organización de los servicios, la distribución equitativa de recursos materiales y humanos, el logro de la satisfacción laboral, la salud de los profesionales sanitarios y de la población.

"La APS en Cuba ha sentado precedentes en la salud pública internacional por poseer un carácter novedoso y futurista, especialmente con la implantación y desarrollo del modelo de atención de Medicina Familiar a partir de 1984", <sup>37</sup> <sup>38</sup> al mantener los indicadores de salud y la satisfacción de necesidades de la población. Sin embargo, las propias características del trabajo del especialista en

MGI, como prestador de asistencia sistemática y continua a la población, hacen que sea vulnerable al DP.

Se conoce que el DP es un fenómeno multicausal, complejo y poliédrico, en el que intervienen gran variedad de factores: desde los organizacionales, hasta los personales.<sup>39</sup> Varios autores han identificado a las variables organizacionales y las sitúan en la etiología del DP, pero ellas por sí solas no esclarecen la totalidad del fenómeno.<sup>6,7</sup> De igual modo, las variables personalógicas son de especial interés en la comprensión del DP debido a que es necesario el estudio de las razones que expliquen por qué bajo iguales condiciones unas personas presentan DP y otras no.

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP), en sus proyecciones estratégicas hasta el 2015, plantea: "existe insatisfacción en la población con la atención del médico y la enfermera de la familia", reconoce el deterioro de la esencia del programa y expone entre sus factores críticos de éxito, la recuperación de la APS.<sup>40</sup>

Se hallan diferentes modelos teóricos que abordan el DP como un constructo difícil de definir, por lo que es necesario que las investigaciones que se realicen contribuyan al conocimiento existente, aportando criterios teórico-prácticos sobre el mismo. El síndrome es insidioso, contagioso y daña a un gran número de profesionales de la salud afectando la misión de las instituciones donde laboran y la calidad del servicio que prestan a los individuos, familias y comunidad. Además, tiene carácter procesal por lo que si se detecta en determinada fase, pudiera revertirse y evitar sus consecuencias.

Al médico no se le prepara adecuadamente para cuidar de su salud. La formación del médico en Cuba no contempla la enseñanza - aprendizaje sobre cómo afrontar de manera exitosa las contingencias que se presentan en su práctica laboral cotidiana y cómo protegerse del DP.

En el último decenio el especialista en MGI que trabaja en la APS, ha tenido que afrontar disímiles cambios en la organización de su trabajo, tales como: la apertura de nuevos servicios, introducción de novedosas tecnologías, incorporación del nuevo modelo pedagógico del Policlínico Universitario, seguimiento de numerosos programas de salud y el incremento de familias a atender, excediendo las 120, como se programó al inicio de ser concebido el Plan del Médico de la Familia.

Más recientemente, las Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública,<sup>41</sup> *"consistente en la reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud; con la finalidad del uso más eficiente y racional de los cuantiosos y costosos recursos de que se dispone, especialmente los*

*tecnológicos, así como su permanente disponibilidad, con el propósito de garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud. Esta decisión responde a motivos económicos, y a la necesidad de alcanzar niveles superiores de eficiencia y calidad". Todas estas circunstancias han incidido sobre la organización y condiciones de trabajo, en las que se desarrollan estos profesionales.*

El municipio Plaza de la Revolución es un municipio de gran importancia política, administrativa, histórico-cultural y turística. Se encuentra ubicado en el centro – norte de la provincia La Habana, capital del país. Cuenta con una población media residente de 148 117 habitantes, según cálculos del Departamento de Estudios Demográficos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).<sup>42</sup> Esta población representa aproximadamente el 7% del total de habitantes de la provincia La Habana, que ocupa el cuarto lugar en densidad de población.

La existencia de numerosos y relevantes centros de trabajo, relacionados con el aparato administrativo del estado cubano, la cultura, la economía, la salud, el turismo y otras, determinan una alta concentración de personas que causan intensos flujos pendulares y hacen al territorio un tanto vulnerable a la transmisión de enfermedades que requieren una atención especial de los profesionales de la salud. Esto se suma a las razones antes mencionadas que justifican la necesidad del estudio.

A lo antedicho se adiciona el interés de la dirección de APS del MINSAP, de la dirección provincial de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente (CITMA) y la dirección municipal del Partido Comunista de Cuba (PCC) en conocer las causas que subyacen en las quejas de la población respecto a los servicios de salud y la de los propios prestadores. Más recientemente la Dirección del MINSAP hizo el encargo a la ENSAP de estudiar las repercusiones de las transformaciones llevadas a cabo en el SNS, tanto en los usuarios de los servicios, como en sus prestadores, y el municipio Plaza de la Revolución continuó siendo de interés para este tipo de indagación científica.

Se debe tener en cuenta además, que el grupo de investigadores, son profesores de la Escuela Nacional de Salud Pública, que estuvo enclavada en este municipio, por lo que se mantienen estrechos vínculos de colaboración, lo que determinó la factibilidad y pertinencia del estudio.

Algunas manifestaciones de insatisfacción de la población con el médico de la familia, del propio médico con la labor que realiza, la reorganización de los servicios en la comunidad, los cambios ocurridos en la APS, y la necesidad de realizar acciones con vista a mejorar la calidad de la atención tanto a los usuarios como a los prestadores, motivaron la realización de esta investigación.

Resultaba necesario constatar la presencia, magnitud y características del DP en los médicos de la APS en el municipio, para buscar soluciones a nivel práctico, resolver este problema de salud y evitar que afectara a los profesionales, a los usuarios del servicio y a la organización. Con la investigación se pretende hacer un aporte a los conocimientos teóricos acerca del DP en médicos especialistas en MGI que laboran en la APS en Cuba.

Todo lo anteriormente explicado, permitió proponer y realizar una investigación que da respuesta a las siguientes **preguntas científicas y objetivos**:

¿Qué elementos caracterizan al Desgaste Profesional en estos especialistas?

¿Cómo se relacionan la autoestima y la personalidad resistente de los especialistas con el Desgaste Profesional?

¿Cuáles son las principales fuentes de malestar en el trabajo percibidas por estos profesionales?

## **OBJETIVOS**

1. Caracterizar el desgaste profesional en los especialistas en Medicina General Integral que laboran en la APS en el municipio Plaza de la Revolución, en los años 2007 y 2012 en virtud de variables sociodemográficas y laborales.
2. Identificar la relación existente entre el desgaste profesional y algunas instancias de la personalidad que lo modulan en estos especialistas.
3. Identificar las principales fuentes de malestar en el trabajo percibidas y los síntomas de estrés que reportan estos profesionales.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, la autora elaboró un proyecto de investigación ejecutado por un equipo multidisciplinario que dirigió durante varios años y que incluyó momentos de transformaciones llevadas a cabo en el SNS en los años 2007 y 2010. El proyecto se insertó en el Programa Ramal de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) del MINSAP.

La investigación realizada clasifica como aplicada, y constó de dos estudios: el primero en el año 2007 y el segundo en el año 2012, ambos en el mismo escenario, y transitaron por dos fases: una descriptiva, que permitió la caracterización del DP de forma global y por dimensiones en virtud de variables sociodemográficas y laborales.

La otra fase, analítica que posibilitó la asociación de las instancias de la personalidad: autoestima y personalidad resistente con el DP y se identificaron las fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los médicos, en los años 2007 y 2012.

En la investigación realizada en el año 2012, se identificaron además, los síntomas de estrés reportados por estos profesionales y se diseñó un estudio mediante el empleo de las herramientas de la investigación cualitativa con el objetivo de indagar en las fuentes, consideradas también como estresores laborales, que provocan en los especialistas la aparición de manifestaciones psicosociales que afectan su salud, así como las interacciones con las personas que demandan sus servicios. La triangulación de la información <sup>43, 44, 45</sup> se realizó según tipo de fuente de información y de informantes, para ello se aplicaron cuestionarios, se realizaron grupos de discusión <sup>46</sup> y se empleó la técnica: lluvia de ideas.<sup>47</sup>

**La novedad de este estudio** radica en la inexistencia de antecedentes investigativos que hayan evaluado la personalidad resistente y la autoestima de los médicos de la APS, como instancias de la personalidad que les permitan o no a estos profesionales, afrontar de manera efectiva las demandas cada vez más crecientes del entorno laboral en que se desarrollan.

Las razones que fundamentan la necesidad de este estudio son múltiples y están relacionadas con diferentes factores: los usuarios de los servicios de salud, el médico especialista en MGI como su prestador y los cambios, sobre todo de tipo organizacional, ocurridos durante los últimos años en la APS.

**Los aportes fundamentales de la tesis** apuntan al valor práctico, teórico y metodológico de la investigación que desde una perspectiva salubrista, centra la atención en el estudio del DP en los prestadores de los servicios de salud, poniendo de manifiesto la relevancia de este fenómeno como problema social y de la salud pública. La consideración de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), en los análisis que se realizan son esenciales, dada la incidencia del DP y sus consecuencias sobre el rendimiento laboral, la calidad de la atención a los usuarios de los servicios y el bienestar de los propios trabajadores de la salud, que demandan una mayor atención por parte del sistema.

Desde el punto de vista teórico, un aporte relevante es la propuesta de un modelo explicativo del DP en los especialistas en MGI, tomando como piedra angular la intersectorialidad, como respuesta social organizada que favorece el trabajo del médico en la comunidad y las condiciones para hacerlo. La

intersectorialidad, se convierte en un agente modulador, que puede incrementar el desgaste o amortiguarlo.

La introducción de los resultados en la práctica redundará sobre el comportamiento laboral y social de los propios médicos y sus pacientes. La información que aporta la investigación sobre las principales características personalógicas, sociales y organizacionales, asociadas al DP en los especialistas en MGI, y que influyen en su salud y bienestar, resulta de utilidad, en la medida que proporciona evidencia científica al Departamento de *APS de la Dirección de Asistencia Médica del MINSAP*, para adecuar y perfeccionar la organización laboral y mejorar las condiciones de trabajo. La identificación de los riesgos psicosociales relacionados con el DP de los médicos, sustenta la necesidad de desarrollar acciones preventivas con un enfoque intersectorial, lideradas por el MINSAP, en un intento de garantizar la efectividad del trabajo en este nivel asistencial que constituye la puerta de entrada y basamento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Con esta investigación además: a) Se delimitaron fundamentos teóricos, metodológicos y resultados de la investigación sobre el tema, los que han sido incorporados a los programas docentes de la formación de postgrado y b) La ejecución del proyecto contribuyó a la formación de recursos humanos en salud, con título de Máster en Psicología de la Salud, Salud Pública y al desarrollo de una tesis de doctorado en Ciencias de la Salud.

La investigación se corresponde con los objetivos de trabajo establecidos en la Primera Conferencia Nacional del Partido Comunista de Cuba, en lo referente a los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, aprobados en el VI Congreso del PCC,<sup>48</sup> en lo que concierne a la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación y Medio ambiente (V); L- 137; La Política Social (VI), los Lineamientos generales 140; 141; 142 y 143. Educación, los Lineamientos 145 y 152 y de Salud, el Lineamiento 154: "Elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la atención al personal de salud. Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios".<sup>48</sup>

Se trata de una investigación que, enmarcada en las ISSS, aporta información sobre los profesionales, los usuarios, y las organizaciones en el sistema de salud cubano, con el propósito de conseguir una adecuada calidad asistencial y consideración profesional, bajo el supuesto de que la satisfacción de los usuarios, está en estrecha relación con la de los profesionales, y de que se puede lograr una adecuada

calidad asistencial, si paralelamente se da un trato digno a los profesionales, tanto por parte de la administración como de los usuarios de los servicios de salud.

El informe de la investigación está estructurado en tres capítulos. En el primero se realizan algunas consideraciones teórico-metodológicas sobre el desarrollo histórico y tendencias actuales del DP. En el segundo se expone la metodología del trabajo para dar salida a los objetivos propuestos y en el tercero se muestran los resultados de la investigación, siguiendo el orden de los objetivos planteados.

Los resultados del proceso investigativo se han presentado en diferentes eventos científicos, en libros y en artículos de revistas cubanas.

## **CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DE LA CONCEPTUALIZACIÓN, EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL**

En este capítulo se fundamenta la evolución histórica y las nuevas tendencias en la conceptualización, evaluación y prevención del DP a partir de la revisión bibliográfica, tomando en cuenta los criterios de varios autores y los de la autora, de forma que permita el accionar metodológico y la comprensión de los resultados de esta investigación.

### **I.1. Antecedentes históricos y delimitación conceptual del desgaste profesional**

El constructo DP procede del estudio del anglicismo “burnout”. Este término surge como metáfora para describir una situación de agotamiento tras un período de esfuerzo y dedicación con altas demandas emocionales y se traduce literalmente por *apagarse, fundirse o agotarse*. Se emplea en el ámbito deportivo, en el estudio de las adicciones y en el lenguaje coloquial en diversos idiomas.<sup>49</sup>

Gil-Monte <sup>49</sup> afirma que diferentes denominaciones para un mismo fenómeno, pueden conducir a la idea de que se trabaja sobre cosas distintas y generar un debate de partida sobre cuál es la denominación más acertada, asevera además que en la literatura en español aparecen al menos diecisiete designaciones de este fenómeno.

Este autor, considerando el grado de similitud, propone la siguiente clasificación: a) las que toman como referencia el término original anglosajón burnout- síndrome de quemado-; b) las que se apoyan en el contenido semántico de la palabra o de la enfermedad -desgaste profesional, síndrome de cansancio emocional- y c) estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral - estrés laboral asistencial, estrés profesional. El número de denominaciones pudiera ascender hasta dieciocho según Gil-Monte, si se considera la -enfermedad de Tomás- o -síndrome de Tomás-, acepciones que fueron desestimadas por no existir similitudes con las principales características del síndrome. <sup>49</sup>

Aunque en la literatura se encuentran múltiples denominaciones para referirse al mismo fenómeno, en el presente trabajo se emplea el término *“Desgaste Profesional”*, por considerar, al igual que Gálvez, Moreno-Jiménez y Mingote Adán, que se adapta al modelo procesal postulado como marco teórico del que estos autores parten, además de que el término *“desgaste”*, define adecuadamente el carácter *progresivo y dinámico* del síndrome en la vida laboral de los profesionales y el calificativo *“profesional”*,

encuadra la consideración del mismo como un riesgo psicosocial del trabajo y focaliza su atención como objeto de análisis desde la salud laboral.<sup>50</sup>

En el estudio de este fenómeno se destacan las teorías clásicas representadas por autores como Freudenberger, Pines y Aaronson, Cristina Maslach y Susana Jackson y los modelos actuales liderados por Moreno-Jiménez, Gil-Monte y Peiró, Garrosa y Salanova.

El DP fue definido por primera vez, en 1974, por el psicoanalista alemán residente en Norteamérica Herbert J. Freudenberger,<sup>51</sup> como un conjunto de síntomas médico biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral debido a una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales denominados de ayuda, cuya actividad va dirigida hacia otras personas. Describe cómo ellas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, ofrecen un trato distanciado y cínico, con tendencia a culparlos de los propios problemas que padece. Para describir este patrón conductual homogéneo elige la misma palabra *-burnout-* que utilizaban también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso.

Cristina Maslach y Susana Jackson introducen en la literatura científica el término *burnout*, que es hasta hoy una de las conceptualizaciones más utilizadas y operativas mediante el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que caracteriza al síndrome por: a) *agotamiento emocional* o pérdida progresiva de energía, de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) *despersonalización* o desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado, y c) *falta de realización personal*, o tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con sentimientos y apreciaciones de baja autoestima profesional. Las tres dimensiones del síndrome tienden a presentarse especialmente entre profesionales que trabajan asistencialmente con personas y su evolución sería secuencial por lo que se pasaría del cansancio emocional a la despersonalización y posteriormente a la falta de realización personal.<sup>6,7, 52, 53</sup> Sin embargo, Golembiewski y Leiter plantean que no es necesario que esta secuencia tenga que producirse de una forma ordenada y opinan que el síndrome puede aparecer de forma aguda o crónica.<sup>54</sup>

Otra definición la proponen Pines, Aaronson y Kaffry,<sup>55</sup> cuando afirman que se trata de *"Un estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes"*. El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicósomáticas. El agotamiento emocional

incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo. Pines destaca la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, de la supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuado y del desarrollo de la carrera profesional, distingue un afrontamiento autorregulador eficaz directo e indirecto (por la búsqueda de soporte social), de otro pasivo e ineficiente, de escape, que lleva al burnout.

Cherniss <sup>56</sup> fue el primero en proponer que se trata de un desarrollo *continuo y fluctuante en el tiempo*: "Es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral". Describe en detalle tres fases evolutivas. En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir, se trata de una situación de estrés psicosocial. En la segunda, se produce un estado de tensión psicofisiológica y en la tercera, ocurre una serie de cambios conductuales, como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, con anteposición cínica de la gratificación de las propias necesidades al mejor servicio del cliente, por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y retirada personal.

Edelwich, se refiere a este síndrome como una *pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del propósito* de los trabajadores de ayuda, como resultado de las características de su trabajo frente a las demandas excesivas de los usuarios y junto a Brodski, proponen cuatro fases por las que supuestamente pasaría una persona en proceso de desgaste profesional: a) *entusiasmo*: caracterizado por elevadas aspiraciones y energía desbordante, un fuego abrasador sin miedo alguno que lo frene; b) *estancamiento*: aparece cuando las expectativas que se han elaborado no se presentan, al no poder expansionar el fuego del entusiasmo, la presión interna se hace sofocante; c) *frustración*: al no encontrar una salida al fuego del entusiasmo empieza a consumirse en el propio organismo y es cuando aparecen los problemas emocionales, físicos y comportamentales; d) *apatía*: el fuego estancado produce agotamiento que se manifiesta en un distanciamiento de las actividades laborales pudiendo llegar al abandono del trabajo.<sup>57</sup>

Brill,<sup>58</sup> expone una definición de burnout menos conocida y más precisa: "Es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, sino es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas"

En la evolución del constructo de DP hasta nuestros días, es obligado tomar en cuenta las propuestas que hacen extensivo el síndrome a todo tipo de profesiones y no solo a las asistenciales, por lo que se sustituye la dimensión de despersonalización por la de cinismo, ampliando así el síndrome de forma que la frialdad en el trato al paciente se reformula como una actitud cínica acerca del alcance del valor del propio trabajo y críticas generalizadas a la organización o institución a la que se pertenece, y la dimensión falta de realización personal es sustituida por la de ineficacia en el trabajo -tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, lo que implicaría una reducción de las creencias de eficacia y habilidad para realizarlo-.<sup>59, 60</sup>

La evolución del concepto de DP aplicable a cualquier ocupación, apunta entonces a que los elementos esenciales para establecer las diferencias no deben buscarse en el tipo de labor, ya sea de servicios o no, sino que deben encontrarse en las causas que lo originan y en sus manifestaciones.

El análisis de los postulados teóricos sobre el desgaste profesional permite afirmar, que a pesar de la gran variedad de definiciones sobre el constructo existen elementos coincidentes que lo identifican como: a) Un estado de *agotamiento emocional*; b) Resultado de las demandas en la relación con otras personas o con el propio trabajo, que desbordan las posibilidades de una respuesta eficaz; c) *Ocurre de manera solapada y silenciosa*, en individuos considerados supuestamente "sanos"; d) Aparecen alteraciones en la relación con los usuarios de los servicios y los propios compañeros de trabajo (*distanciamiento/despersonalización*); e) Surgen síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento y malestar general; f) Tiene consecuencias para la organización porque afecta el rendimiento laboral, para los usuarios porque disminuye la calidad del servicio que se presta, y para el propio sujeto por las vivencias de baja realización personal o de ineficacia profesional.

### **I.1. 2. Modelos procesales y explicativos del desgaste profesional**

La necesidad de explicar las causas y poner de manifiesto las consecuencias del DP, junto a la utilidad de integrarlo a marcos teóricos más amplios, originó la aparición de diversos modelos explicativos <sup>49</sup> que desde las teorías clásicas, pueden diferenciarse en tres perspectivas las cuales se han denominado convencionalmente: *proyección clínica*, *perspectiva psicosocial* y los *estudios socioculturales*:

La primera perspectiva considera el DP como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, en esta dirección se encaminaron los primeros trabajos de Freudenberg <sup>51</sup> y los de Pines y Aaronson,<sup>55</sup> quienes se centraron en describir manifestaciones somáticas percibidas por el individuo y fueron realizadas mayoritariamente en profesiones asistenciales mediante la realización de

entrevistas, estudios de caso y observaciones sistemáticas, que obedecen fundamentalmente a una metodología cualitativa.

La segunda, la perspectiva psicosocial, lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas. En esta orientación se ubican los trabajos de Maslach y Jackson, Golembiewski y cols., Leiter, Schaufeli y Dierendonck, Gil-Monte, entre otros.<sup>54, 61, 62, 63, 64</sup>

La diferencia entre las perspectivas consiste en que el DP como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un "etiquetamiento" (decir que alguien "está quemado" sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la conceptualización como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo. La tercera perspectiva hace referencia a factores del entorno social y cultural.<sup>65</sup>

Dentro de la perspectiva psicosocial se incluyen varios modelos explicativos entre los que se encuentran: un primer grupo basado en la teoría *sociocognitiva del yo*, que se caracteriza por otorgar mayor significado a variables cognitivas como elementos fundamentales en la percepción de la propia capacidad del sujeto, - como la autoeficacia, autoconfianza, el autoconcepto-. Entre los modelos más representativos de este grupo se encuentran el *de competencia social* de Harrison,<sup>66</sup> el de Cherniss<sup>67</sup> y el de Thomson y cols.<sup>68</sup>

Según Harrison,<sup>66</sup> la competencia y eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia poseen una elevada motivación para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo; sin embargo, en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera, que determinarán la eficacia del trabajador en la consecución de sus objetivos laborales. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Cuando aparecen factores de barrera que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el DP.

Para Cherniss,<sup>67</sup> existe una unión entre autoeficacia, compromiso con el trabajo y motivación de modo que los sujetos con altos niveles de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en situaciones de

amenaza. Sin embargo, la no consecución de las metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la "autoeficacia percibida" y por último al desarrollo del DP.

El modelo propuesto por Thompson y cols.<sup>68</sup> explica cuatro factores implicados en la aparición del DP y señala que la autoconfianza es esencial en ese proceso. Considera que las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, el nivel de autoconciencia, las expectativas de éxito personal y los sentimientos de autoconfianza, juegan un papel fundamental.

Un segundo grupo que contempla los modelos elaborados desde la teoría del *intercambio social*, consideran que el DP tiene su etiología en las percepciones de *falta de equidad o falta de ganancia* que desarrollan los individuos como resultado del proceso de *comparación social* cuando establecen relaciones interpersonales. Con relación a los procesos de intercambio social se identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa con relación a cómo debe actuar), la percepción de equilibrio entre lo que las personas dan y reciben en el transcurso de sus relaciones y la falta de control (posibilidades del individuo de controlar el resultado de sus acciones laborales). La relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo y por la orientación en el intercambio.<sup>49, 69</sup>

Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli<sup>70</sup> quienes proponen tres fuentes de estrés relacionadas con los procesos de intercambio social: la incertidumbre, considerada como la ausencia o falta de claridad en los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar; la percepción de equidad que hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones y la falta de control.

La teoría de "conservación de recursos" (TCR) de Hobfoll y Freedy<sup>71</sup> propone que el DP tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, entre otros) con los receptores de su trabajo y con otros miembros de la organización. Cuando de manera continuada los individuos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán el síndrome.<sup>72</sup>

Dicha teoría, plantea cuatro categorías principales de fuentes de recursos: (a) recursos objetos (casa, vehículos), (b) recursos de condición (estatus socioeconómico, papel calificado en el trabajo), (c) recursos personales (autoestima, autoridad), y (d) recursos energéticos (dinero, tiempo, crédito) que están valorados por el individuo y que sirven como medidores en la obtención de metas. Así, el estrés experimentado es más propenso a ocurrir cuando hay una pérdida de recursos, una amenaza percibida de pérdida de recursos, una situación en la que los recursos de uno se perciben como inapropiados para cubrir las demandas del trabajo, o el retorno anticipado o no obtenido de la inversión en recursos.<sup>73</sup>

El tercer grupo considera los modelos elaborados desde la Psicología Organizacional, incluyendo como antecedentes las disfunciones de rol, el apoyo social, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas que determinarán la aparición y desarrollo del DP. Los principales modelos son los de Golembiewski y cols.<sup>64</sup> y Winnubst y Schaufeli <sup>72, 74</sup>

Los primeros autores,<sup>64</sup> consideran que es una respuesta al estrés laboral y que en el proceso los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con el trabajo porque les genera estrés y tensión. Para estos autores los principales estresores están relacionados con la sobrecarga laboral y la pobreza de rol y consideran que el DP puede desarrollarse en cualquier tipo de trabajo.

Winnubst y Schaufeli <sup>74</sup> resaltan la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome, considerando que los antecedentes del DP varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social, esta última variable es considerada en el modelo como fundamental a la hora de proponer intervenciones para la prevención del DP.

El modelo elaborado por Cherniss,<sup>56</sup> sugiere que el DP surge cuando los individuos se enfrentan a altos niveles de estrés laboral durante un tiempo prolongado, interactuando las características del trabajo (sobrecarga, autonomía, supervisión, estimulación), con las del individuo (orientación profesional, factores extralaborales como apoyo social y necesidades ajenas al trabajo), lo que ocasiona dudas sobre la competencia, problemas con los usuarios y como consecuencia, irritabilidad y fatiga. Al “desconectarse” el individuo del trabajo, desarrolla actitudes y conductas de cinismo, apatía y rigidez. La disminución de la implicación laboral, la baja responsabilidad por los resultados, la pérdida del

idealismo/realismo y el distanciamiento emocional, van caracterizando el proceso de aparición del DP. Otros modelos explicativos desde la psicología laboral, son los propuestos por Gil-Monte<sup>65, 69</sup> y Moreno-Jiménez y sus colaboradores,<sup>75, 76, 77, 78</sup> quienes debido a las insuficiencias en los modelos anteriores desarrollaron alternativas teóricas a las presentadas hasta ese momento.

Moreno y cols.<sup>75-78</sup> desde sus primeras aproximaciones teóricas al tema, han propuesto un modelo de análisis del DP como proceso y transacción, vinculado a situaciones de estrés crónico que aparece en función de la vulnerabilidad o resistencia del sujeto y de su capacidad para abordar de una manera activa y positiva las fuentes potenciales de estrés que surgen del contexto organizacional y de las características de la tarea. Han centrado los análisis en la importancia que cobra la especificidad de cada grupo profesional y el desarrollo de instrumentos específicos de evaluación que suponen la inclusión de variables sociales, laborales, de la tarea y relacionales.<sup>79</sup>

Gil-Monte,<sup>80</sup> tomando como referencia la teoría de las actitudes de Eagly y Chaiken, concluye que el proceso de DP incluye variables cognitivas y emocionales que aparecen como mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales como resultado del afrontamiento desarrollado por los profesionales.

Más recientemente Gil-Monte,<sup>72</sup> ha propuesto considerar junto a los tres grupos de aproximaciones teóricas ya mencionados, otras dos de desarrollo más reciente:

El cuarto grupo o enfoque interaccionista, considera de manera conjunta las variables propuestas por los modelos anteriores y variables individuales. En esta aproximación ha tenido especial relevancia la incorporación de la personalidad resistente o *hardiness* como variable con un efecto directo sobre el DP desarrollado por Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang y González, o con un efecto modulador sobre la relación entre fuentes de estrés y niveles del DP, Moreno-Jiménez, Morett, Rodríguez-Muñoz y Morante.<sup>72, 81</sup>

Un quinto grupo o aproximación al estudio de las causas y consecuencias del DP tiene como punto de partida el Modelo de Demanda-Control de Karasek,<sup>82</sup> este autor considera que los niveles de estrés laboral dependen de dos atributos del desempeño de la tarea: uno, relacionado con las demandas psicológicas de la misma, entendidas como la sobrecarga de trabajo, el grado de dificultad, o las presiones temporales, y otro, con la posibilidad que tiene el trabajador de ejercer influencia y control sobre su situación laboral.

El modelo establece que las reacciones de tensión psicológica negativas (fatiga, ansiedad, depresión, y enfermedad físicas) ocurren cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son grandes y la posibilidad de toma de decisiones es escasa. La inclusión del apoyo social es considerada como una variable que amortigua el efecto del estrés sobre la salud.<sup>83</sup>

Los modelos presentados son integradores y proponen una perspectiva procesal que considera necesario no solo el análisis del síndrome, sino también los antecedentes que provienen de la tarea, la organización y el entorno social que afecta a la población estudiada y las consecuencias sociolaborales que pueden desencadenar. Se considera además, el papel activo del sujeto como ser proactivo ante su salud con capacidad de autorregulación y los mecanismos mediante los cuales puede actuar sobre el DP.

El presente trabajo, dentro del enfoque psicosocial, asume el DP como una respuesta al estrés laboral crónico que se produce por un fallo en las estrategias habituales de afrontamiento, manifestándose como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, en la que las variables organizacionales y sociales son mediatizadas por las psicológicas, mediante las cuales se perciben, dan significados, afrontan y se responden de manera negativa a las relaciones con los usuarios de los servicios de salud y a sus familiares, y a las exigencias de la organización.

Esta autora, a partir de los resultados investigativos de más de tres lustros de trabajo en el tema, asume como desgaste profesional: *“una afección de carácter procesal, con tendencia a la cronicidad, que surge como resultado de los afrontamientos inadecuados a las exigencias del entorno laboral, que mediatizados por las características psicológicas del sujeto, determinan el tipo de relación con los equipos de trabajo, con los usuarios de los servicios de salud y sus familiares, con un costo para su salud emocional y física, su realización profesional y para la organización”*.

### **I.1.3. Variables moduladoras y desencadenantes del desgaste profesional**

Diferentes autores han tratado de identificar los factores de riesgo laborales considerados antecedentes (desencadenantes y moduladores), proponiendo las categorías: a) Antecedentes del entorno social de la organización, b) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto, c) Desempeño de rol, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, d) Nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales, y e) Fuentes extra-organizacionales de estrés laboral.<sup>50</sup>

Los antecedentes del entorno social de la organización, se sustentan en la idea de que las organizaciones son formaciones sociales que están relacionadas con el comportamiento de los trabajadores, las interacciones entre los individuos, entre los grupos, y entre estos y las estructuras formales.<sup>79</sup> Existen dos grandes grupos dentro de los estresores del entorno social. El primero está relacionado con los cambios sociodemográficos que generan el incremento de la esperanza de vida y por tanto una mayor ocurrencia de enfermedades con alta morbilidad y mortalidad, lo que produce saturación de los servicios de salud y contactos interpersonales más prolongados. El segundo se refiere a los cambios por pérdida del liderazgo, modificaciones en la cultura de la población, la sociedad de la queja, el prestigio social de la profesión y el deterioro de la comunicación.<sup>49</sup>

El ambiente físico de trabajo y el contenido del puesto, agrupan un conjunto de estresores como: ruido, iluminación, vibraciones, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio, sobrecarga, y turnos rotativos.

El estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera hace referencia a la ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con los jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión en el grupo y desarrollo profesional.

En este nivel, el DP está asociado a la interacción del individuo y su ambiente de trabajo inmediato. De manera general, se ha convenido en hacer evidente el desequilibrio psicológico debido al peso excesivo por las obligaciones profesionales en relación con los recursos o fuentes de bienestar y de motivación. El análisis de este desequilibrio se ha efectuado mediante diversos modelos teóricos entre los que se halla el modelo de desequilibrio "esfuerzo-recompensa" de Siegrist.<sup>6, 7, 72, 84</sup>

Este modelo, citado por Gil-Monte,<sup>7, 72</sup> define las condiciones de riesgo laboral, cuando existe un desajuste debido a la existencia de una alta carga de trabajo junto a bajas recompensas.

Con respecto al modelo de Karasek,<sup>82</sup> el de Siegrist sustituye el concepto de *control* por el de las *recompensas*, que el individuo percibe que le ofrece su puesto de trabajo. Ello supone que el nivel de estrés deriva del desequilibrio entre la carga de trabajo y las recompensas, debido a que no se cumplen las expectativas de reciprocidad e intercambio justo, en un área muy importante de la vida social como es la actividad laboral. Ese desequilibrio influye negativamente sobre algunos aspectos del sí mismo, como la autoestima y la autoeficacia, y sobre la percepción de un estatus social merecido; de manera que el trabajo pierde su función de regulación emocional y motivadora basada en la reciprocidad.<sup>6, 7, 72</sup>

En la mayoría de las investigaciones, las principales exigencias relacionadas con la aparición del DP han sido los problemas del estrés de rol (conflicto, ambigüedad y sobrecarga). El conflicto de rol se refiere a la coexistencia de exigencias opuestas y difícilmente conciliables, cuando no contradictorias, que se pueden pedir a la realización de una tarea o trabajo, es un predictor del componente emocional.<sup>85, 86</sup> El conflicto de rol también puede producirse cuando el desempeño laboral resulta incompatible con el familiar.<sup>72, 87</sup>

La ambigüedad de rol está relacionada tanto con la incertidumbre de las exigencias de la propia tarea y de los métodos o formas con las que debe ser ejecutada, como con la ambigüedad sobre los resultados conseguidos, de forma que se ignora si el trabajo se está efectuando conforme a las exigencias requeridas y a las expectativas depositadas en la persona, de modo que la ambigüedad de rol se convierte en un predictor del componente cognitivo-actitudinal -baja realización personal-. La sobrecarga se relaciona con el exceso de trabajo o la lucha imperiosa contra los plazos del mismo, la falta de tiempo personal para acometer las diferentes tareas que le han sido asignadas. El profesional debe realizar un esfuerzo cuantitativo y (o) cualitativo para satisfacer las demandas exigidas.<sup>86, 87, 88, 89</sup>

Los estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales se refieren al cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación, autonomía y supervisión. Según Román-Hernández, citando a Benach, Muntaner y Benavides, los factores psicosociales tales como: las nuevas demandas de una más elevada productividad y habilidades de los trabajadores para el empleo de nuevas tecnologías, y la pérdida del control sobre el trabajo están amenazando la salud física y mental de los trabajadores.<sup>89</sup>

Las fuentes extra-organizacionales de estrés laboral relacionados con el ámbito familiar pueden ser múltiples, su relación con el desarrollo y decursar del DP se sustentan en que agravan la presencia de estresores laborales ya existentes. Al analizar el conflicto trabajo-familia puede observarse que en ocasiones el desempeño de un rol laboral influye negativamente en el entorno familiar: el excesivo compromiso con el trabajo puede suponer largas jornadas, la realización de tareas laborales en la casa, -llenado de historias clínicas, certificados, preparación de clases-, entre otras.<sup>86, 88, 90, 91</sup>

El apoyo social se ha considerado una variable moduladora del agotamiento emocional y de la despersonalización, de modo que juega un papel tanto preventivo como interventivo y su mejora resulta factible allí donde otros aspectos organizacionales no pueden ser modificados. Kahill<sup>92</sup> ha subrayado que

el apoyo social, bien sea entendido de una forma institucional o informal, es capital en las respuestas del sujeto a las demandas estresoras y sus efectos. Junto al apoyo social, las implicaciones en actividades externas al trabajo, las relaciones personales y familiares, las actividades de ocio y los compromisos sociales, juegan un papel importante en la resistencia del sujeto al DP.<sup>92, 93, 94</sup>

En ocasiones, el carácter de las relaciones sociales tiene mayor importancia que los propios recursos del trabajador o los que pone la institución a su disposición para ejecutar adecuadamente su trabajo. Si no se siente bien, ¿puede contar con que otros le sustituirán?, si comete un error, ¿puede contar con otros que lo comprenderán y le ayudarán a rectificarlo? Un aspecto cardinal entre los antecedentes, está relacionado con la persuasión social y las presiones del grupo, éstas pueden influir en el cambio de actitudes y debilitar las creencias de eficacia de los individuos.<sup>95</sup>

Estudios realizados en la APS en Cuba y en España, señalan factores de riesgo o desencadenantes del DP, tales como: inadecuado ambiente físico de trabajo, tipo de profesión, desarrollo de la carrera y puesto de trabajo inapropiados, medios tecnológicos modernos, disfunciones en el desempeño de roles, pocas oportunidades de decisión y realización personal, falta o inadecuado apoyo social, sobrecarga de trabajo, pacientes difíciles, poco tiempo por paciente, bajos salarios, calidad de las relaciones en el equipo, realización de guardias, competitividad, necesidad de estar al día, burocracia y el trato directo con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales se trasladan al médico quien se ve involucrado en un proceso continuo de intercambio social que genera incertidumbre respecto a los límites de la relación, lo que provoca contagio emocional.<sup>25,29, 96, 97</sup>

Las investigaciones demuestran que hay personas más vulnerables que otras a desarrollar el síndrome, lo que se explica a través de factores personales. Las *variables facilitadoras de DP* pueden ser sociodemográficas, los afrontamientos y la personalidad. Entre las variables sociodemográficas y laborales, se citan el sexo, la edad, estado civil, existencia o no de hijos, antigüedad en el puesto de trabajo y en la profesión.

En cuanto al sexo, aunque los resultados no son concluyentes y parecen influidos por características de los estudios (muestras, instrumentos, país, cultura), se plantea que los hombres tienen mayores puntuaciones de despersonalización que las mujeres. Se explica que esas diferencias son condicionadas por los procesos de socialización y aprendizaje de los roles masculino y femenino y por los perfiles y requisitos de distintas ocupaciones.<sup>97, 98</sup>

A mayor edad parece tenerse menos DP, quizás porque estos profesionales han desarrollado mejores afrontamientos y expectativas profesionales más realistas. Estos resultados son similares a los de antigüedad de rol y en la profesión: los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos, por lo que tienen mayor riesgo de padecer DP.<sup>62,87,88,97</sup> Con respecto al estado civil, los investigadores han obtenido que los casados o con relaciones estables de pareja, sufren menos el síndrome, no obstante, lo que parece influir es el apoyo sociofamiliar recibido por el cónyuge o pareja, y la satisfacción o insatisfacción en la relación.

Leiter<sup>99</sup> ha planteado que la vida en familia puede hacer más expertas a las personas en el tacto con los demás y sus problemas. Se ha encontrado que los que tienen hijos, son más maduros, tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva laboral diferente, los que no tienen, usan más el trabajo como fuente de vida social, se implican excesivamente con sus compañeros del ámbito laboral y aumenta el riesgo a padecer el DP.

#### **I. 1. 4. Instancias de la personalidad moduladoras del desgaste profesional**

En la estructura de la personalidad ocupan un lugar importante las instancias reguladoras, que como su nombre lo indica, regulan el comportamiento. Dentro de ellas se encuentran la autovaloración o autoestima, los estilos de afrontamiento, los intereses, las motivaciones, entre otras.<sup>100</sup>

Las estructuras complejas o patrones funcionales de la personalidad que más se han relacionado con la modulación del DP son: el "tipo A de personalidad", el locus de control, los estilos atribucionales, la llamada "personalidad resistente" y las variables referidas al sí mismo (autoestima, autoconfianza, autoeficacia).<sup>62</sup>

La autoestima es una formación psicológica reguladora que se forma sobre la base de la autoconciencia. Son los contenidos que el hombre valora de sí mismo, sobre todo de aquellos aspectos de la personalidad que expresan sus principales motivos, los que implican movilización de todo su potencial en su consecución. La reflexión del sujeto sobre sí mismo estará orientada hacia aquellas cualidades, capacidades, intereses o potencialidades vinculadas a la consecución exitosa de los fines que responden a sus principales motivaciones.<sup>100</sup>

Es una expresión cognitiva porque se expresa en forma de conceptos, valoraciones, juicios, categorías; que implica siempre una reflexión del sujeto sobre la actividad que realiza partiendo de sus contenidos autovalorativos y el producto de esa reflexión se expresará, tanto en forma de valoraciones conscientes

como en forma de vivencias, que muchas veces pueden ser concientizadas con la personalidad. Está relacionada con la valoración de los demás, con la actividad y la comunicación.<sup>100</sup>

El nivel de adecuación de la autovaloración está dado por la relación entre las aspiraciones y las posibilidades reales, así por ejemplo: la sobrevaloración se da cuando el nivel de aspiraciones está por encima del nivel de posibilidades reales, mientras que una valoración adecuada es la relación armoniosa entre ambas y una subvaloración cuando el nivel de aspiraciones está por debajo del nivel de posibilidades.<sup>100</sup>

Las personas que experimentan un sentimiento de valía hacia sí mismas, están en ventaja de potenciar su salud, su adaptabilidad social y capacidades productivas, percibiendo mayor autoeficacia y menor DP. La autoestima actuaría como un factor con influencia directa sobre la realización personal e indirecta sobre los otros componentes del síndrome. Probablemente lo que ocurre, es que las personas con una elevada autoestima y autoconcepto profesional, están claramente orientadas hacia una meta, lo que disminuye los contratiempos emocionales y personales que puedan tener.<sup>39</sup> Los sujetos optimistas tienden a interpretar las situaciones amenazantes en forma más positiva, usan afrontamientos más eficaces y desarrollan menor ansiedad<sup>87, 101, 102</sup>

La relación entre la autovaloración y el nivel de aspiraciones ha sido relacionada por algunos autores con mecanismos de autorregulación de la personalidad y por otros como estrategias de afrontamiento.<sup>100</sup>

Respecto a las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales de la salud se han hallado efectos moduladores del DP. Los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema, presentan menos DP que los individuos que utilizan estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción. De ahí la importancia que se le concede a modificar los afrontamientos mediante estrategias de intervención basadas en programas para la solución de problemas, entrenamiento de la asertividad o manejo eficaz del tiempo. Las estrategias cognitivas de afrontamiento son empleadas para modificar la valoración inicial y también la emoción experimentada.<sup>69, 103</sup>

En este sentido, otros estudios señalan también la influencia en el DP de la inadecuada formación profesional, los excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional y escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que van a desarrollar el trabajo.<sup>104, 105</sup>

Aunque el origen del síndrome se sitúe en las variables organizacionales, parece claro que las variables de la personalidad ejercen una influencia incuestionable en el proceso de desarrollo del mismo.

Diversos autores han señalado que no todas las personas se ven determinadas de igual forma por los estresores psicosociales, ni responden del mismo modo ante situaciones de estrés laboral, existiendo gran variabilidad al respecto. Por ello el estudio de las variables de personalidad positiva en relación con el DP constituye una tendencia emergente.<sup>106, 107</sup> Los hallazgos realizados por los investigadores sobre el DP van en dos direcciones fundamentales: la predisposición al DP de algunos rasgos del carácter y cualidades aisladas de las personas, y el papel modulador de determinadas cualidades o patrones funcionales de la personalidad, por efectos directos o indirectos.

Según Gil-Monte y Peiró,<sup>62</sup> las personas empáticas, sensibles, humanas, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas y susceptibles de identificarse mucho con los demás son más proclives al DP. También se ha planteado que se asocian significativamente al DP la ansiedad-rasgo, la adicción al trabajo entre otras cualidades.

Respecto a la personalidad resistente se exponen las concepciones teóricas de las que se parten en este trabajo.

El constructo Personalidad Resistente (PR), deviene como modulador del DP.<sup>108, 109</sup> Propuesto por Kobasa y Maddi<sup>110</sup> consideran al individuo como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus acciones en la vida, como un inevitable cambio asociado a situaciones de estrés. Plantean tres conceptos relevantes en este enfoque: *compromiso*, *control* y *reto* que se manifestarían en ocasiones difíciles.

Las personas con compromiso participan en todas las actividades que les presenta la vida (el trabajo, las relaciones interpersonales y las instituciones sociales), tienen un reconocimiento y la apreciación personal de las metas y habilidades de tomar decisiones y mantener los valores, poseen un conjunto de propósitos personales que les posibilita mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante en un área específica de la vida, se preocupan por los demás y perciben que son tenidos en cuenta.

*El control* se especifica como la cualidad de pensar y actuar con la convicción de que se influye de manera personal en el curso de los acontecimientos. Las personas con control, suelen hacerles frente y en consecuencia manejan los estímulos en su propio beneficio, asumen con autonomía e intencionalidad los estímulos estresantes, sienten que son capaces de actuar de forma efectiva por

cuenta propia e interpretan los eventos estresantes y los incorporan dentro de un plan de metas personales, transformándolos consistentemente según su sistema de valores.<sup>110, 111, 112, 113</sup>

Finalmente, el *reto* es definido como la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida; estas personas perciben el cambio como una fuente de nuevas experiencias, como una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal; por ende, centran sus esfuerzos en cómo asumirlos (el autocontrol emocional no es necesario en esta situación porque no se percibe el cambio como una amenaza a la propia seguridad), tienen flexibilidad cognitiva y una tolerancia a la ambigüedad, logran percibir e integrar efectivamente la amenaza, por lo que los esfuerzos pueden volcarse en el afrontamiento efectivo y en la búsqueda de recursos.<sup>111,112, 113, 114</sup>

Son dos las vías a través de las cuales el componente reto proporciona estados saludables: una directa, que radica en la percepción positiva del cambio y otra indirecta, referida a que no se dedican esfuerzos cognitivos a la percepción de amenaza y los esfuerzos pueden invertirse en el afrontamiento eficaz en la búsqueda de recursos.

El constructo PR ha sido propuesto como un modulador que reduce la probabilidad de experimentar DP. Algunos investigadores encontraron en sus estudios que a mayor PR se presentaba menos DP.<sup>14, 114</sup>

### **I.1.5. Desgaste profesional en personal de la salud, principales consecuencias**

Los estudios realizados reportan que son los profesionales de la salud los más afectados por el DP. Las investigaciones muestran que la vida del médico puede ser personalmente satisfactoria y profesionalmente valiosa. El médico está ubicado en una posición social en la que puede ganarse el respeto de sus colegas, la admiración de sus pacientes y desarrollar una rica vida intelectual y emocional. Sin embargo, según Mingote-Adán entre un 10 y un 20 % de estos profesionales están emocionalmente perturbados.<sup>115</sup>

Si se consideran las tasas de morbilidad y mortalidad de las profesiones como indicadores indirectos de los niveles de estrés de las diferentes ocupaciones, se observa que las tasas de suicidio en la clase médica son tres veces más altas que las de la población general, el número de cirrosis es igualmente tres veces más elevado y los accidentes de tráfico dos veces superior. Las tasas de alcoholismo y el abuso de drogas son igualmente más altas que en la población general.<sup>116, 117</sup> Margison, menciona un estudio llevado a cabo por Watterson, que entre 3575 médicos encontró que el 27 % tenía un diagnóstico de alcoholismo o de dependencia a las drogas y el 50 % de un desorden afectivo (depresión o ansiedad).<sup>116</sup>

Prieto Albino y colaboradores, <sup>25</sup> en un estudio sobre burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres-España, determinan que un 50 % presenta alteraciones psicofisiológicas en los tres meses previos; el 33 % soporta mucha burocracia. Las alteraciones en la esfera familiar y sociolaboral se asocian con los niveles elevados de despersonalización y cansancio emocional.

En el ámbito latinoamericano, investigaciones realizadas en varios países reportan una alta prevalencia del DP, en Chile se registra un 30 % en profesionales de salud en los niveles primario y secundario de atención.<sup>65</sup> Más recientemente, una investigación transnacional, que incluyó a profesionales sanitarios de Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia Uruguay, Guatemala, El Salvador y España, aporta información sobre la manifestación del DP en estos especialistas, poniendo en evidencia que las mujeres presentaban mayor Cansancio Emocional que los hombres, ubicándose en el nivel alto de CE un 12 % mayor que los hombres, respecto al país de residencia de los profesionales de la salud el valor medio más alto de CE se observó en Argentina, seguido de España.<sup>118</sup>

En Cuba, los resultados apuntan hacia una elevada prevalencia del DP en los profesionales de la salud, apreciándose diferencias entre ellos según el nivel de atención: primario, secundario, terciario, y el tipo de servicio donde se encuentran insertados: oncología, quemados, cuidados intensivos, dermatología, de modo que los especialistas que laboran en la APS puntúan más alto que los médicos que trabajan en hospitales e institutos, y de estos últimos se aprecian diferencias significativas entre los que deben atender a determinados pacientes como los oncológicos, con VIH/sida o críticos. También ha quedado demostrada de manera significativa las diferencias entre médicos y enfermeras respecto a la presencia del DP.<sup>30-35, 87, 88, 119, 120</sup>

Se han expuesto tres tipos de ideas sobre la práctica médica, que internalizadas propician la aparición de los problemas de estrés: a) la consideración de que los profesionales de la salud no tienen necesidades personales; b) de que la dispensa de los cuidados de salud debe ser inmediata, de forma que se esté disponible en todo momento a los pacientes y c) la idea de que los profesionales de la salud deben estar en condiciones de poder obtener siempre resultados y responder a las demandas de los pacientes.<sup>121</sup>

Otro aspecto típico en los médicos, es su resistencia a pedir ayuda por considerarlo como un signo de debilidad personal que dañaría a la ecuanimidad y el equilibrio que parecen ser características sociales que le son atribuidas a estos profesionales.<sup>122</sup>

La comunicación con los pacientes suele ser otra de las preocupaciones más importantes de los profesionales de salud, llegándose a considerar una fuente en la génesis del DP. Las dificultades de los pacientes en expresar sus temores y dudas y la dificultad del personal sanitario para expresar humana y técnicamente unos datos, suelen coincidir y agravar la comunicación entre pacientes y personal médico. La comunicación de "las malas noticias" suele ser uno de los momentos delicados que provocan mayor carga de tensión y angustia, hasta el punto que puede llegar a evitarse y dejarse sin hacer.<sup>122</sup>

Otro elemento problemático del contacto directo, es el trato con los familiares de los pacientes. Frecuentemente, el estado emocional de los familiares está más alterado que el del mismo paciente, por lo que cabe esperar mayores exigencias de explicaciones y justificaciones. El sentido habitual de sentirse responsables por sus enfermos, lleva a la familia a presentar reclamaciones descontextualizadas. Un ejemplo de esta situación es la relación que se establece entre los médicos de familia y los usuarios de los servicios de salud, dadas las características de la APS en Cuba, el médico vive en la comunidad, por lo que en muchas ocasiones los límites entre el espacio laboral y el personal se suprimen, de modo que la proximidad emocional y la implicación en los problemas de su comunidad son intensos, dejando poco espacio para sí mismos.

Las consecuencias del DP pueden ser físicas, emocionales, conductuales y sociales, aunque en su mayoría suelen centrarse en manifestaciones psicofisiológicas, en la pérdida de la eficacia laboral, y en alteraciones de la vida social y familiar.

El DP ha sido asociado habitualmente a consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales y solamente de forma genérica a problemas médicos y de salud en general, en este caso particular las asociaciones entre el síndrome y la falta de salud no han sido significativas cuando esta última se estima a partir de la frecuencia de asistencia a consulta médica, lo que sugiere un potencial aumento de su nocividad, al dilatarse el tiempo de decisión en la búsqueda de ayuda por molestias y síntomas que no son atribuidos a un cuadro clínico que amerite atención.<sup>122</sup>

Efectos psicofisiológicos encontrados en los profesionales de la salud, han sido los problemas sexuales, las perturbaciones del sueño, los cambios de peso y enfermedades menores como catarros, dolores de cabeza y dolores musculares, referidos sobre todo a la zona lumbar. Otro tipo de deterioro médico, es el caracterizado por irritabilidad, dificultad para concentrarse, susceptibilidad, despersonalización y déficit de memoria, que tiene entre sus causas el estrés al que se siente sometido el médico.<sup>75, 85, 122</sup>

Todo ello se asocia a actitudes y conductas negativas lo que produce agotamiento emocional, generando deterioro de las relaciones y aumento de los conflictos en el marco extralaboral. Los sujetos afectados tienen problemas familiares, en el hogar se muestran impacientes, fríos, despreocupados e irritables y sus familiares se ven obligados a manejarlos, los conflictos pueden llevar a enfrentamientos matrimoniales y a la separación.<sup>123</sup> Vincent <sup>124</sup> sugiere que las relaciones maritales desajustadas en los médicos pueden ser fácilmente debidas a las presiones del trabajo que resultan incontrolables como resultado de la incapacidad del médico de controlar la situación a través de la clarificación de valores y la toma de decisiones apropiadas.

Uno de los problemas quizás más graves que aparecen como consecuencia del DP, es la pérdida de la calidad del propio trabajo profesional. Los trabajadores insatisfechos, no motivados y sometidos a estrés son propensos a tener más problemas de salud. Las personas enfermas tienden a ser menos productivas, a faltar con mayor frecuencia al trabajo y a sentir más inclinación por cambiar de empleo.<sup>125</sup> Otras manifestaciones son los efectos adversos en la prestación de cuidados médicos y una disminución en la capacidad de atender a las urgencias que se presentan. <sup>122,115</sup>

La principal consecuencia de los efectos del DP está en esta línea, en la medida que suele generar cambios en las actitudes, en los estados de ánimo, en las conductas que normalmente entrañan consecuencias en el rendimiento de los servicios sanitarios y en la calidad con que se prestan.<sup>126</sup>

El DP tiene consecuencias en la calidad de vida laboral de los profesionales que ejercen los trabajos de asistencia y en la calidad de la atención y cuidados recibidos por los beneficiarios de su trabajo. Juega un papel importante en la insatisfacción laboral, en el ausentismo, en la rotación de los puestos de trabajo y en general en la eficacia de las instituciones de salud. Resulta dañino para las organizaciones, la pérdida funcional parcial de profesionales cuya formación es el resultado de una inversión económica y de tiempo.

De ahí que la magnitud del DP sea merecedora de atención como un problema de salud pública, pues al desarrollarse el síndrome fundamentalmente en las profesiones de servicio que desarrollan su actividad laboral hacia otras personas, las consecuencias que de ellas se derivan, pueden ser consideradas como una amenaza para la salud de la población.

#### **I.1.6. La evaluación del desgaste profesional. Principales instrumentos utilizados**

La evaluación es un proceso inherente a la actividad científica, necesaria para describir, controlar y tomar decisiones respecto a los fenómenos que se estudian. En el caso particular del DP, ha quedado

demostrada la necesidad de la evaluación del síndrome para identificar su prevalencia, las variables que actúan como antecedentes, moduladoras, o desencadenantes, y para desarrollar acciones encaminadas a su prevención y manejo.

En un primer momento el proceso de evaluación transitó por varias etapas: las observaciones clínicas, entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas, escalas autoclasificadoras y cuestionarios sin estudios empíricos ni psicométricos. Se trató de una fase clínica en todos sus aspectos, centrada en la observación de los hechos y en sus consecuencias.

Posteriormente, hicieron su aparición variadas escalas o instrumentos como los propuestos por Pines y Kafry en 1978, entre ellos la "Tedium Scale", a la que más tarde denominaron "Burnout Measure" (BM).<sup>49,62, 127</sup>

En la década de los ochenta aparecieron otras propuestas para la evaluación del DP que han trascendido por su robustez psicométrica y por el número de investigaciones que se han realizado con ellas, estas son además del BM, el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP), y el Maslach Burnout Inventory (MBI).<sup>49</sup> Gran parte de la historia de la investigación sobre este constructo ha sido la de su evaluación.

El Maslach Burnout Inventory (MBI), es el cuestionario más utilizado para la evaluación del DP, para entender el impacto de este instrumento sobre la investigación del síndrome, es necesario mencionar que la aparición del MBI como técnica e instrumento de evaluación constituyó el hecho diferencial que marcó el paso de un período inicial de formulación a otro riguroso y sistemático. La definición que se ha impuesto para delimitar conceptualmente al síndrome se corresponde con las dimensiones del MBI propuesto por Cristina Maslach y Susana Jackson.<sup>52,53</sup>

A mediados de la década de los 90 se publicó una nueva versión del cuestionario MBI, el MBI-GS (General Survey),<sup>59</sup> que pasó a denominarse posteriormente MBI-HSS (MBI-Human Services Survey), su aparición se justifica por la presencia de síntomas de DP en profesionales ajenos al sector de los servicios, lo que conllevó a una redefinición del DP, que pasa a ser concebido como una crisis en la relación entre el individuo y el trabajo y no exclusivamente una crisis del individuo con las personas de su trabajo. Con esta propuesta se mantiene la subescala de agotamiento emocional, la de cinismo reemplaza a la de despersonalización y la de realización personal es sustituida por la de eficacia profesional.

El MBI en sus diferentes versiones se consolidó como instrumento de excelencia para la evaluación del DP en la década de los ochenta y noventa del siglo pasado; Sin embargo, en los últimos años se han obtenido resultados contradictorios sobre su validez y fiabilidad sobre todo en la escala para evaluar despersonalización/cinismo que presenta problemas psicométricos.

El hecho de que en la actualidad se hayan incorporado al estudio del DP un gran número de países latinoamericanos como: Argentina, México, Chile, Brasil, Venezuela y Uruguay, supone la necesidad de instrumentos de evaluación y modelos de intervención, junto al surgimiento de nuevas realidades laborales que contribuyen al estudio del síndrome.<sup>49, 128</sup>

Entre los diferentes instrumentos que han sido creados a través de los años para evaluar el burnout se encuentran: el Gillespie-Numeroff Burnout Inventory;<sup>129</sup> el Perceptual Job Burnout Inventory;<sup>130</sup> el Meier Burnout Assessment (MBA);<sup>131</sup> el Mattews Burnout Scale for Employers (MBSE);<sup>132</sup> el Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS);<sup>133</sup> el Work Related Strain Inventory,<sup>134</sup> entre otros.<sup>135</sup>

Particular importancia han tenido para Iberoamérica los cuestionarios elaborados en España, como la Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB) de García y Velandrino,<sup>136</sup> el Cuestionario de Burnout del Profesorado Revisado (CBP-R) que ha sido traducido al portugués y ha tenido varias aplicaciones en Latinoamérica y España,<sup>128, 137</sup> el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), de Gil-Monte.<sup>80, 138</sup> De menor uso en estas regiones han sido el Inventario de Burnout de Psicólogos.<sup>77, 139</sup>

La experiencia cubana en la evaluación y estudio del DP, se basa fundamentalmente en la propuesta realizada por Moreno-Jiménez<sup>140</sup> a través del "CBB" o Cuestionario Breve de Burnout. Este cuestionario fue elaborado con varios *objetivos*: proporcionar un instrumento de evaluación breve y rápido para diversos ámbitos laborales, e incluir diferentes inductores del desgaste a partir de los modelos teóricos elaborados hasta ese momento (elementos antecedentes organizacionales fundamentalmente), además de complementar algunos aspectos relacionados con sus consecuencias. O sea, pretendía dar una visión global, pero sencilla del proceso, con antecedentes, síndrome y consecuentes.

El CBB consiste en una adaptación del MBI, su propio autor declara que el CBB no es un cuestionario alternativo al MBI, sino complementario, que puede ayudar a la elaboración de programas y políticas de prevención e intervención. El instrumento analiza no solo la respuesta del burnout, sino que incluye también los antecedentes y consecuentes del síndrome, para lo cual se elaboraron siete escalas que

evalúan las diferentes dimensiones del burnout e incluye también tres escalas que evalúan los aspectos de las características del trabajo, la tarea y el ámbito organizacional, consideradas como causa del DP. La séptima escala fue dirigida a evaluar las repercusiones o consecuencias del DP en la calidad de vida del sujeto, especialmente en sus relaciones interpersonales.<sup>140</sup>

Las características psicométricas del cuestionario han sido contrastadas en diferentes investigaciones. Los estudios de validez convergente indican que el CBB muestra una alta correlación con el MBI, tanto en su globalidad como en sus subescalas. El análisis factorial de este instrumento expresa una estructura factorial claramente estructurada en tres factores.<sup>128, 140</sup>

Las investigaciones sobre DP en Cuba se han realizado fundamentalmente en personal sanitario, mediante la utilización del CBB como instrumento para su diagnóstico, así como de sus antecedentes y consecuentes; sin embargo, los procedimientos metodológicos han variado según los diferentes estudios.

A partir de un diseño descriptivo en una población de médicos y enfermeras del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR)<sup>88</sup> la autora del presente trabajo construyó una escala para el diagnóstico del DP en estos profesionales. En su propuesta esta autora utilizó los percentiles como medida de posición, para lo cual distribuyó las puntuaciones brutas del CBB en tres categorías evaluativas: bajo, moderado y alto, considerando como bajo todo aquel valor inferior al 25 percentil, moderado entre 25 y 75 percentil y alto un valor superior a 75 percentil.

Para las escalas de las dimensiones del CBB, esta autora siguió el procedimiento propuesto por Moreno.<sup>140</sup>

Rivera,<sup>119</sup> en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, también utilizó el cuestionario CBB como instrumento de medición del DP. Las conclusiones de este estudio señalan que aproximadamente el 25 % de la población reportó niveles bajos de afectación del síndrome, el 50 % presentó niveles moderados y otro 25 % se localizó dentro del nivel alto de afectación.

Sánchez, Hernández y Bayarre<sup>30</sup> propusieron la construcción de una escala para el componente diagnóstico del CBB que permitiera determinar la presencia de DP en médicos especialistas en MGI, para ello desarrollaron el siguiente algoritmo de trabajo: aplicación de las subescalas del componente diagnóstico del CBB a médicos de familia que cumplieran los criterios de inclusión. Los ítems de cada una de estas categorías se distribuyeron de la siguiente forma:

*Primer Paso:* Estructura del componente diagnóstico del CBB por ítems: Cansancio Emocional: 1,4,7; Despersonalización: 2,5,8; Realización Personal: 3,6,9

*Segundo paso:* Establecimiento de un criterio externo para el diagnóstico del BO.

Se elaboró un criterio objetivo para la evaluación de las manifestaciones del BO en médicos de familia, que incluyó: la evaluación de la calidad del trabajo y el rendimiento académico del pre y el posgrado.

*Tercer Paso:* Determinación de la sensibilidad y la especificidad para los diferentes puntos de corte de las puntuaciones del componente diagnóstico del CBB.

Este procedimiento permitió calcular la sensibilidad y la especificidad para los diferentes puntos de corte de las puntuaciones del CBB.

*Cuarto Paso:* Selección del punto de corte óptimo. Se construyó una curva ROC (Receiving Operating Characteristic), a partir del análisis de los parámetros obtenidos en las tablas de contingencias. Se escogió el punto de más alta especificidad (67 %) y (100 %) de sensibilidad.

*Quinto paso:* Confección de la escala definitiva del componente diagnóstico del CBB para el médico de familia.

La escala definitiva se construyó a partir de la selección del punto de corte óptimo, obtenido por la aplicación de la curva ROC, la que considera como síndrome de DP, a aquellos médicos de familia que alcancen una puntuación de 22 puntos o superior a esta.

Para el análisis de las dimensiones del DP, se construyeron subescalas con intervalos de igual amplitud, según la metodología empleada con anterioridad (tercer paso). Así, para los componentes Cansancio Emocional y Despersonalización se consideró la siguiente escala ordinal: a) Bajo: Aquellos profesionales que obtuvieron puntuación entre 3 y 6 puntos; b) Moderado: los profesionales que obtuvieron puntuación entre 7 y 10 puntos y c) Alto: Aquellos profesionales que obtuvieron puntuación entre 11 y 15 puntos.

Para la Dimensión Realización Personal se consideró: a) Alta: aquellos profesionales que obtuvieron puntuación entre 3 y 6 puntos; b) Media: los profesionales que obtuvieron puntuación entre 7 y 10 puntos; y c) Baja: los que obtuvieron puntuación entre 11 y 15 puntos.

Un elemento distintivo de la propuesta de Sánchez, Hernández y Bayarre<sup>30</sup> es que la dimensión *Realización Personal* se evalúa desde una perspectiva positiva a diferencia de las propuestas anteriores, donde a partir de la puntuación obtenida, es considerada como falta de RP.

Lo antes expuesto, pone de manifiesto que la evaluación del DP es un tema que continúa abierto, susceptible de cambios, nuevas propuestas y perspectivas, que deben considerar los aspectos psicométricos y los relacionados con los diferentes perfiles en función de las profesiones, de los entornos socio-culturales donde se desarrollan y de las características propias de los factores que propician o modulan el DP, así como de sus consecuencias sobre la salud de los profesionales y la calidad del servicio que prestan.

### **I.1.7. La prevención del Desgaste Profesional**

Actualmente, no existe alguna medida paliativa o terapéutica que por sí sola pueda ser efectiva frente al DP. Hoy se hace referencia en la literatura de manera extensa, aunque algo dispersa, sobre las intervenciones para prevenir o manejar el DP, sugiriendo que prácticamente todos los métodos empleados en el área del estrés pueden utilizarse también para prevenir o reducir el DP.

Para prevenir el DP es crucial detectar el problema a tiempo, por lo que el diagnóstico o identificación del síndrome sería el primer objetivo. Una vez hecho, en función de los objetivos que se planteen para la intervención, se procede a su ejecución.<sup>141</sup>

Las principales áreas o niveles estratégicos sobre los que se debe intervenir para la prevención y(o) disminución del DP son tres: a) *Afrontamiento individual*: considerando estrategias cognitivo-conductuales de afrontamiento al estrés, para mitigar sus fuentes, evitar las vivencias asociadas o neutralizar sus efectos negativos, b) *Interpersonal*: potenciando la formación de habilidades sociales y las estrategias relacionadas con el *apoyo social* de los equipos de profesionales, y c) *Organizacional*: eliminando o disminuyendo estresores del entorno institucional.<sup>142, 143</sup>

*Las estrategias orientadas hacia el individuo*, consisten en tratar de identificar los agentes causales del estrés y lograr que el trabajador sea consciente de ellos, mostrar a éste las posibilidades de solución de la situación, o su adecuado manejo para poder actuar en consecuencia y contrarrestarlo. Gil-Monte,<sup>80</sup> señala la necesidad de incluir en todo programa de intervención sobre el síndrome, un módulo en que se haga explícito qué es el DP, cómo y por qué aparece, así como su progreso y principales síntomas. El hecho de reconocer que el problema existe supone el primer paso para afrontarlo. La idea es

centrarse explícitamente en las señales y síntomas de angustia, para que la persona tome conciencia y reconozca que existe un problema.

Es importante mejorar los hábitos del trabajador, la alimentación balanceada, ejercicio físico moderado, gradual y progresivo, ritmos de sueño sanos, propiciar las actividades recreativas, disminuir las adicciones y evitar la vida sedentaria. Además, son de gran utilidad las denominadas técnicas de atención que consisten en métodos para ayudar a los trabajadores a resolver sus reacciones fisiológicas y psicológicas, con estrategias para reducir el estrés en el ambiente laboral. Consisten en ejercicios de relajación, autoentrenamiento, bioretroestimulación, ejercicios respiratorios, meditación y yoga.

Se propone además, el aprendizaje de estrategias para la administración del tiempo, priorización de problemas, desarrollo de la capacidad de planeación, técnicas de negociación; así como ejercitar habilidades para la toma de decisiones, solución de conflictos, conducta asertiva y en general el desarrollo de mejores relaciones humanas por parte de los profesionales que participan en un programa de intervención, todas las técnicas estarían encaminadas a potenciar sus destrezas y mecanismos de afrontamiento.<sup>69,142</sup>

Especial énfasis, se realiza en potenciar las instancias de la personalidad que más se han relacionado con la presencia o modulación del DP, entre las que se hallan la Personalidad Resistente, y las variables que se refieren al sí mismo como: *la autoestima*, la autoconfianza y la autoeficacia.

*Las estrategias orientadas hacia la prevención del síndrome a nivel organizacional* suponen la realización de diferentes acciones que deben considerar previamente el contenido del trabajo y de la organización laboral, así como un diagnóstico que permita evaluar aquellos factores que están propiciando la aparición del DP.<sup>143</sup>

Las acciones específicas a realizar van dirigidas a: planificar la política de personal, diseñar los sistemas de comunicación interna formal e informal y los puestos de trabajo, lo que supone la mejora del contenido del mismo, y una reducción cuantitativa y(o) cualitativa de la sobrecarga laboral. En este ámbito, se distinguen tres tipos de estrategias: a) rediseño de puestos: consiste en ampliar o añadir deberes y responsabilidades al trabajo actual (enriqueciéndolo de forma que sea más significativo, estimulante y gratificante en sí mismo), rotación de trabajos o cambios periódicos de tareas; b) clarificación del rol de los empleados: describir el trabajo detalladamente y los patrones de conducta

asociados a cada puesto con el objetivo de evitar ambigüedades respecto al papel del empleado; y c) mejora del entorno laboral físico: por ejemplo, a través de grupos focalizados en los que se utilicen las experiencias de otros empleados que trabajen en el mismo cargo, para generar ideas y soluciones sobre cómo mejorar las condiciones laborales que están provocando el estrés.

También se sugiere permitir la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, o concederles autonomía, promover una cultura corporativa. Las estrategias más relevantes son los programas de socialización anticipatoria, la implementación de sistemas de evaluación y retroinformación y los procesos de desarrollo organizacional, creando un clima laboral favorable a la empresa y propicio para el desarrollo sustentable, sano e integral de la vida productiva de los trabajadores.<sup>143, 144</sup>

*Desde la perspectiva grupal* se ha demostrado la importancia de fomentar el apoyo social por parte de compañeros y jefes, en tanto permite obtener nueva información, adquirir nuevas habilidades o mejorar las que se tienen, obtener refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de tareas y adquirir apoyo emocional, consejos y otros tipos de ayuda.

El apoyo social aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora actitudes y conductas negativas hacia otros.

Según Pines,<sup>55</sup> hay varias formas de ofrecer apoyo social en el trabajo con relación al DP, ellas son: a) escuchar al sujeto de forma activa, pero sin aconsejar ni juzgar sus acciones; b) confirmar que está haciendo las cosas bien; c) crear necesidades y pensamientos de reto, superación, creatividad; d) brindar apoyo emocional incondicional y f) dar apoyo emocional desafiante, que haga reflexionar al sujeto sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones.

Cualesquiera que sean los procedimientos o métodos a utilizar para la prevención del DP, deben considerarse el individuo, el grupo y el ambiente, como componentes de un sistema en el que cada uno es afectado por los demás de múltiples formas.

Respecto a la implantación y ejecución de la intervención Lorente y cols.<sup>144</sup> afirman que una vez decididos los programas y establecido el orden en que se realizarán, hay que ejecutar la intervención propiamente dicha. Debido al carácter complejo del DP y a sus múltiples causas, es conveniente realizar acciones dirigidas tanto al entorno, el puesto de trabajo, como al trabajador. Lo ideal es modificar el entorno, de forma que se reduzcan los estresores, o incluso no lleguen a aparecer (prevención primaria).

## **¿Por qué prevenir el desgaste profesional en los médicos que trabajan en la Atención Primaria de Salud?**

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) desde que fue propuesta en 1978, es la política con mayor consenso a nivel global entre los actores del sector salud en pos de garantizar el derecho universal a la salud.

Si en el año 1978, el llamado fue a implementar la APS como estrategia para alcanzar Salud para Todos en el año 2000, ante el incumplimiento de esta meta, en el año 2005 la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), vuelven a insistir en la estrategia de APS desde una perspectiva integral, que atraviesa a la totalidad del sistema de salud y que se constituye en la manera más adecuada de garantizar el *derecho a la salud de forma universal e igualitaria*, para alcanzar los Objetivos del Milenio.<sup>145, 146</sup>

Al respecto Rojas Ochoa, señaló: "Rescatando lo valioso del concepto, la OPS/OMS ha lanzado la estrategia "Renovación de la Atención Primaria de Salud", que ofrece una perspectiva y una visión renovada para el desarrollo de los sistema de salud: la de los sistemas de salud basados en la APS, que se ajusta al espíritu de Alma-Atá, incorporar iniciativas como la carta de Ottawa y avanzar en lo concerniente a las determinantes sociales de la salud. Para los que hacemos salud pública en Cuba esto es estimulante, la raíz y los primeros pasos del sistema creado por la Salud Pública Revolucionaria Cubana están en la atención primaria, que hoy con el notable desarrollo de ese sistema, sigue sosteniéndose como eje central de la mejor defensa de la salud de la población que es la fortaleza de nuestra APS".<sup>147</sup>

La APS debe contemplarse como una de las estrategias más justas, equitativas e integradoras entre todos los procesos de atención a la salud. Con independencia de las acepciones oficiales propias de cada país, es importante considerar la propuesta en Alma Atá en el año 1978, aún vigente y que plantea: "Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo socioeconómico global de la

comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".<sup>1</sup>

Esta definición lleva implícitas muchas proposiciones importantes: las acciones deben ser fundamentadas científicamente, con el máximo nivel de accesibilidad para la población y con el uso de la tecnología apropiada, es decir, con el uso de los recursos idóneos para satisfacer las necesidades de salud que se presentan en un lugar determinado y deben ser económicamente viables, de modo que deben desarrollarse mediante formas de organización de los servicios que resulten soportables para la comunidad hacia la que van dirigidos.<sup>1, 41</sup>

Una consideración primordial en APS es que los servicios que se ofrecen, se organicen por programas de salud que permitan de manera organizada y planificada desarrollar acciones, cuyo impacto puede ser controlado y evaluado. Entre los principales programas de salud desarrollados en Cuba y que han garantizado la salud de los grupos más vulnerables, se encuentran: Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI), Atención al Adulto Mayor, Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), de Control del Cáncer y muchos más, que han permitido alcanzar los indicadores de salud que hoy ostenta la Salud Pública cubana.

Otra característica de la APS, es que la atención se brinda preferentemente de manera ambulatoria, con la participación activa de los miembros de la comunidad en la toma de decisiones acerca de lo que debe hacerse, y con énfasis en aquellos problemas que son prioritarios, a partir de una correcta identificación de los problemas mediante el análisis de la situación de salud. En el caso de que sea necesario el ingreso en el hogar, las acciones de salud se realizan en el mismo lugar de residencia y son los especialistas y el equipo de salud, quienes se trasladan hacia allí, de igual modo ocurre en el caso de los pacientes terminales a los que se les trata de procurar una muerte digna, rodeada de sus seres queridos, siendo esta, otra de las acciones contempladas en el Programa del médico y la enfermera de la familia.<sup>148</sup>

El especialista en MGI junto a la enfermera de la familia, constituyen la célula básica para el desarrollo del trabajo planificado en el consultorio. Ambos están responsabilizados con la labor que realizan, siendo el médico el Jefe del Equipo Básico de Salud (EBS), sobre el que recae la máxima responsabilidad de la salud de su población.<sup>148</sup>

Además de la labor asistencial, (atención médica integral y dispensarizada), el médico investiga, imparte docencia y desarrolla funciones administrativas. Esas funciones, deben estar dirigidas a lograr el mayor impacto para la transformación de la calidad de la vida y el estado de salud de la población, en un sentido positivo, integrando los saberes de las diferentes disciplinas en equipos multidisciplinarios.

Lo hasta aquí expuesto, pone de manifiesto que las acciones que realizan los médicos de familia, como comúnmente se les llama a estos profesionales que laboran en la APS, difieren de las que realizan los profesionales que prestan sus servicios en hospitales, institutos u otras instituciones del SNS.

Ellos asisten a las personas durante todo el curso de la vida, es frecuente la proximidad emocional con los usuarios de los servicios de salud y sus familiares, eliminándose los límites entre la vida privada y la laboral, en la medida que en ocasiones la jornada de trabajo se extiende hasta el hogar, existe presión asistencial que es considerada como sobrecarga de trabajo extralaboral, interfiriendo en las relaciones familiares y el descanso de estos galenos.<sup>30-35,87, 114</sup>

El último decenio ha estado sujeto a numerosos cambios en la organización del trabajo en la APS que se ha caracterizado por: a) Reorientación del sistema hacia la APS, revitalización de Policlínicos y del CMF; b) Desarrollo de nueva tecnología en todos los niveles del sistema; c) Reparación y modernización de hospitales; d) Informatización; e) Genética y discapacidad (en Cuba y países del ALBA); f) Atención a los servicios de urgencia, óptica y estomatología; g) Formación del capital humano en Cuba y en otros países (Escuela Latinoamericana de Medicina/ELAM, Policlínico Universitario y la formación del Médico Integral Comunitario/MIC en Venezuela); h) Nuevas modalidades de cooperación internacionalista: Programa Integral de Salud, Barrio Adentro, Operación Milagro, Contingente Henry Reeve y formación médica. En el mes de noviembre de 2010, se iniciaron las "Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública".<sup>41, 149</sup>

En el esquema que sigue se muestra de manera resumida las transformaciones antes descritas.



Lo antedicho apunta a que tales modificaciones, convertidas en condiciones organizacionales, sin la posibilidad de control por parte de los profesionales de la salud, se conviertan en factores psicosociales de riesgo que afectan su salud, desencadenando en ellos tensión y desgaste profesional.

Desde esta perspectiva, los factores psicosociales de riesgo son factores probables de daño a la salud, y pueden afectar tanto a la salud física como a la psicológica de estos profesionales.<sup>150</sup>

Los cambios antes mencionados, se convierten en factores de estrés que pueden alterar y desequilibrar los recursos y las capacidades de los especialistas, para manejar y responder al flujo de la actividad derivada del trabajo. Dichos factores de estrés pueden ser innumerables y provenir de los múltiples componentes del trabajo: falta de control, jornada laboral prolongada, intensidad del ritmo de trabajo, horarios cambiantes e imprevisibles, salario insuficiente, presión social, el enfrentamiento a situaciones de emergencia, el desajuste de expectativas, mala comunicación organizacional ascendente, horizontal o descendente, ambigüedad o sobrecarga de rol, entre otros.

El daño psicosocial a la salud de los especialistas en MGI, afectaría su trabajo en el consultorio y por tanto la misión de cuidar la salud de los individuos, las familias y la comunidad que tiene a su cargo.

La APS es el campo de acción idóneo para la aplicación de las ciencias sociales en la investigación y la solución de problemas de salud colectivos. De ahí la importancia de velar por la salud integral de los

médicos que trabajan en la APS y prevenir el DP. Hoy, la exigencia de prestar servicios de excelencia, necesita tomar en cuenta que para ello se requiere de profesionales motivados y psicológicamente sanos.

### **Consideraciones finales del capítulo**

En este capítulo fueron analizadas las bases teóricas que sustentan la investigación, se fundamenta la relevancia del estudio del DP en trabajadores de servicios, particularmente en especialistas en MGI que trabajan en la APS. Después de más de tres décadas de investigación sistemática se ha avanzado en el esclarecimiento general sobre el DP, aunque es pertinente reconocer críticamente la inexistencia de una definición unánimemente aceptada y la persistencia de problemas metodológicos que afectan su medición y cabal comprensión.

## **CAPÍTULO II. CONCEPCIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

Este capítulo tiene como objetivo exponer la metodología de la investigación desarrollada. Incluye la clasificación del estudio, seguido de la explicación pormenorizada de los elementos que componen su diseño, el universo de estudio y el proceso de selección de la muestra. Se presentan los procedimientos y técnicas empleadas para la obtención de la información y su análisis, las variables que fueron consideradas, su operacionalización y los instrumentos utilizados. Además, se hace referencia a los aspectos éticos considerados en la ejecución de la investigación.

### **II. 1. Clasificación de la investigación**

La investigación realizada clasifica como aplicada, y constó de dos estudios: el primero en el año 2007 y el segundo en el año 2012, ambos en el mismo escenario. Transitaron por dos fases: una descriptiva, que permitió la caracterización del DP en los especialistas en MGI de forma global y por dimensiones en virtud de variables sociodemográficas y laborales; la otra, analítica, posibilitó la asociación de las instancias de la personalidad: autoestima y personalidad resistente con el DP, se identificaron las fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los médicos, en los años 2007 y 2012.

Adicionalmente, en la investigación realizada en el año 2012, se identificaron los síntomas de estrés reportados por estos profesionales y se diseñó un estudio de naturaleza cualitativa con el objetivo de indagar en las fuentes, consideradas también como estresores laborales, que provocan la aparición de manifestaciones psicosociales en los especialistas que afectan su salud, así como las interacciones con las personas que demandan sus servicios. La triangulación de la información <sup>43, 44,</sup> <sup>45</sup> se realizó según tipo de fuente de información y de informantes. Para ello se aplicaron cuestionarios, se realizaron grupos de discusión <sup>46</sup> y se empleó la técnica lluvia de ideas. <sup>47</sup>

La investigación se desarrolló en momentos de transformaciones o introducción de nuevas acciones, servicios y reordenamiento de la APS en Cuba.<sup>41, 151</sup> Fue ejecutada entre los meses de enero y junio de los años 2007 y 2012 respectivamente. Se realizó en Cuba, en especialistas que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud, en las siete áreas de salud correspondientes al Municipio Plaza de la Revolución e incluyen: Plaza de la Revolución; 19 de Abril; Rampa; Puentes Grandes; Héroes del Moncada; Vedado y Héroes del Corynthia, de la provincia Ciudad de La Habana que actualmente se nombra La Habana.

## **II. 2. Universo y muestra**

Se consideró como población la constituida por sujetos que cumplían los siguientes criterios: ser especialista en MGI, trabajar en el consultorio durante un año como mínimo de manera ininterrumpida, realizar labor asistencial sistemática (en contacto directo y frecuente con el paciente y sus familiares en la comunidad), y dar su consentimiento para participar en la investigación. Se excluyeron las personas que no cumplían al menos uno de los criterios consignados con anterioridad.

De acuerdo con lo antedicho, para el año 2007, el universo de estudio estuvo constituido por los 148 médicos de familia, especialistas en MGI, que laboraban en el municipio Plaza de la Revolución el 1º de noviembre de 2006. La muestra quedó constituida por 80 médicos; de ellos el 81,3 % eran mujeres y el 18,8 % hombres, el 70,0 % se concentró fundamentalmente en el grupo de edades entre 35 y 44 años, y el 62,5 % de los especialistas tenía entre 10 y 19 años de graduados.

Para la determinación del tamaño de muestra, se utilizó la fórmula de cálculo para estudios descriptivos en poblaciones finitas, cuya determinación incluyó los elementos siguientes:

Tamaño poblacional	148
Proporción esperada	90,0 %
Nivel de confianza	95,0 %
Efecto de diseño	1,0
Tamaño de muestra	80

La selección de la muestra se realizó mediante Muestreo Aleatorio Estratificado. Se consideraron como estratos las siete áreas de salud que atienden la población del municipio Plaza de la Revolución. La muestra quedó distribuida de la manera siguiente:

<b>Área de Salud</b>	<b>Población</b>	<b>Muestra</b>
Plaza	20	11
19 de Abril	19	10
Rampa	23	12
Puentes Grandes	7	4
Moncada	28	15
Vedado	24	13
Corynthia	27	15
Total	148	80

Para el segundo estudio, desarrollado en el año 2012, el universo estuvo constituido por 185 especialistas registrados con fecha 1º de noviembre de 2011, según Registro Municipal. Se

determinó un tamaño de muestra de 99 sujetos. Sin embargo, hubo una caída muestral de 14, de ahí que la muestra definitiva quedó integrada por 85. Las principales causas de pérdidas fueron: 8 por traslado de municipio, 6 por misión internacionalista. El 80,0 % fueron mujeres y el 20,0 % hombres, el 50,6 % del total se concentró en el grupo de edades de 45 años y más y el 63,5 % poseía 20 o más años de graduado.

Para la determinación del tamaño de muestra, se utilizó la fórmula de cálculo para estudios descriptivos en poblaciones finitas, cuya determinación incluyó los elementos siguientes:

Tamaño poblacional	185
Proporción esperada	90,0 %
Nivel de confianza	95,0 %
Efecto de diseño	1,0
Tamaño de muestra	99

La distribución de la muestra se realizó mediante Muestreo Aleatorio Estratificado. Se consideraron como estratos las siete áreas de salud que atienden la población del municipio Plaza de la Revolución. La muestra quedó distribuida de la manera siguiente:

Área de Salud	Población	Muestra
Plaza+Puentes Grandes	29	16
19 de Abril	30	16
Rampa	22	12
Moncada	29	15
Vedado	40	21
Corynthia	35	19
Total	185	99

Dado el tamaño poblacional insuficiente del Policlínico Puentes Grandes fue necesario unirlo con el de Plaza de la Revolución para la determinación del tamaño muestral. En ambos estudios se utilizó el Programa Epidat versión 3.1.

### **II. 3. Operacionalización de variables**

- 1. Desgaste Profesional:** resultado negativo de la actividad laboral en el trabajador, surge como una respuesta al estrés laboral crónico que se produce por un fallo en las estrategias habituales de afrontamiento. Se expresa en un agotamiento de los recursos emocionales para afrontar las demandas propias de la actividad laboral, intentos de afrontamiento no adaptativo en forma de

distanciamiento afectivo o despersonalización, un sentimiento de reducida competencia y motivación, y la disminución de la realización personal en el trabajo.

Fue interpretado en dos categorías:

- ✓ Ausencia de DP: Incluye al sujeto que obtuvo valores en el CBB inferior a 22 puntos.
- ✓ Presencia de DP: Incluye al sujeto que obtuvo valores en el CBB de 22 puntos o más.

Se exploró a través de las dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

**Cansancio emocional (CE):** dimensión del DP que se identifica por una disminución de los recursos afectivos individuales para afrontar las demandas de la tarea que debe desempeñar, lo que se expresa en cansancio, fatiga, sensación de incapacidad para trabajar, de estar exhausto para movilizar recursos personales y poder establecer relaciones interpersonales con los pacientes y otras personas.

Se determina por los ítems 1, 4 y 7 del CBB (componente diagnóstico). Se establecieron tres categorías a partir de la distribución según la escala:

- ✓ Cansancio emocional bajo: 3 a 6 puntos
- ✓ Cansancio emocional medio: 7 a 10 puntos
- ✓ Cansancio emocional alto: 11 a 15 puntos

Se consideró como valor relativamente deseable la categoría baja, en comparación con los valores no deseables en las categorías media y alta de CE.

**Despersonalización (D):** dimensión del DP que consiste en una abstracción y eliminación de los componentes afectivos del prestador en las relaciones interpersonales: frialdad afectiva en el trato hacia el que recibe el servicio, indiferencia, insensibilidad, distanciamiento, ausencia de implicación personal e incapacidad para ser empático.

Se determina por los ítems 2, 5 y 8 del CBB. Se establecieron tres categorías a partir de la distribución según la escala:

- ✓ Despersonalización baja: 3 a 6 puntos
- ✓ Despersonalización media: 7 a 10 puntos
- ✓ Despersonalización alta: 11 a 15 puntos

Se consideró como valor relativamente deseable la categoría baja, en comparación con los valores no deseables en las categorías media y alta de despersonalización.

**Realización personal (RP):** consiste en una percepción de eficacia profesional ante el afrontamiento de las demandas de los usuarios de los servicios de salud, el manejo de los conflictos, mantenimiento de la capacidad empática, implicación, sensación de energía, satisfacción personal y gratificación con la labor que realiza.

Se determina por los ítems 3, 6 y 9 del CBB. Se establecieron tres categorías a partir de la distribución según la escala:

Realización personal baja: 3 a 6 puntos

Realización personal media: 7 a 10 puntos

Realización personal alta: 11 a 15 puntos

Se consideró como deseable las categorías alta y media de realización personal en el trabajo y no deseable la categoría baja.

**2. Variables sociodemográficas y laborales.** Se consideraron las siguientes variables en el momento de la investigación:

Edad: se describe en años cumplidos y se establecieron tres intervalos: 25 a 34; 35 a 44 y 45 y más años.

Sexo: masculino o femenino, según sexo biológico de pertenencia

Relaciones de pareja: según tenencia de pareja estable, medida en una escala dicotómica (sí, no).

Número de hijos: según total de hijos se establecieron las categorías 0, 1, 2 y más.

Años de graduado: a partir de la cantidad de años, se midió construyó la escala de intervalos siguiente:  $\leq 9$ , 10-19, 20 y más.

Cantidad de personas que atiende: se consideró la cantidad de pacientes que atiende diariamente en consulta y terreno, y se establecieron los intervalos:  $\leq 10$ , 11-19, 20 y más.

Realización de actividades laborales en la casa: incluyen el llenado de historias clínicas, la confección de certificados médicos y la preparación de clases, entre otras. Se midió en escala cualitativa dicotómica: sí, no.

Realización de actividades docentes: se refiere a la docencia de pre y posgrado impartida por el MGI en el CMF, en aulas del policlínico o en otros ambientes, con independencia de estar o no categorizado. Se establecieron las categorías Sí y No.

**3. Estresores laborales:** conjunto de condiciones de trabajo que potencialmente pueden devenir en *fuentes de malestar en el trabajo percibidas* por el especialista en MGI. Se incluyeron:

- ✓ Desarrollo profesional: posibilidades de superación y promoción personal en el trabajo
- ✓ Características de los usuarios de los servicios de salud: variabilidad individual del comportamiento de los pacientes y de sus familiares que impone al especialista en MGI demandas emocionales y relacionales.
- ✓ Organización de la jornada laboral: distribución del régimen de pausas y descansos.
- ✓ Sobrecarga y conflicto de roles: multiplicidad de tareas a desempeñar en un período.
- ✓ Relaciones interpersonales: aquellas que se establecen con los usuarios de los servicios de salud, sus familiares, compañeros de trabajo, directivos y representantes de la comunidad que imponen demandas emocionales y relacionales.
- ✓ Recursos materiales: disponibilidad de los medios para el desempeño de su trabajo.
- ✓ Ambiente físico: condiciones del lugar de trabajo, como iluminación, ventilación, mobiliario del que se dispone.
- ✓ Otras condiciones de trabajo: aquellas específicas, como la introducción de cambios en el sistema de trabajo referente a la cantidad de pacientes (familias) que deben atender, cantidad de programas de salud, disponibilidad de pruebas diagnósticas y material de oficina.
- ✓ Apoyo social: es el que se materializa mediante el intercambio de opiniones, valores y el ofrecimiento de sostén emocional, asistencia y recursos en caso que el especialista lo necesite. Éste percibe que lo cuidan, es estimado, valorado por una red de comunicación próxima y seleccionada de personas (pacientes y sus familiares, la comunidad, colegas, supervisores, directivos, familiares y amigos) y pertenece a un grupo social.
- ✓ Reconocimiento social: valoración que le permite al especialista en MGI referirse positivamente a sus cualidades y facultades concretas. Es un reconocimiento del aporte que como médico puede realizar a la vida social a partir de sus cualidades personales y su quehacer diario en el Consultorio, (retroalimentación positiva ante el buen desempeño), implica además la gratificación por salario.

- ✓ Conflicto trabajo-familia: es aquel en el que las presiones laborales y familiares son mutuamente incompatibles en algún aspecto. Este tipo de *conflicto* ocurre cuando las actividades relacionadas con el trabajo interfieren en la vida familiar por demanda de asistencia médica en horario extralaboral (solicitud de recetas, tomar la tensión arterial o una urgencia), o llevar trabajo para la casa como el llenado de Historias clínicas, Certificados médicos, preparar clases, lo que influye en que el especialista pase menos tiempo con su familia.
- ✓ Demandas psicológicas y sociales: son las exigencias psicológicas y sociales que el trabajo implica para la persona, relacionadas con la cantidad o volumen de trabajo, entendida también como presión asistencial, urgencia temporal, nivel de atención que requiere la labor que realiza, interrupciones imprevistas y responsabilidad social que tiene asignada como médico.
- ✓ Control: Se trata de las oportunidades o recursos que la organización proporciona a la persona para moderar o tomar decisiones sobre las demandas en la planificación y ejecución de su trabajo.

Se exploró mediante la pregunta 10 del CBB (componente diagnóstico), la técnica de la lluvia de ideas y los grupos de discusión.

4. **Autoestima:** percepción del sujeto sobre sí mismo, orientada hacia aquellas cualidades, capacidades, intereses o potencialidades vinculadas a la consecución exitosa de los fines que responden a sus principales motivaciones.
5. **Personalidad Resistente:** recurso de la personalidad que le proporciona al sujeto las competencias necesarias para tener una orientación positiva y productiva ante los acontecimientos de la vida, facilitándole la adaptación a posibles eventos estresantes y por consiguiente, una disminución de la probabilidad de padecer malestar y enfermedad. Se expresa simultáneamente mediante el compromiso, control y disposición a responder ante los retos.
6. **Síntomas de estrés:** referencias subjetivas de la frecuencia con que sienten síntomas emocionales y psicofisiológicos relacionados con el estrés.

Se determinó con 18 ítems de la Escala sintomática de estrés, se suman y el resultado final se interpretó a partir de dos categorías propuestas por el autor Seppo Aro: <sup>152</sup>

- ✓ Síntomas de estrés, frecuencia no patológica:  $\leq 10$
- ✓ Síntomas de estrés, frecuencia patológica: 10

**7. Intersectorialidad:** Consiste en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector salud y apoyada en las políticas nacionales o locales, debidamente concertadas, se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes.<sup>153, 154</sup>

## **II. 4. Técnicas de recogida de la información**

Se utilizaron como instrumentos diferentes cuestionarios, para la obtención de los datos: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales; CBB (componente diagnóstico); Inventario de Autoestima para adultos de Cooper-Smith; Inventario de Personalidad Resistente y Escala sintomática de estrés; Técnica de Lluvia de ideas y Grupos de Discusión (GD).

**1. Cuestionario de variables sociodemográficas** (Anexo 1). Se le muestra al investigado una planilla que contempla las variables sociodemográficas y laborales como: la edad, el sexo, la relación de pareja, el número de hijos, el número de personas que atiende durante la jornada laboral, si imparte docencia y otras extralaborales como: realizar labores de su trabajo en la casa, que después se correlacionan con el DP y sus dimensiones.

**2. Cuestionario Breve de Burnout** (Componente diagnóstico). (Anexo 2).

Se utilizó la escala confeccionada por Sánchez, Hernández y Bayarre en 1997<sup>30</sup> para medir el Componente diagnóstico del DP en Médicos de Familia, especialistas en Medicina General Integral a partir de la propuesta del Cuestionario Breve de Burnout (CBB) realizada por Moreno-Jiménez.<sup>140</sup>

La escala propuesta está validada en Cuba y permite establecer un punto de corte de elevada sensibilidad y moderada especificidad entre la presencia o no del DP. El instrumento en cuestión se expone en el Capítulo I. La calificación e interpretación se realiza de forma global y por dimensiones a partir de las categorías establecidas.

Descripción: El cuestionario, está compuesto por 9 ítems, distribuidos en tres escalas, que exploran las tres dimensiones del burnout: Cansancio emocional (CE); Despersonalización (D); y Realización personal (RP).

Se le ofrecen al sujeto cinco opciones de respuestas tipo Likert, que expresan la frecuencia de ocurrencia de cada síntoma: 1: En ninguna ocasión; 2: Raramente; 3: Algunas veces; 4. Frecuentemente y 5. Siempre

El CBB presenta una *pregunta abierta*, la.10, que se refiere a las fuentes de malestar en el trabajo, que ofreció la posibilidad de que el sujeto evaluado representara prioritariamente lo que percibe como fuentes fundamentales de su malestar y que repercuten sobre su salud.

### **3. Inventario de Personalidad Resistente (Anexo 3)**

Esta escala está diseñada para evaluar la personalidad resistente como variable personal que modula la relación entre el estrés y sus consecuencias. Siguiendo el modelo propuesto por Kobasa, la escala queda operativizada en tres dimensiones: Compromiso, Reto y Control, que se miden a través de 15 proposiciones a las que el sujeto debe responder en una escala Likert entre 0 y 3 donde 0- significa Totalmente en desacuerdo; 1- En desacuerdo; 2- De acuerdo y 3- Totalmente de acuerdo.

Este constructo puede ser evaluado de forma global y por dimensiones donde el *Reto*: es considerado como la tendencia que manifiestan los sujetos a evaluar las dificultades como algo que pone a prueba sus capacidades y no como una amenaza, (ítems 7, 10, 12, 14 y 15); el *Compromiso*: está dado por el grado de implicación que los sujetos asumen con lo que emprenden, (ítems 1, 4, 5, 8 y 9), y el sentimiento de *Control* sobre las propias circunstancias, está determinado por la tendencia a enfocar los problemas de forma realista y con optimismo, centrado en la acción y la búsqueda de alternativas variadas de posibles soluciones (ítems 2, 3, 6, 11 y 13).<sup>109,110,114, 155, 156</sup>

Se considera que la PR (global), es Mala cuando la sumatoria de los puntos oscila entre 0 y 26; Regular: 27 y 34 puntos y Buena: 35 puntos o más. Por dimensiones, el Reto: es considerado Bueno cuando el sujeto obtiene más de 10 puntos, Regular: entre 6 y 10 puntos y Malo cuando obtiene menos de 6 puntos. Compromiso, Bueno: más de 13 puntos; Regular: entre 6 y 13 puntos y Malo: menos de 6 puntos y la Dimensión Control, Bueno: más de 13 puntos; Regular: entre 10 y 13 puntos y Malo: menos de 10 puntos.

En este trabajo se consideró la presencia o no de la PR, de modo que se emplearon las categorías Presente, cuando el sujeto obtuvo una puntuación de 27 en adelante y Ausente, cuando la puntuación obtenida estuvo comprendida entre 0 y 26.

### **4. Inventario de Autoestima para adultos de Cooper-Smith (Anexo 4)**

Se utilizó el Cuestionario de Autoestima<sup>114, 157</sup> (Versión para adultos) elaborado por Cooper Smith a partir de estudios realizados en esta área. Tiene como objetivo identificar el nivel de autoestima de los individuos y está conformado por 25 proposiciones (ítems) donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa.

Se califica otorgando un punto en aquellos ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente, estos ítems son: 1; 4; 5; 8; 9; 14; 19; 20. Cuando el sujeto contesta "no", en los restantes se le da 1 en la puntuación de ese ítem. Al final son sumados estos puntajes y se obtiene la puntuación total.

Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles:

a)- *Nivel alto de autoestima*: cuando se alcanza un puntaje entre 19 y 24 puntos. Los mismos obtienen puntos en la mayoría de los ítems que indagan felicidad, eficiencia, confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismos ni en sus propios problemas.

b)- *Nivel medio de autoestima*: cuando se obtienen puntuaciones entre 13 y 18 puntos. Los mismos presentan características de los niveles alto y bajo, sin que exista predominio de un nivel sobre otro.

c)- *Nivel bajo de autoestima*: los sujetos que se ubican en este grupo alcanzan un puntaje inferior a 12 puntos. Obtienen pocos puntos en los ítems que indican una adecuada autoestima y que fueron descritos anteriormente. En este sentido los sujetos de este nivel se perciben infelices, inseguros, centrados en sí mismos y en sus problemas particulares, temerosos de expresarse en grupos, donde su estado emocional depende de los valores y exigencias externas.

## **5. Escala sintomática de estrés (ESE) (Anexo 5)**

Para la determinación del nivel de estrés según síntomas psicofisiológicos referidos por el sujeto se empleó la Escala Sintomática de Estrés (ESE), elaborada por Seppo Aro<sup>152</sup> de origen finlandés. El instrumento propuesto por este autor, tiene su origen en la práctica clínica, en una amplia muestra de pacientes con diagnóstico de estrés, seleccionó estos síntomas córtico viscerales como los más frecuentes, a partir de los cuales se construye el cuestionario estandarizado, con los atributos de validez y confiabilidad requeridos. A partir del año 1983, se comienza a utilizar en Cuba en la consulta de evaluación psicológica y de riesgos psicosociales laborales en el Instituto Nacional de los Trabajadores (INSAT), como instrumento para evaluar los correlatos psicosomáticos del estrés laboral, conjuntamente con la entrevista clínico-psicológica, se comprueba su adaptación al contexto cubano. Posteriormente, se incluye en diversas investigaciones con el objetivo de evaluar efectos negativos del trabajo en poblaciones de trabajadores cubanos entre los que se incluyen médicos especialistas en MGI y maestros. <sup>34, 158, 159</sup>

Descripción: Está formada por 18 ítems referidos a síntomas de tipo emocional/afectivo y psicofisiológicos que se expresan en diferentes sistemas funcionales del organismo (digestivo, respiratorio, cardiovascular). La frecuencia de estos síntomas se evalúa mediante cuatro opciones de respuestas cerradas a las que se le asigna un valor cuantitativo: raramente o nunca: 0 puntos; algunas veces: 1 punto; frecuentemente: 2 puntos y muy frecuentemente: 3 puntos. Los resultados pueden estar influidos por los trastornos que produce el período menstrual en la mujer y los efectos de la ingestión de bebidas alcohólicas, por lo que en la consigna se le pide al sujeto no tomar en cuenta para sus respuestas la ocurrencia de esos síntomas durante estos estados. Se calificó e interpretó con un criterio cuantitativo, sumando los puntos obtenidos en cada ítem. Para el resultado mayor que 10, según el autor, estamos en presencia de una persona afectada por el estrés.

### **6. Técnica de Lluvia de ideas (Anexo 6)**

Técnica participativa <sup>47</sup> que permite buscar un conjunto de ideas o conocimientos y llegar a síntesis, conclusiones o acuerdos comunes. A partir de un tema o problema se recogen, en un papelógrafo o pizarrón, todas las ideas que se produzcan por el plenario, en el orden en que aparezcan. No importa su lógica aparente, ni su relación directa con el tema; cuantas más ideas mejor.

Luego, se discute cada una de las ideas o soluciones que se eliminan o aceptan según el consenso grupal. El coordinador debe hacer una síntesis final del resultado del trabajo cuidando no demeritar las ideas eliminadas sino resaltando las más acertadas.

### **7. Grupos de discusión (GD) (Anexo 7)**

Técnica de indagación cualitativa <sup>46, 160, 161</sup> que permite la obtención de información relevante con respecto a una determinada área de interés. Facilita el estudio y hace emerger en un ambiente de confianza (grupo de pares): los discursos, las relaciones complejas del sujeto con el tema estudiado que pueden escapar a las preguntas concretas; discursos ideológicos e inquietudes; creencias que pueden estar detrás de lo explícito; busca el estudio del grupo como tal, más que al individuo. Técnicamente, el grupo de discusión se sustenta en la reunión de un conjunto de personas, o participantes seleccionados, que son una muestra estructural con características propias que en este momento constituye la dimensión grupal. Con la finalidad de recoger vivencias y experiencias de un grupo determinado de personas con unas características similares. Los informantes tienen derecho a hablar y participan a través de su punto de vista frente a otros sujetos mediante una conversación.

## **II. 5. Procedimiento para la recogida de la información**

Los cuatro cuestionarios se aplicaron de forma similar. Se estableció un orden siguiendo el criterio de menor a mayor implicación emocional de los sujetos al responder cada uno de ellos. La aplicación estuvo precedida por la consigna general, seguidamente se solicitaron los datos sociodemográficos y laborales y finalmente la información referida a los cuatro cuestionarios presentados en el siguiente orden:

- ✓ CBB
- ✓ Inventario de Personalidad Resistente
- ✓ Inventario de Autoestima para adultos de Cooper-Smith
- ✓ Escala sintomática de estrés

Fueron aplicados en cada uno de los policlínicos donde trabajan los especialistas en MGI, de forma grupal, en presencia de los evaluadores, durante la jornada laboral, en un horario que no interfiriera con la consulta médica y en un ambiente con adecuada privacidad, iluminación, climatización y mobiliario confortable, protegiendo al médico de familia de interrupciones.

Los instrumentos fueron aplicados por dos psicólogas, sin historias de relaciones anteriores con los sujetos. Se comprobó el rigor en la recogida de la información al constatarse que todos los ítems de los cuestionarios fueron respondidos.

## **II. 6. Técnicas para el procesamiento, análisis y presentación de la información**

### **✓ Procedimiento para dar cumplimiento al objetivo 1**

Para la caracterización del DP se realizó, en primera instancia, un análisis descriptivo a través de distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central -media aritmética- y de variabilidad -desviación típica o estándar y error estándar de la media-. Ello se complementó con pruebas de significación. Así, se incluyó el análisis tradicional de tablas de contingencia (prueba de independencia o asociación  $X^2$ ) y otras específicas (Bartolomew y  $X^2$  para la regresión), según se tratara de variables cualitativas nominales, ordinales o de mayor nivel o cuantitativas en escala de intervalo. Además, se empleó la prueba de comparación de medias en muestras independientes para comparar dos grupos con variable cuantitativa continua y el Análisis de Varianza (ANOVA) de una vía ante el mismo caso con más de dos grupos. Para esta última, en caso de resultar significativa, se utilizó la prueba de Scheffé a posteriori. Se empleó en cada caso

un nivel de significación del 5 %. Los datos se procesaron a través del paquete estadístico SPSS versiones 19 y 21.

El procesamiento incluyó el análisis exploratorio de datos a través de métodos gráficos, el cálculo de distribuciones de frecuencias y otros indicadores descriptivos. Ello permitió la detección y subsanación de errores.

Para determinar la contribución de cada componente del DP se empleó el Análisis Factorial de Componentes Principales, donde se calculó el por ciento de Inercia total. Se utilizó el método de Lagrange.<sup>162</sup> Para la elección de los componentes a retener se utilizó el criterio de normalización de Kaiser que consiste en retener los factores cuyos valores propios sean iguales o superiores a 1.

La interpretación del significado de los factores (componentes), se utilizó a través de las correlaciones entre estas y las variables originales. Se consideró que cada variable tenía una correlación importante a partir de 0,5, superior al límite prefijado por otros autores en investigaciones de este tipo.<sup>163</sup> La calidad de la representación del DP de cada variable en los componentes retenidos se obtuvo a través de la inercia explicada por cada uno de estos, según los factores seleccionados.

Para la elección de componentes principales se obtuvo la matriz de correlaciones, cuyo resultado (altas correlaciones) evidenciaron que existe información redundante, apuntando hacia la utilización del método. Además, se empleó un índice basado en los componentes de correlación parciales entre pares de variables (Índice Kaiser-Meyer-Olkin) de adecuación de la muestra.

Finalmente, se probó el ajuste del modelo mediante la prueba de esfericidad de Bartlett.

#### ✓ **Procedimiento para dar cumplimiento al objetivo 2**

En el estudio del 2007, se realizó análisis univariado entre la presencia de DP y las instancias de la personalidad: autoestima y personalidad resistente, a través del Análisis Tradicional de Tablas de Contingencia o Prueba de Bartholomew y su respectivo coeficiente de correlación -Spearman, Phi o V de Cramer-, según las escalas utilizadas para las variables investigadas. No fue posible realizar análisis multivariado para este momento, porque la manera en que se concibió la base de datos lo imposibilitó. En el estudio del 2012, para la identificación de la relación entre el DP y las instancias de la personalidad: autoestima y personalidad resistente o sus dimensiones -reto, compromiso, control-, se realizó, en un primer momento un análisis univariado, cuya finalidad básica fue brindar resultados parciales, sobre la relación existente entre la variable de respuesta y cada una de las variables independientes, similar a lo realizado para el año 2007, es decir, se pretendía ofrecer un procedimiento estadístico estandarizado en ambos años. Sin embargo, para el 2012, el resultado

definitivo se estableció mediante análisis multivariado, a través del empleo del Modelo de Regresión Logística Múltiple con respuesta dicotómica (RLM), <sup>164</sup> previo análisis de ausencia de colinealidad entre variables independientes o explicativas (correlaciones inferiores a 0,8) y la inclusión de variables ficticias o "dummy" en caso de tratarse de variables independientes politómicas. Dado que la PR tiene tres componentes: reto, compromiso y control, se emplearon dos modelos de RL. Así, el primer modelo empleó como variables explicativas la autoestima y la PR, en tanto que, el segundo desagregó como variables explicativas de la PR, sus tres componentes.

Se empleó la RLM, cuyo modelo establece que si se tiene una variable dicotómica "Y" (que en este caso es desgaste profesional o no), la probabilidad de que un especialista en MGI presente DP (o sea, que Y = DP) puede expresarse en función de varias variables o factores  $X_1, X_2, \dots, X_n$ , de la siguiente manera:

$$\text{Prob} ( Y = \text{discapac. físico} ) = \frac{1}{1 + \exp(-b_0 - b_1 X_1 - \dots - b_n X_n)}$$

donde:

$b_0$ : es el término independiente

$b_1, \dots, b_n$ : son los coeficientes respectivos de las variables independientes.

Los modelos permitieron determinar la probabilidad de aparición del DP en función de las instancias de la personalidad incluidas en cada caso y, paralelamente, estimar la influencia absoluta o pura de cada factor sobre la aparición del DP al controlar las restantes.

Los resultados de la investigación se presentan de manera resumida en tablas para su mejor análisis y comprensión.

La estructura de la Base de Datos de la investigación del año 2007 imposibilitó la realización del Análisis de Componentes Principales y de la RLM, ello constituye una limitación del trabajo.

Lo antedicho sirvió para establecer las premisas necesarias para prestar atención al síndrome como un problema de salud y realizar otros estudios como el llevado a cabo en el año 2012.

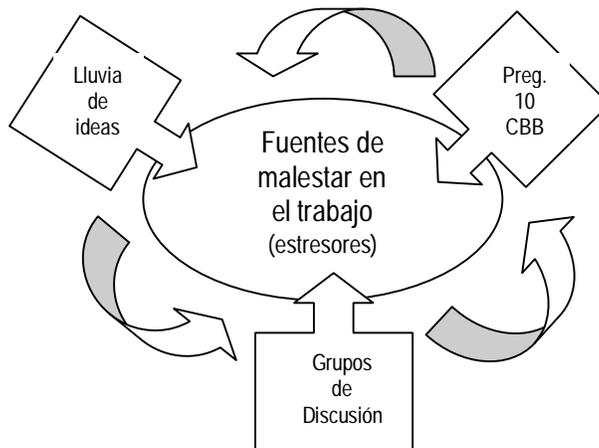
✓ **Procedimiento para dar cumplimiento al objetivo 3**

Para el análisis cualitativo de las fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los especialistas en MGI, obtenidos mediante los argumentos expuestos en la pregunta abierta 10 del CBB – Componente Diagnóstico- propuesto por Sánchez, Hernández y Bayarre <sup>30</sup> se procedió a agrupar las respuestas tomando como referencia los aspectos que se consideran núcleos etiológicos del DP, referido a las características y recursos personales, el apoyo social y las relaciones interpersonales con los propios compañeros de trabajo, supervisores o jefes y con los usuarios de los servicios de salud y sus familiares, y los referidos a la organización, en este último se consideraron los relacionados con la profesión (tarea), como: la organización de la jornada laboral, sobrecarga laboral, condiciones de trabajo, disponibilidad de recursos, sistemas de comunicación y control y de reconocimiento y recompensas.

Para este mismo objetivo se emplearon además, las herramientas de la indagación cualitativa (lluvia de ideas y los GD). Posteriormente, se realizó la triangulación de la información según tipo de fuente de información y de informantes.

✓ **Procedimiento para el análisis cualitativo de la información**

**Triangulación de la información sobre las fuentes que generan malestar en el trabajo**



La triangulación <sup>43, 44, 45, 165</sup> es un procedimiento que consiste en el uso de diferentes fuentes de datos, investigadores, perspectivas o metodologías para constatar los datos e interpretaciones.

En la investigación fueron considerados los datos de naturaleza cuantitativa y cualitativa aportados por un mismo grupo de informantes (los especialistas en MGI) y por otros informantes clave,

considerados como tal, por su posición de dirección o por pertenecer a instituciones del SNS, que son decisorias respecto a la organización del trabajo en la APS, la labor sindical dentro del sector y que también están relacionados con la salud de los trabajadores, su promoción y cuidado y de las organizaciones políticas o de los medios de difusión masiva (radio y prensa escrita), cuyos puntos de vista también fueron interesantes y oportunos y con fundamento científico. El criterio de selección de los participantes en los GD estuvo sustentado en la premisa general de la organización del trabajo del Consultorio del médico y a enfermera de la familia que plantea: "Es vital para el desarrollo del Programa, la integración del EBS, del Grupo Básico de Trabajo (GBT) y la dirección del Policlínico, con todos los factores políticos y de masas, así como los delegados de circunscripción y otros representantes del Gobierno Local".<sup>148</sup>

Los datos, como se señala en el esquema anterior, se obtuvieron mediante la realización de los grupos de discusión, la técnica de la lluvia de ideas y la respuesta que brindaron los especialistas estudiados a la pregunta 10 del cuestionario CBB. Las fuentes de malestar que fueron aportadas de manera coincidente por los tres grupos de informantes clave, se consideraron de Primer Grado de Consistencia (I), los que coincidieron en dos, se denominaron de Segundo Grado de Consistencia (II) y de Tercer Grado de Consistencia (III), resultaron aquellos aportados por una única fuente de información.<sup>43</sup>

Finalmente, con la finalidad de aportar información cuantitativa al análisis de la relación existente entre los síntomas de estrés y el DP (en el año 2012) se emplearon medidas de resumen para variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas.

## **II. 7. Aspectos éticos**

La Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud del Vice Ministerio de Asistencia Médica del MINSAP apoyó la realización de la investigación con el compromiso de poner en práctica los resultados. Los representantes del PCC y el CITMA del Municipio Plaza de la Revolución igualmente solicitaron a la ENSAP evidencia científica sobre la caracterización de los prestadores de los servicios de salud y las posibles causas que subyacen o justifican sus comportamientos, los que influyen en la satisfacción de los usuarios.

La investigación se insertó en el Programa Ramal de Investigaciones en Servicios y Salud que lideraba la Escuela Nacional de Salud Pública con Expediente No. 0807038.

Previo a la ejecución de la investigación se consultó y solicitó autorización de cada una de las autoridades sanitarias de las diferentes instancias: MINSAP, Dirección Provincial y Municipal de

Salud, así como cada uno de los Directores de los siete policlínicos del Municipio Plaza de la Revolución.

La actividad se inició explicando a los especialistas en MGI, las características y objetivos de la investigación y de cada uno de los instrumentos aplicados. Se garantizó la confidencialidad de los resultados. La investigación se realizó siguiendo las recomendaciones para estudios con seres humanos de la Declaración de Helsinki.<sup>166</sup> El inicio fue precedido de un consentimiento informado (Anexo 8), con todos los participantes que contaron con las condiciones de privacidad en espacios adecuadamente habilitados para este tipo de actividad.

La autora es psicóloga, máster y especialista en Psicología de la Salud, desde el año 1995 se ha dedicado al estudio y la investigación de la psicología de la salud laboral y calidad de vida laboral, particularmente ha desarrollado investigaciones sobre el tema del Desgaste Profesional en los profesionales de la salud, ha realizado publicaciones, presentado trabajos en Congresos y ha realizado tutorías y asesoramientos en las áreas referidas en Cuba, Colombia y México, lo que le confiere la experiencia y competencias necesarias para desarrollar este tipo de investigación.

#### **Consideraciones finales del Capítulo:**

En el capítulo se expuso, de manera exhaustiva, toda la metodología empleada durante la investigación, desde la caracterización del DP hasta la descripción de los síntomas de estrés y las fuentes de malestar en el trabajo, pasando por el análisis de la relación existente entre el desgaste profesional y las instancias reguladoras de la personalidad: autoestima y personalidad resistente.

### **CAPÍTULO III: CARACTERIZACIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL EN LOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

El capítulo tiene como objetivo presentar, analizar y discutir los resultados del estudio, con lo que se pretende dar respuesta a los objetivos propuestos por la autora. Con vistas a facilitar la comprensión del contenido expuesto, éste se estructura en acápites relacionados con los resultados de las fases de la investigación: la descriptiva o de caracterización del Desgaste Profesional en los especialistas en MGI que laboran en la APS, los factores de riesgo socio-laborales presentes y que resultaron asociados al desarrollo del DP y la segunda fase, analítica: que permitió la asociación del DP con las instancias de la personalidad: autoestima y personalidad resistente. Se identificaron las fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los médicos, así como los síntomas de estrés reportados por ellos en los años 2007 y 2012.

Mediante el empleo de las herramientas de la investigación cualitativa, se identificaron las fuentes que provocan en estos especialistas la aparición de manifestaciones psicosociales que afectan su salud, y su interacción con los usuarios que solicitan sus servicios. La triangulación de la información se realizó según tipo de fuente de información y de informantes.

#### **III. 1. Fase descriptiva o de caracterización**

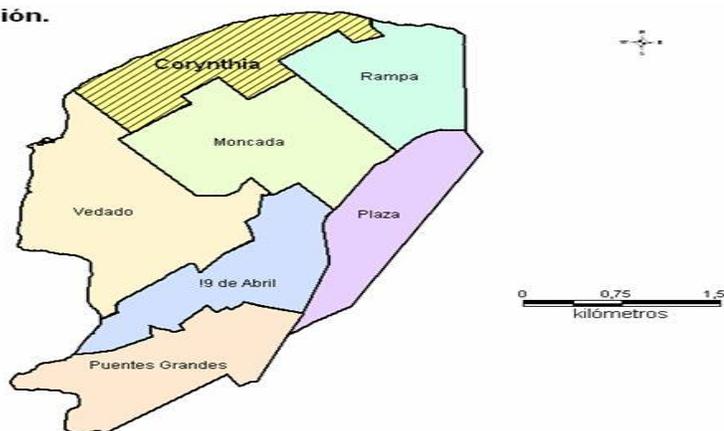
##### **III.1.1. Caracterización del Municipio Plaza de la Revolución, contexto donde se realizó la investigación**

El municipio Plaza de la Revolución es de gran importancia política, administrativa, histórica y turística, siendo sede de acontecimientos importantes para toda la nación. Ocupa el cuarto lugar en densidad poblacional en la provincia de La Habana, y posee una población flotante entre 20 mil y 30 mil personas diarias, sin incluir a estudiantes y trabajadores no residentes en el municipio.<sup>42</sup>

Las principales características demográficas son las de baja natalidad y fecundidad y un alto envejecimiento poblacional, el cual alcanza el 21.3 % de la población, existiendo un predominio numérico de las mujeres 54.2 %, con respecto a los hombres: 45.7 %.<sup>42</sup>

Respecto a la organización de los servicios, cuenta con 7 áreas de salud, representadas por igual número de policlínicos: Plaza de la Revolución, 19 de Abril, Rampa, Puentes Grandes, Moncada, Vedado (15 y 18) y Héroes del Corynthia. También existen un importante número de Institutos y de centros asistenciales de referencia nacional subordinados a los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.<sup>42</sup>

**Municipio Plaza de la Revolución.  
 Áreas de Salud**



**III.1.2. Caracterización del Desgaste Profesional en los especialistas en Medicina General Integral que laboran en la Atención Primaria de Salud en virtud de variables sociodemográficas y laborales**

La distribución de los especialistas en MGI del municipio Plaza de la Revolución según la presencia de desgaste profesional, en los dos momentos estudiados se presenta en la tabla 1. Así, para el año 2007, el 82,5 % estaba afectado por el síndrome, en tanto que en el año 2012, se constata una discreta mejoría, al descender a 72,9 %, es decir, una reducción aproximada de diez puntos porcentuales. Sin embargo, es válido aclarar que en ambos momentos el nivel de desgaste de los profesionales investigados fue elevado.

Los niveles señalados constituyen evidencia de que el síndrome constituye un problema de salud que afecta a los profesionales del municipio de referencia. La dimensión del problema es merecedora además de atención como un problema de salud pública, en la medida que se trata de una afectación a profesionales cuya misión es cuidar la salud de otras personas.

Tabla 1. Distribución de especialistas en MGI según desgaste profesional y año

Desgaste profesional	Año			
	2007		2012	
	No.	%	No.	%
Presente	66	82,5	62	72,9
Ausente	14	17,5	23	27,1
Total	80	100,0	85	100,0

Este resultado coincide con otros estudios realizados sobre el DP en profesionales de la APS que evidencian en general, altos niveles de prevalencia. De las Cuevas y cols.<sup>28</sup> en Tenerife, hallaron que casi el 60 % de los investigados experimentaron algún grado de desgaste en su vida profesional; un estudio efectuado por Molina y cols.<sup>27</sup> encontraron una prevalencia de 69.2 % en médicos españoles de un área sanitaria de Madrid y Aranda y cols.<sup>29</sup> en Guadalajara - México, hallaron igualmente que en los médicos familiares la prevalencia del síndrome fue de 64.8 %.

Estudios realizados en Cuba por Sánchez<sup>30</sup> en el policlínico Girón, del municipio Cerro; Diéguez Calderón,<sup>32</sup> en el municipio Playa y Díaz Díaz,<sup>33</sup> en la provincia de Matanzas; encontraron similares resultados. En el año 2003, los hallazgos respecto a la prevalencia del DP en los especialistas en MGI del municipio Plaza de la Revolución fueron de 90.3 %.<sup>31</sup> Aunque entre el año 2007 y 2012, se muestra una tendencia a la disminución de los profesionales afectados por el desgaste, se pone en evidencia que, a pesar de los cambios ocurridos en la APS a partir del año 2003, la presencia del DP continúa siendo un problema de salud que afecta a estos especialistas, lo que alerta sobre la necesidad de indagar sobre las fuentes que inciden en la aparición de este tipo de afectación relacionada con el trabajo para diseñar programas y realizar acciones que lo prevengan.

Sustentan este resultado, las expresiones de los médicos estudiados, respecto a la elevada carga de trabajo, definida como presión asistencial excesiva, siendo esta una de las principales fuentes del DP relacionada con el puesto de trabajo; otras de las fuentes están relacionadas con las características de la tarea propiamente dicha y que distinguen al trabajo del médico de la APS, del que realizan otros profesionales de la salud.

Las características de la APS, la interacción constante y mantenida en el tiempo con los pacientes y sus familiares, necesitados de atención física y psicológica, la solicitud frecuente de informes y trámites de control, por lo general con urgencia, los eventos emergentes y las contingencias a las que se enfrenta el médico, como es el caso de las epidemias, particularmente de dengue y más recientemente de cólera, las exigencias cada vez más crecientes relacionadas con los servicios, nuevas tecnologías, los programas de salud, la asistencia-docencia-investigación, le imponen al especialista en MGI, altas demandas con los habituales recursos de afrontamiento.

Una posible explicación al DP de los especialistas estudiados, podría ser también el hecho de que sus expectativas no hayan podido ser ajustadas a la realidad asistencial actual.

Otro argumento que pudiera justificar las cifras de DP observadas, podría ser la falta de una formación específica para la labor a desempeñar por los profesionales de la APS, con una

desarticulación marcada entre unos excesivos conocimientos teóricos y un escaso entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional.

### III.1.3. El Desgaste Profesional y algunas variables sociodemográficas y laborales

En la tabla 2 se presenta la distribución de los especialistas en MGI investigados, en virtud de la edad, la presencia de desgaste profesional y el año. En el año 2007, hubo un discreto predominio del síndrome en los más jóvenes (91,7 % vs. 78,6 %), en tanto que en el 2012 hubo un desplazamiento hacia las edades de 45 años y más (81,4 % vs. 60,0 %). Vale aclarar, que en el año 2007, ninguno de los facultativos estudiados tenía 45 años o más de edad. Al realizar la prueba  $X^2$  para la regresión, en ambos momentos no resultó significativa, por lo que las diferencias muestrales pueden atribuirse al azar. Sin embargo, si analizamos los datos y la proximidad del valor de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba en el 2012 ( $p= 0,08$ ), podemos decir que hay cierta tendencia al incremento del síndrome con el incremento de la edad para el momento de referencia.

Tabla 2. Distribución de especialistas en MGI según grupos de edades, año y desgaste profesional

Grupos de edades	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
25-34	22	91,7	2	8,3	3	60,0	2	40,0
35-44	44	78,6	12	21,4	24	64,9	13	35,1
45 y más	-	-	-	-	35	81,4	8	18,6
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>62</b>	<b>72,9</b>	<b>23</b>	<b>27,1</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{reg}= 1,97$  gl= 1 p= 0,16

\*\*\*  $X^2_{reg}= 2,96$  gl=1 p= 0,08

Existe consenso con respecto a la aparición del síndrome en los individuos más jóvenes, lo que se atribuye a su menor experiencia en relación con los de mayor edad que se proyectan más seguros y experimentados. De ahí que para los más jóvenes sea mayor la vulnerabilidad al DP. Se conoce que existen modificaciones en las respuestas a los factores de estrés determinados por la edad, esta influye en la manera en que se perciben los acontecimientos generadores de estrés en el trabajo y la importancia que se le concede a los mismos.<sup>30-33, 122</sup>

Con el aumento de la edad, también se incrementa la experiencia profesional, los conocimientos, los hábitos, las habilidades, el sentido de responsabilidad y la capacidad de resolver problemas. El médico se apropia de mayor seguridad en las tareas que de su rol se derivan y se hace menos vulnerable al DP, deja atrás las expectativas inalcanzables y puede que se reajuste y adapte a la

realidad gracias a la experiencia alcanzada. Una característica particular de estos profesionales es que, por lo general mantienen cierta estabilidad en el lugar de trabajo lo que les facilita el conocimiento de la comunidad que atienden, la dificultad estaría en el acercamiento emocional, que en dependencia de los recursos personológicos y de afrontamiento de los médicos, podría convertirse en un factor de riesgo para la aparición del DP con independencia de la edad. Esto es lo que parece estar sucediendo en el estudio, realizado en el año 2012, cuando se evidenció que son los especialistas de 45 años y más, los más afectados por el DP.

En este análisis también podría considerarse que estos especialistas han sido los protagonistas de los numerosos cambios y transformaciones que han ocurrido en el SNS y particularmente en la APS, de modo que su permanencia en el programa del médico y la enfermera de la familia, las responsabilidades asumidas, el nivel de exigencias y las contingencias que deben solucionar con bastante frecuencia, asociado al aumento de la edad, puede que hagan a estos profesionales más vulnerables a padecer DP.

Al relacionar el desgaste profesional con el sexo, se aprecia que para el año 2007, existió un ligero predominio de desgaste en el sexo masculino (93,3 % vs. 80,0 %), que se mantiene en el 2012, aunque con niveles inferiores (76,5 % vs. 72,1 %). (Tabla 3). Al realizar la prueba de independencia o asociación, no se encontraron diferencias significativas ( $p > 0,05$ ), lo que quiere decir que con la información existente no hay evidencias suficientes para plantear asociación importante entre el sexo y la presencia de desgaste, en ninguno de los momentos en que se realizó la investigación.

Tabla 3. Distribución de especialistas en MGI según sexo, año y desgaste profesional

Sexo	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	52	80,0	13	20,0	49	72,1	19	27,9
Masculino	14	93,3	1	6,7	13	76,5	4	23,5
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>62</b>	<b>72,9</b>	<b>23</b>	<b>27,1</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{co} = 0,72$

gl=1

p=0,40

\*\*\*  $X^2_{co} = 0,004$

gl=1

p=0,951

Autores como Diéguez<sup>32</sup> en el municipio Playa y Fernández Cantillo<sup>114</sup> en Guantánamo, reportaron una mayor prevalencia para el sexo masculino, mientras que Sánchez,<sup>30</sup> en estudio realizado en el Cerro, no registró grandes diferencias entre ambos sexos.

Resultados diferentes a estos hallazgos se reportan por Moreno y colaboradores,<sup>122</sup> quienes encuentran que son las mujeres las que obtienen una mayor puntuación, lo atribuyen a que las mujeres médicas tienen un importante factor de estrés sobreañadido: "la doble jornada laboral". Un resultado semejante, fue el identificado por esta autora en especialistas en MGI de trece provincias de Cuba, en el año 2003.<sup>87</sup>

Greenglas y Burke, citados por Moreno plantean, que el DP se relaciona en los hombres con problemas de competencia profesional, mientras que en las mujeres los factores laborales entran en conflicto con la vida personal y producen interferencia entre la vida íntima y la profesional.<sup>122</sup>

Etzion y Pines,<sup>98</sup> estudian el síndrome y plantean que la diferencia en la magnitud con que afecta a ambos sexos se relaciona con mecanismos de defensa diferentes asumidos desde la perspectiva de género. Encuentran que el estilo de afrontamiento utilizado por las mujeres es hablar sobre la fuente de estrés, en tanto los hombres tienden a ignorar la misma. Este resultado puede estar mediado por factores idiosincráticos y socio-culturales.

En la tabla 4 se presenta la distribución de los especialistas en MGI según el desgaste profesional, la relación de pareja y el año del estudio. Así, para el 2007 se constata un discreto predominio del desgaste en los que tenían pareja (93,3 % vs. 80,0 %). Resultados similares reportaron Diéguez, Rodríguez Brito y Díaz Díaz,<sup>31-33</sup> quienes apuntaron a que el mayor por ciento de los afectados por el DP está en los sujetos con pareja estable. En tanto para el 2012, los resultados son muy parecidos, aunque discretamente superiores en los que no tienen pareja (73,9 % vs. 72,1 %). Las pruebas de independencia o asociación realizadas no resultaron significativas.

Tabla 4. Distribución de especialistas en MGI según el desgaste profesional y la relación de pareja, año y desgaste profesional

Relación de pareja	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	14	93,3	1	6,7	44	72,1	17	27,9
No	52	80,0	13	20,0	17	73,9	6	26,1
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>61****</b>	<b>72,6</b>	<b>23</b>	<b>27,4</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{co}=0,72$

gl=1

p=0,40

\*\*\*  $X^2_{co}=0,000$

gl=1

p=1,000

\*\*\*\* Un sujeto no respondió

Aunque la relación de pareja puede considerarse como fuente de apoyo, es reconocido que no es el estado civil ni la relación estable lo que influye positivamente sino el apoyo socio-emocional y la

calidad de la relación.<sup>25, 119</sup> El apoyo social ha demostrado ser un factor importante, principalmente con relación a las consecuencias que pueden tener las crisis en la vida de una persona.

Es probable que los resultados que aquí se exponen estén relacionados con que la pareja no constituye una fuente de apoyo real "con carácter amortiguador" ante la aparición del DP, quizás porque la pareja sea generadora de más sobrecarga, debido a que entraña una fuente de preocupación, demandas y responsabilidad para el médico o médica de la familia, (en este caso esposa o esposo). Es válido recordar que en numerosas ocasiones, el especialista realiza actividades laborales en el espacio de tiempo que debería dedicar a la pareja o a la familia, según los propios reportes de los médicos estudiados.

Los especialistas en MGI, distribuidos en virtud de las variables número de hijos y presencia de desgaste profesional en cada año investigado se presentan en la tabla 5. En ella se aprecia que en el primer momento hubo un comportamiento muy similar del desgaste entre las categorías de la variable número de hijos, con porcentajes que fluctúan entre 80,6 y 88,9. Sin embargo, en 2012 hubo mayor variabilidad, con porcentajes que se mueven entre 65,1 (para el grupo 2 y más) y 83,9 (para el grupo 1 hijo). En ambos momentos la prueba realizada no resultó significativa.

Tabla 5. Distribución de especialistas en MGI según número de hijos, año y desgaste profesional

Número de hijos	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	8	88,9	1	11,1	8	72,7	3	27,3
1	29	80,6	7	19,4	26	83,9	5	16,1
2 y más	29	82,9	6	17,1	28	65,1	15	34,9
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>72,9</b>	<b>14</b>	<b>27,1</b>	<b>62</b>	<b>72,9</b>	<b>23</b>	<b>27,1</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{Reg} = 0,014$  gl=1 p=0,907

\*\*\*  $X^2_{Reg} = 3,21$  gl=2 p=0,201

Diversos autores plantean como una fuente protectora del DP la existencia de hijos. La mayoría considera que esto se vincula a la tendencia encontrada en los padres a ser personas más "maduras y estables", lo que guarda relación con una mayor motivación y sentido de responsabilidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales con la ayuda del apoyo familiar.<sup>167, 168</sup> Gil-Monte y Peiró,<sup>62</sup> afirman que los sujetos con hijos tienen más edad, son más maduros, tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva laboral diferente, los que no tienen hijos usan más el trabajo como fuente de vida social, se implican excesivamente con la gente del ámbito laboral y en consecuencia, aumenta el riesgo al DP.

Los resultados de las investigaciones realizadas en Cuba respecto a la presencia del DP según el número de hijos, no son coincidentes, lo que pudiera estar relacionado con otros factores como: edad de los hijos, tipo de educación que se les brinda, el aprendizaje del rol de madre o padre y el apoyo sociofamiliar del que se dispone para la atención y cuidado de los mismos, las necesidades materiales a satisfacer y la disponibilidad de los recursos económicos para ello.<sup>30-35</sup>

En la tabla 6 se presentan los especialistas en MGI distribuidos según años de graduado y desgaste profesional, para cada momento del estudio. Aquí se observa que para el año 2007 existió un comportamiento descendente del síndrome en la medida que aumentan los años de graduado con porcentajes que se mueven entre 100,0 en los que no sobrepasan los nueve años y 62,5 entre los que tienen 20 o más años, diferencias que resultaron significativas ( $p=0,007$ ). Sin embargo, en el 2012, a pesar de constatarse diferencias importantes ( $p=0,021$ ), no se aprecia un comportamiento tendencial, siendo el grupo que presentaba entre 10 y 19 años de graduado, el menos afectado por el síndrome, aunque si comparamos los grupos extremos, se aprecia un incremento del problema en la medida que se incrementan los años de graduado (75,0 % vs. 83,3 %).

Tabla 6. Distribución de especialistas en MGI según años de graduado, año y desgaste profesional

Años de graduado	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤9	14	100,0	0	0,0	3	75,0	1	25,0
10-19	42	84,0	8	16,0	14	51,9	13	48,1
20 y más	10	62,5	6	37,5	45	83,3	9	16,7
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>62</b>	<b>72,9</b>	<b>23</b>	<b>27,1</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{reg}= 7,3$  gl=1  $p= 0,007$

\*\*\*  $X^2_{reg}=5,36$  gl=1  $p= 0,021$

Con respecto a la relación entre los años de graduados de los especialistas en MGI y la prevalencia del DP, existe controversia entre los diferentes autores, quienes plantean que es de suponer que con los años se adquiere mayor experiencia profesional, se desarrollan y perfeccionan mecanismos eficaces de afrontamiento, tanto personales como en el ámbito de la profesión y se realizan ajustes entre las expectativas sobre la profesión y la realidad de la práctica profesional.<sup>62,87,88,97,122</sup> Por otro lado investigadores como Prieto Albino<sup>25</sup> refieren que la posible relación inversa entre antigüedad laboral y el DP podría estar sustentada, más que en la edad, en la exposición a un ambiente laboral con alto nivel de estrés en el que el profesional podría incluso, abandonar su trabajo tras un período no muy prolongado.

La distribución de los especialistas en MGI atendiendo a la presencia del síndrome y la cantidad de personas que atienden - para cada año- se presenta en la tabla 7. Aquí se aprecia -para el 2007- que la menor afectación ocurre para aquellos que atienden entre 11 y 19 personas (38,5 %), mientras que los más afectados atienden 20 y más (94,7 %), diferencias que resultaron significativas ( $p=0,001$ ); por lo que existen evidencias suficientes para plantear incremento del síndrome con relación a un número elevado de personas a atender. En el 2012, se aprecia una tendencia al incremento del desgaste profesional en la medida en que se incrementa el número de pacientes asistidos en el consultorio o terreno por el especialista en MGI, con diferencias porcentuales que se mueven entre 50,0 y 77,1; sin embargo, estas últimas no resultaron significativas, aunque sí muy próxima al valor crítico elegido ( $p=0,07$ ).

Tabla 7. Distribución de especialistas en MGI según personas que atiende, año y desgaste profesional

Personas que atiende	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤10	7	70,0	3	30,0	1	50,0	1	50,0
11-19	5	38,5	8	61,5	7	53,8	6	46,2
20 y más	54	94,7	3	5,3	54	77,1	16	22,9
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>62</b>	<b>72,9</b>	<b>23</b>	<b>27,1</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{reg}= 10,22$  gl=1  $p=0,001$

\*\*\*  $X^2_{reg}= 3,29$  gl=1  $p=0,070$

En este sentido Gil-Monte<sup>5</sup> afirma que, en el contexto de las organizaciones sanitarias, son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome, las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-usuario de los servicios de salud y por la relación profesional-organización.

En la relación profesional-usuario en el contexto de la APS, es necesario considerar la naturaleza de los problemas de salud que deben ser asistidos. Si se toma en cuenta que el especialista en MGI en la comunidad, atiende a las personas durante todo el curso de la vida, (desde la concepción hasta la muerte), además de las acciones de promoción de salud y prevención de las enfermedades, la curación y rehabilitación, se comprende entonces la diversidad y amplitud de las acciones de salud que debe realizar este profesional.

Todo apunta a que existe relación directa entre el número de personas que debe asistir el médico y la presencia del DP, haciendo suponer que la presión asistencial es un factor indicador de amenaza

para presentar el síndrome. La cantidad de usuarios de los servicios, que asisten a la consulta médica sin una planificación previa, para verificar la tensión arterial, solicitar una receta médica o consultar una decisión personal o familiar, hace que el médico cuente con poco tiempo para dedicar a cada persona y perciba presión asistencial con urgencia temporal, que son causas de estrés y que, de mantenerse en el tiempo, pueden resultar dañinas para su salud y afectar la calidad del servicio que prestan.

El DP no sólo tiene relación con las características del trabajo del especialista en MGI en la APS, con el sentido personal que tiene la profesión, con características personalógicas, sino también con la sobrecarga laboral generada en los últimos tiempos, debido a que el entorno ha cambiado, aumentando las exigencias para este profesional.

Resultan importantes la naturaleza de la enfermedad y el tipo de personalidad de los enfermos que los conducen a tener una percepción subjetiva del trastorno, que determina la postura adecuada o no ante su enfermedad, lo que va a representar para el médico la necesidad de un enfoque individualizado para su manejo y de tiempo para realizarlo. Cuentan además los aspectos de tipo organizativo de los servicios de salud en la APS y los que se generan de las decisiones y estilos de dirección de quienes están al frente de algunas instituciones y que, según los propios especialistas estudiados, en los últimos tiempos se caracterizan por ser autoritarios, amenazantes y sin dar la posibilidad a los subordinados de participar en la toma de decisiones de las acciones que luego, deben ellos mismos ejecutar.

La presentación de los datos relativos a la distribución de los MGI según presencia de desgaste profesional y la realización de actividades laborales en casa por año de estudio aparece en la tabla 8. En ella se aprecia, para ambos momentos, una tendencia al incremento del síndrome con la realización de estas. Así, para el 2007, el desgaste en los que realizaban actividades laborales en el hogar afectó al 83.3 % de los especialistas, mientras que en los que no las realizaban este problema se presentó en el 50 %. En el 2012, el 76,9 % de los que realizaban las actividades referidas presentó el síndrome, mientras que solo el 28,6 % de los que no las realizaban tenían la afectación.

Sin embargo, al realizar la prueba de hipótesis correspondiente, esta no resultó significativa en el primer momento ( $p=0,78$ ), y sí en el segundo ( $p=0,021$ ).

EL desplazamiento de las actividades laborales para el ámbito hogareño, disminuye el tiempo libre para el especialista, privándole del disfrute de éste, en actividades que contribuyan al descanso

necesario y la recreación, así como la posibilidad de compartir con la familia y los amigos, según las expresiones de los médicos estudiados.

Tabla 8. Distribución de especialistas en MGI según realización de actividades laborales en casa, año y desgaste profesional

Realización actividades laborales en la casa	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	65	83,3	13	16,7	60	76,9	18	23,1
No	1	50,0	1	50,0	2	28,6	5	71,4
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>62</b>	<b>72,9</b>	<b>23</b>	<b>27,1</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{co} = 0,080$

gl=1

p= 0,78

\*\*\*  $X^2_{co} = 5,36$

gl=1

p= 0,021

Este resultado permite reconocer la existencia de sobrecarga extralaboral, en tanto la mayoría de los médicos necesitan dedicar el tiempo destinado a su descanso o al cambio de actividad en el hogar a labores de su trabajo, como: llenar las historias clínicas, hacer resúmenes de historias, auto-preparación docente, (pues refieren no contar con el tiempo suficiente en el horario de la jornada laboral, por la presión asistencial), igualmente describen que en el horario extralaboral deben atender alguna urgencia y en otras ocasiones, necesidades de sus pacientes que podrían esperar a la consulta del día siguiente, todo ello podría devenir, en importante fuente para la aparición de DP.

Estos resultados coinciden con los de otros estudios realizados en Cuba. Así, Díaz Díaz<sup>33</sup> refiere la mayor prevalencia de DP en los especialistas que realizan labores del trabajo en su casa, Diéguez<sup>32</sup> reporta que la mayoría de los médicos realizan labores del trabajo en la casa, y en ellos se observó un elevado DP, contrario a lo que ocurría con los que no la realizaban.

Al relacionar las variables desgaste profesional y la realización de actividades docentes, en los especialistas estudiados en cada momento se observa que en el año 2007 los resultados fueron muy parecidos -aunque discretamente favorables para los vinculados a la docencia- (80,0 % vs. 86,7 %). En el 2012, también se registran resultados parecidos, aunque en este la diferencia encontrada favoreció a los no vinculados a estas actividades (74,5% vs. 69,0 %). Nótese que para ambos momentos las diferencias no son significativas, aunque en el 2012, esta se encuentra próximas a la región crítica (p=0,08).

Tabla 9. Distribución de especialistas en MGI según realización de actividades docentes, año y desgaste profesional

Realización Actividades docentes	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	40	80,0	10	20,0	41	74,5	14	25,5
No	26	86,7	4	13,3	20	69,0	9	31,0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>61****</b>	<b>72,6</b>	<b>23</b>	<b>27,4</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{co} = 0,21$  gl=1 p= 0,65

\*\*\*  $X^2_{co} = 0,083$  gl=1 p= 0,08

\*\*\*\* Un sujeto no respondió

Diéguez<sup>32</sup> encontró que los que participaban en la docencia sistemáticamente presentaban en menor cuantía el síndrome, esta autora lo atribuyó a "la necesidad de prepararse continuamente y actualizarse".

Maslach y Jackson<sup>9</sup> plantean que los profesionales asistenciales que combinan la asistencia con labores administrativas y docentes tienden a presentar menos DP que los que no lo hacen. A diferencia de lo anterior Díaz Díaz<sup>33</sup> encontró que los que impartían docencia mostraban una mayor prevalencia del síndrome.

Los hallazgos del presente estudio podrían indicar que la actividad docente aumenta las exigencias, la responsabilidad y la sobrecarga, y aunque diversifica la actividad y las características del trabajo educativo y pudiera ser gratificante para el médico, en el momento que se realizó la investigación, según lo referido por los profesionales estudiados, constituye una fuente de malestar y sobrecarga laboral.

### **III.2.1. Dimensiones configuracionales del desgaste profesional según variables sociodemográficas y laborales**

La prevalencia del DP por dimensiones y su manifestación según un conjunto de variables sociodemográficas y del trabajo que realizan los especialistas en MGI estudiados se presenta en este acápite.

### **III.2.2. Cansancio Emocional y variables sociodemográficas y laborales**

En la tabla 10 se presenta la distribución de los especialistas en MGI, según la dimensión cansancio emocional y año. Así, en ambos momentos hubo un predominio de la categoría moderado con 46,3 % y 58,8 % respectivamente, seguida por la categoría alto con 36,3 % en 2007 y 25,9 % en 2012.

Tabla 10. Distribución de especialistas en MGI según cansancio emocional, y año

Cansancio Emocional	Año			
	2007		2012	
	No.	%	No.	%
Bajo	14	17,5	13	18,3
Moderado	37	46,3	50	58,8
Alto	29	36,3	22	25,9
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

Respecto al CE, algunos autores como Moreno-Jiménez, González y Garrosa<sup>169</sup> han insistido en la relevancia de esta dimensión como elemento del síndrome. Ellos, citan a Shirom y Leiter, quienes basados en diferentes análisis y en las abundantes correlaciones encontradas entre esta dimensión y otras variables, consideran que el CE es el verdadero núcleo del burnout. Afirman por tanto que el CE es el componente más próximo a las definiciones habituales del estrés crónico. Sin embargo, la reducción del DP a este único elemento identificaría el síndrome con un proceso claramente unidimensional, despojándolo de sus manifestaciones actitudinales, en tanto que las investigaciones demuestran que se trata de un proceso más complejo y multidimensional. No obstante, son numerosos los trabajos que han considerado el componente de CE como el factor más predictivo de las numerosas consecuencias negativas del DP, de forma que a mayor intensidad de esta dimensión, mayor nivel de consecuencias.

La distribución de los especialistas según cansancio emocional y edad -para cada momento del estudio- se presenta en la tabla 11, en tanto que los resultados del ANOVA aparecen en la 11A. En el 2007, la mayor magnitud de cansancio -tanto desde el punto cualitativo como cuantitativo- aparece en los más jóvenes (en el grupo de 25-34 se consigna el 45,8 % de los especialistas, en tanto la edad promedio de cansancio emocional alto es de 36,69 años). En el 2012, hay una ligera tendencia al incremento del cansancio emocional alto con la edad desde 20,0 % a 30,2 % y una media de edad muy parecida en las distintas categorías de CE. Nótese que en ambos momentos predomina el CE moderado en todos los grupos etarios.

Según el ANOVA se aprecia que en el 2007 hubo diferencias significativas entre los grupos extremos de CE, en relación con los valores medios de edad con medias de 36,69 vs. 41,07 ( $p=0,015$ ); por lo que se puede afirmar que en este estudio la edad puede ser considerada una variable asociada al CE. En tanto que para el año 2012 no se constataron diferencias importantes.

Tabla 11. Distribución de especialistas en MGI según grupos de edades, año y cansancio emocional

Grupos de edades	Año/ Cansancio emocional											
	2007**						2012***					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
25-34	11	45,8	12	50,0	1	4,2	1	20,0	3	60,0	1	20,0
35-44	18	32,1	25	44,6	13	23,2	8	21,6	22	59,5	7	18,9
45 y +	-	-	-	-	-	-	13	30,2	25	58,1	5	11,6
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>36,2</b>	<b>37</b>	<b>46,2</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>22</b>	<b>25,9</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>13</b>	<b>18,3</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

Tabla 11A. Resultado del ANOVA para la comparación de las medias de edades por categorías de la dimensión cansancio emocional, años 2007 y 2012

Cansancio Emocional	Año							
	2007				2012			
	Media	Desv. Típica	F	Prob.	Media	Desv. Típica	F	Prob.
Alto	36,69	4,94	4,47	0,015*	44,32	5,68	0,086	0,918
Moderado	38,19	6,05			44,06	5,09		
Bajo	41,07	6,63			43,54	6,00		

\* Diferencias entre las categorías alto y bajo de cansancio emocional

Díaz Díaz<sup>33</sup> reportó que los niveles más altos de CE de los profesionales se presentan en los de mayor edad; sin embargo, esta autora<sup>87</sup> encontró en el año 2003, que el grupo mayormente afectado era el de los más jóvenes, lo que fue atribuido al idealismo y altruismo de los recién graduados, y a la no correspondencia entre la expectativas y la práctica durante el ejercicio de la profesión. Estos planteamientos y los resultados de esta investigación corroboran la necesidad de contextualizar los hallazgos y profundizar en los elementos que pudieran estar incidiendo desde los recursos personalógicos hasta los que están relacionados con la organización.

En la tabla 12 se presenta la distribución de los especialistas en MGI según la presencia de cansancio emocional y sexo para cada momento. Así, se puede observar que en las mujeres hubo un predominio de CE moderado en ambos momentos, que se incrementa con el tiempo -55,4 % y 66,7 % respectivamente-; en tanto que en los hombres hubo un predominio de CE alto, que decrece en el tiempo -73,3 % vs. 47,1 %, respectivamente-. La prueba de Bartholomew evidencia que las diferencias de CE por sexo son significativas en ambos momentos ( $p \leq 0,005$  y  $p \leq 0,025$ )

Tabla 12 Distribución de especialistas en MGI según sexo, año y cansancio emocional

Sexo	Año/ Cansancio emocional											
	2007**						2012***					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	18	27,7	36	55,4	11	16,9	14	20,6	44	66,7	10	14,7
Masculino	11	73,3	1	6,7	3	20,0	8	47,1	6	35,3	3	17,6
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>36,2</b>	<b>37</b>	<b>46,2</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>22</b>	<b>25,9</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>13</b>	<b>18,3</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=13,32$  gl= 2  $p \leq 0,005$

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=5,76$  gl=2  $p \leq 0,025$

En este sentido se observan discrepancias entre los resultados que exponen diferentes autores respecto al CE y el sexo. Investigaciones como la de Aranda en Guadalajara, reporta diferencias significativas, siendo el grupo de mujeres el que alcanza valores más elevados.<sup>29</sup>

Esta autora, junto a un grupo de profesores de la Escuela Nacional de Salud Pública, en la investigación realizada en trece provincias de Cuba en el año 2003, titulada "*Elementos que definen la gestión del Equipo Básico de Salud*", encontró una mayor cantidad de mujeres con CE alto, a diferencia de los hombres que presentan una relación inversa en este sentido.<sup>35</sup> Otros autores, entre ellos Sánchez,<sup>30</sup> no encontraron diferencias significativas con respecto al sexo y el CE.

La distribución de los especialistas según el CE, la relación de pareja y el momento del estudio se presenta en la tabla 13. Aquí se aprecia que -en 2007- para los que tuvieron pareja hubo un predominio de CE alto (60,0 %), en tanto que entre los que adolecían de esta condición, predominó el moderado (47,7 %). En el 2012 hubo un predominio del CE moderado en ambos grupo (59,0 % vs. 56,5 %). La prueba de Bartholomew resultó significativa en el primer momento ( $p \leq 0,025$ ), mientras que en el segundo las diferencias muestrales pudieran deberse al azar ( $p \geq 0,10$ ).

Tabla 13. Distribución de especialistas en MGI según relación de pareja, año y cansancio emocional

Relación de pareja	Año/ Cansancio emocional											
	2007***						2012****					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	9	60,0	6	40,0	0	0,0	15	24,6	36	59,0	10	16,4
No	20	30,8	31	47,7	14	21,5	7	30,4	13	56,5	3	13,0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>36,2</b>	<b>37</b>	<b>46,2</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>22</b>	<b>26,2</b>	<b>49**</b>	<b>59,3</b>	<b>13</b>	<b>15,5</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\* Un sujeto no respondió

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=6,26$  gl= 2  $p \leq 0,025$

\*\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=0,357$  gl=2  $p \geq 0,10$

Este resultado permite considerar que la pareja no siempre constituye un apoyo desde el punto de vista emocional para los especialistas estudiados y por ello la presencia de CE, resultado que se corresponde con el análisis realizado respecto a la presencia de DP y la relación de pareja en estos profesionales.

En la tabla 14 se observa la distribución de los especialistas en MGI según CE y número de hijos para los momentos del estudio. Así, en 2007 I CE se manifestó de forma similar por categoría de la variable número de hijos, que consistió en predominio de especialistas con CE moderado, seguido por alto. Entre los que no tienen hijos, el 77,8 % presentó CE moderado, en tanto entre los que tienen 1 y los que tienen 2 y más la magnitud del CE moderado fue de 41,7 % y 42,9 % respectivamente. En el 2012, también se presentó de forma parecida, es decir, para todas las categorías de la variable número de hijos hubo un predominio de CE moderado, con porcentajes que varían entre 53,5, para los de 2 y más y 63,6 en los que no tienen. La prueba de hipótesis realizada no resultó significativa.

Tabla 14. Distribución de especialistas en MGI según número de hijos, año y cansancio emocional

Número de hijos	Año/ Cansancio emocional											
	2007**						2012***					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	2	22,2	7	77,8	0	0,0	2	18,2	7	63,6	2	18,2
1	14	38,9	15	41,7	7	19,4	7	22,6	20	64,5	4	12,9
2 y más	13	37,1	15	42,9	7	20,0	13	30,2	23	53,5	7	16,3
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>36,2</b>	<b>37</b>	<b>46,2</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>22</b>	<b>25,9</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>13</b>	<b>15,3</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\* $X^2_{Reg}=0,00$  gl=1 p=0,989

\*\*\*  $X^2_{Reg}=0,401$  gl=1 p=0,526

Otros autores no han encontrado una relación evidente entre el CE y el número de hijos, aunque obtienen cifras más elevadas en esta dimensión en los profesionales que no tienen hijos.<sup>33-35</sup>

Los datos que relacionan el CE con los años de graduado en cada momento del estudio, se presenta en la tabla 15. En ella se aprecia que, si bien predomina para ambos momentos el CE moderado, en el 2007 el CE alto decrece con los años de graduado (desde 42,9 % hasta 31,3 %), mientras que el 2012 casi se mantiene constante (de 25,0 % a 25,9 %). Sin embargo, al realizar el ANOVA (Tabla 15A), no se encontraron diferencias significativas en los valores promedios de los años de graduado por categoría de CE (p=0,220 y p=0,760 respectivamente)

Tabla 15. Distribución de especialistas en MGI según años de graduado, año y cansancio emocional

Años de graduado	Año/ Cansancio emocional											
	2007**						2012***					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤9	6	42,9	8	57,1	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0
10-19	18	36,0	22	44,0	10	20,0	7	25,9	13	48,1	7	25,9
20 y más	5	31,3	7	43,8	4	25,0	14	25,9	34	63,0	6	11,1
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>36,2</b>	<b>37</b>	<b>46,2</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>22</b>	<b>25,9</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>13</b>	<b>15,3</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

Tabla 15A. Resultado del ANOVA para la comparación de las medias de años de graduado por categorías de la dimensión cansancio emocional, años 2007 y 2012

Cansancio Emocional	Año							
	2007				2012			
	Media	Desv. Típica	F	Prob.	Media	Desv. Típica	F	Prob.
Alto	12,72	5,04	1,54	0,220	20,0	5,41	0,275	0,760
Moderado	14,27	5,22			20,28	5,08		
Bajo	17,5	5,88			19,08	5,38		

Diéguez<sup>32</sup> y Rodríguez Brito<sup>31</sup> reportaron un incremento del CE en la medida que aumentan los años de graduado.

El CE se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento y la fatiga, por lo que podría esperarse que aumentara con los años de graduado, en el caso de los más jóvenes la explicación estaría fundamentada en que se inician en la vida laboral y deben realizar un reajuste de sus expectativas y la actividad que deben enfrentar, además de las habilidades y conocimientos con que cuentan para ello.

En la tabla 16 se presenta la distribución de los especialistas en MGI según las personas que atienden y el nivel de CE. Así, para cada momento e intervalo de la variable personas que atiende, hubo un predominio de CE moderado, seguido de alto, con excepción de los que atienden entre 11 y 19 personas -en 2007- para los que predominó el CE bajo, con el 53,8 %, a lo que se adiciona que ningún especialista de este grupo presentó CE alto. La prueba  $X^2$  para la Regresión realizada no resultó significativa en los momentos estudiados ( $p=0,108$  y  $p=0,500$ ) respectivamente; ello hace pensar que los resultados podrían deberse al azar con confiabilidad del 95 %.

Tabla 16. Distribución de especialistas en MGI según personas que atiende, año y cansancio emocional

Personas que atiende	Año/ Cansancio emocional											
	2007**						2012***					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤10	5	50,0	3	30,0	2	20,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0
11-19	0	0,0	6	46,2	7	53,8	2	15,4	9	69,2	2	15,4
20 y más	24	42,1	28	49,1	5	8,8	20	28,6	39	55,7	11	15,7
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>36,2</b>	<b>37</b>	<b>46,2</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>22</b>	<b>25,9</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>13</b>	<b>15,3</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\* $X^2_{Reg}= 2,58$  gl=1 p=0,108

\*\*\*  $X^2_{Reg}=0,454$  gl=1 p=0,500

Sin embargo, aunque las diferencias no resultaron significativas, se debe considerar que tanto la poca demanda de atención por parte de los usuarios, como el incremento en el número de personas a atender, pueden incidir en la aparición del CE.

Existen quejas por parte de los especialistas estudiados, referente al número de personas que deben atender diariamente en consulta y en horario extralaboral, en muchas ocasiones sin grandes problemas de salud, (situación que se ha incrementado en los últimos tiempos, respaldada además por la accesibilidad y gratuidad de los servicios), lo que hace una práctica cotidiana la visita al consultorio médico de pacientes y de otras personas que no son residentes en el área de salud, para obtener recetas, solicitar consultas, tomar la tensión arterial, chequeos de rutina. Esto ocasiona que la consulta médica en la mayoría de las ocasiones no pueda ser planificada, lo que influye en el CE de los médicos de familia. En tal sentido un profesional expresó: *“La consulta parece una bodega”*.

La evaluación del CE entre los especialistas atendiendo a si realizaban o no actividades laborales en la casa para cada momento del estudio se presenta en la tabla 17. Así, para el 2007 se aprecia que la totalidad (100,0 %) de los que no realizaban este tipo de actividad presentaban CE moderado, mientras que en los que las realizaban, a pesar de distribuirse el CE en todas sus categorías, hubo un predominio de CE moderado (44,9 %), seguido de CE alto (37,2). Sin embargo, las diferencias observadas no son significativas ( $p>0,10$ ). En el 2012, se constata un predominio de CE moderado entre los que realizan actividades laborales en el hogar (60,3 %), mientras que en los del otro grupo, hubo una presentación equitativa entre las categorías CE moderado y bajo, con 42,9 % ( $p\leq 0,05$ ).

Tabla 17. Distribución de especialistas en MGI según realización de actividades en el hogar, año y cansancio emocional

Realización actividades laborales en la casa	Año/ Cansancio emocional											
	2007**						2012***					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	29	37,2	35	44,9	14	17,9	21	26,9	47	60,3	10	12,8
No	0	0,0	2	100,0	0	0,0	1	14,3	3	42,9	3	42,9
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>36,2</b>	<b>37</b>	<b>46,2</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>22</b>	<b>25,9</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>13</b>	<b>15,3</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{\text{Barth}}= 2,38$  gl= 2 p>0,10

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=4,5$  gl=2 p≤0,05

De ello podría inferirse que los niveles de CE disminuyen en la medida en que disminuyen las actividades laborales en el horario extralaboral. Los resultados coinciden con los obtenidos por otros investigadores en la APS en Cuba. <sup>30-33,87</sup>

La distribución de los especialistas según la realización de las actividades docentes en ambos momentos de estudio se ilustra en la tabla 18. Así, en el 2007, la distribución de los niveles de cansancio emocional entre los que realizan actividades docentes y los que no, es similar, con predominio en ambos grupo del CE moderado que ocupa el 46,0 % y el 46,7 % respectivamente, seguido por el CE alto, con discreto predominio para los que realizan las actividades de referencia (38,0 % vs. 33,5 %). Estos resultados no difieren desde el punto de vista estadístico (p>0,10). En el 2012, la distribución de los especialistas fue diferente, en el sentido que si bien para ambos grupos hubo un predominio de CE moderado (65,5 % vs. 44,8 % respectivamente), para los que no realizan las actividades señaladas, el nivel de CE alto que afecta al 41,4 %, es muy parecido al moderado. Las diferencias observadas son, estadísticamente significativas (p≤0,025)

Tabla 18. Distribución de especialistas en MGI según realización de actividades docentes, año y cansancio emocional

Realización actividades docentes	Año/ Cansancio emocional											
	2007***						2012****					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	19	38,0	23	46,0	8	16,0	10	18,2	36	65,5	9	16,4
No	10	33,3	14	46,7	6	20,2	12	41,4	13	44,8	4	13,8
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>36,2</b>	<b>37</b>	<b>46,2</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>22</b>	<b>26,2</b>	<b>49**</b>	<b>59,3</b>	<b>13</b>	<b>15,5</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año \*\* un sujeto no respondió

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}= 0,29$  gl= 2 p>0,10

\*\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=5,37$  gl=2 p≤0,025

Para Diéguez<sup>32</sup> los que siempre impartieron docencia presentaban menor prevalencia del CE, lo atribuye a que estos se involucran más con su profesión, se preparan mejor, se sienten atraídos por

su trabajo, y logran hacer realidad sus expectativas. Este análisis es válido para ese momento de la investigación, cuando era una demanda de los propios especialistas en MGI, asumir la enseñanza de su especialidad, de modo que en esa ocasión se satisfizo una expectativa y deseo reclamado.<sup>35</sup> A diez años de realizada esta investigación, la dinámica de trabajo del médico de familia cambió y hoy consideran, dado el cúmulo de actividades que deben realizar y de grupos de pregrado y posgrado que deben atender, que se convierte en una sobrecarga laboral que incide negativamente en su bienestar emocional.

### **III.2.3. Despersonalización y variables sociodemográficas y laborales**

Las tablas 19 a la 27, resumen la información relacionada con la Despersonalización y las variables sociodemográficas y laborales.

La distribución de los especialistas estudiados según la dimensión despersonalización y año se presenta en la tabla 19. Así, para el 2007 hubo un predominio de estos en la categoría moderada, presente en el 58,8 %, seguido de la categoría alta con el 35,0 %, de manera análoga -para el 2012- hubo un predominio de la categoría moderada (60,0 %), seguida por la alta (28,2 %). Note que la manifestación de la despersonalización en los especialistas son similares en ambos momentos del estudio.

Tabla 19. Distribución de especialistas en MGI según despersonalización, y año

Despersonalización	Año			
	2007		2012	
	No.	%	No.	%
Baja	5	6,3	10	11,8
Moderada	47	58,8	51	60,0
Alta	28	35,0	24	28,2
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

La despersonalización, vista como el tipo de conducta asumida por el profesional de la salud que rechaza de manera abierta o sutil a los usuarios de sus servicios, los culpabiliza de sus propios males, burocratizando su relación con ellos y convirtiéndose estrictamente en un administrativo asistencial, es la dimensión que aparece como resultado del afrontamiento al CE, producto de la relación intensa y continuada con los pacientes y sus familiares, además de todas las tareas y funciones que debe cumplir el especialista en MGI y que pueden repercutir sobre su salud emocional y física. El médico para afrontar esta situación, suele tomar distancia emocional del paciente.

Es pertinente aclarar que en determinadas situaciones, cierta distancia emocional es una defensa adaptativa sana, ya que impide que los sentimientos puedan interferir en la toma de decisiones y en

la precisión de acciones, las cuales por su urgencia, frecuentemente no dan lugar a la duda ni a la discusión. En estas situaciones, una dosis moderada de distanciamiento resultaría adecuada, en tanto favorece el logro de una correcta eficacia personal; sin embargo, el excesivo alejamiento de los usuarios conduce a la indiferencia y a la frialdad. En la despersonalización, la depresión y la hostilidad van de la mano y por tanto el servicio prestado dista de ser el que necesita el paciente y el sistema de salud.

Según la propuesta del modelo de Maslach,<sup>8,9</sup> la despersonalización constituye una forma de defensa contra el cansancio emocional, de manera que el profesional recurre a ella para disminuirlo, al disminuir su implicación personal.

Los datos que relacionan las variables despersonalización con la edad de los especialistas estudiados en los años 2007 y 2012 se presentan en las tablas 20 y 20A. Aquí se observa que para el 2007, ningún especialista sobrepasaba los 44 años, además hubo una distribución de estos en virtud de la despersonalización, muy parecida, a predominio de la moderada -54,2 % y 60,7 %-, seguida por la alta -45,8 % y 30,4 %-. Note que si bien la distribución es parecida, los niveles de despersonalización difieren en magnitud, lo cual se corrobora al analizar la edad como variable continua, pues el promedio de las edades entre los niveles de despersonalización extremos difiere de manera significativa (36,14 para la alta vs. 46,80 para la baja,  $p=0,003$ ). En el 2012, se aprecia un predominio de despersonalización alta para los especialistas que pertenecen al grupo de 25-34, en el que se consigna el 60,0 %, en tanto que en los restantes grupos hubo un predominio en la categoría moderada con 62,2 % y 60,5 %. Al analizar las edades medias por categoría de despersonalización, se aprecia un comportamiento muy parecido (entre 43,6 años y 44,2 años), resultados que no difieren de manera significativa ( $p=0,306$ ).

Tabla 20. Distribución de especialistas en MGI según grupos de edades, año y despersonalización

Grupos de edades	Año/ Despersonalización											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
25-34	11	45,8	13	54,2	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0
35-44	17	30,4	34	60,7	5	8,9	9	24,3	23	62,2	5	13,5
45 y +	-	-	-	-	-	-	12	27,9	26	60,5	5	11,6
Total	28	35,0	47	58,8	5	6,3	24	28,2	51	60,0	10	11,8

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

Tabla 20 A. Resultado del ANOVA para la comparación de las medias de edades por categorías de la dimensión despersonalización, años 2007 y 2012

Despersonalización	Año							
	2007				2012			
	Media	Desv. Típica	F	Prob.	Media	Desv. Típica	F	Prob.
Alta	36,14	5,79	6,21	0,003*	43,6	6,7	1,2	0,306
Moderada	38,46	5,03			44,2	4,93		
Baja	46,80	6,91			44,4	3,63		

Con respecto a la edad, Zabel y Zabel, citados por Díaz,<sup>33</sup> reportan resultados similares. Ellos plantean que los sujetos más jóvenes presentan mayor vulnerabilidad al DP, por poseer mecanismos de afrontamiento menos eficaces, a diferencia de los de mayor edad que presentan mejores afrontamientos y expectativas profesionales más realistas. Resultados similares encontraron en sus investigaciones Sánchez, Díaz, Diéguez y Hernández.<sup>30,32,33,87</sup> Sin embargo, podría estar sucediendo que en el caso de los de mayor edad, por las razones antes explicadas referentes a la presencia del DP y de CE en este grupo de edades, los resultados difieran. Un hallazgo similar reportó Oramas<sup>159</sup> en su investigación en maestros cubanos de nivel primario de educación.

En la tabla 21 se presenta la distribución de los especialistas en MGI según sexo, Despersonalización y año. Aquí se aprecia que en ambos momentos, tanto para los hombres como para las mujeres predomina la categoría moderada de despersonalización, aunque la magnitud es diferente entre los sexos y en los períodos que se realizó el estudio. Así, en el 2007, el 80,0 % de los hombres clasificaba en la categoría referida, mientras que en 2012 se redujo a 58,8 %. De manera contraria el nivel de despersonalización moderada -para la mujer- se incrementó en 2012 (53,8 % vs 60,3 %). Sin embargo, en ambos momentos las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0,05$ ). Vale aclarar que los hombres no clasificaron en la categoría baja en ninguno de los momentos.

Tabla 21. Distribución de especialistas en MGI según sexo, año y despersonalización

Sexo	Año/ Despersonalización											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	25	38,5	35	53,8	5	7,7	17	25,0	41	60,3	10	14,7
Masculino	3	20,0	12	80,0	0	0,0	7	41,2	10	58,8	0	0,0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35,0</b>	<b>47</b>	<b>58,8</b>	<b>5</b>	<b>6,3</b>	<b>24</b>	<b>28,2</b>	<b>51</b>	<b>60,0</b>	<b>10</b>	<b>11,8</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{Barth} = 3,760$  gl= 2  $p > 0,05$

\*\*\*  $X^2_{Barth} = 3,77$  gl= 2  $p > 0,05$

Los reportes de otros investigadores señalan igualmente mayor despersonalización para los representantes del sexo masculino <sup>31,32,122</sup>

Maslach<sup>9</sup> está de acuerdo en que el género puede ser un factor para que aparezca la despersonalización, plantea que los hombres son más propensos a enfrentarse al CE con la despersonalización y que las mujeres, por la socialización del rol, puntualizan cuidando, creando y mostrando asuntos para otros, lo que disminuye la posibilidad de mostrar conductas impersonales e insensibles hacia otra persona.

La distribución de los especialistas en MGI según relación de parejas y despersonalización, en los dos momentos evaluados se presenta en la tabla 22. En ella se aprecia un predominio de la categoría moderada en ambos momentos, con independencia de la tenencia o no de pareja. Los porcentajes de especialistas consignados en esta categoría oscilan entre 52,2 para los que no tenían pareja en 2012 y 62,3 para los que tenían pareja en ese mismo año. La prueba de Bartholomew no arrojó un resultado significativo en ninguno de los momentos ( $p > 0,10$ ).

Tabla 22. Distribución de especialistas en MGI según relación de pareja, año y despersonalización

Relación de pareja	Año/ Despersonalización											
	2007***						2012****					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	6	40,0	9	60,0	0	0,0	16	26,2	38	62,3	7	11,5
No	22	33,8	38	58,5	5	7,7	8	34,8	12	52,2	3	13,0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35,0</b>	<b>47</b>	<b>58,8</b>	<b>5</b>	<b>6,3</b>	<b>24</b>	<b>28,6</b>	<b>50*</b>	<b>59,5</b>	<b>10</b>	<b>11,9</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año \*un sujeto no respondió

\*\*\* $X^2_{\text{Barth}} = 1,29$  gl= 2  $p > 0,10$

\*\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}} = 0,750$  gl=2  $p > 0,10$

Díaz, <sup>33</sup> reportó una diferencia muy discreta en cuanto a la tenencia de pareja en relación con la despersonalización, en tanto que Sánchez <sup>30</sup> no encontró relación alguna. Sin embargo, para Diéguez, <sup>32</sup> tener pareja estable se relacionaba con una mayor despersonalización.

La evaluación de la despersonalización en los especialistas investigados, en virtud del número de hijos y el momento del estudio, se presenta en la tabla 23. Aquí se aprecia, de manera general un predominio de la despersonalización moderada que, en 2007, varía entre 55,6 % en los que no tenían hijos y 60,0 % entre los que tenían 2 y más, mientras que en 2012 varía entre 45,5 % en los que no tenían hijos y 69,8 % en los que tenían 2 y más hijos. Puede observarse que en 2012, hay una distribución equitativa de especialistas entre las categorías alta y moderada de

despersonalización (45,5 % respectivamente) entre los que no tienen hijos. Las diferencias muestrales observadas no resultaron significativas ( $p=0,83$  y  $p=0,12$ )

Tabla 23. Distribución de especialistas en MGI según número de hijos, año y despersonalización

Número de hijos	Año/ Despersonalización											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	3	33,3	5	55,6	1	11,1	5	45,5	5	45,5	1	9,1
1	14	38,9	21	58,3	1	2,8	11	35,5	16	51,6	4	12,9
2 y más	11	31,4	21	60,0	3	8,6	8	18,6	30	69,8	5	11,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35,0</b>	<b>47</b>	<b>58,8</b>	<b>5</b>	<b>6,3</b>	<b>24</b>	<b>28,2</b>	<b>51</b>	<b>60,0</b>	<b>10</b>	<b>11,8</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\* $X^2_{Reg}=0,046$  gl=1 p=0,83

\*\*\*  $X^2_{Reg}=2,48$  gl=1 p=0,12

Diéguez<sup>32</sup> y Díaz,<sup>33</sup> apreciaron una relación inversa entre el número de hijos y esta dimensión: mientras menor cantidad de hijos mayor es la prevalencia. Los resultados de estas autoras coincidían con lo apuntado por Maslach<sup>9</sup>, quien plantea que la existencia de hijos hace a la persona más resistente al desgaste, y por consiguiente a la despersonalización. Esta autora considera que los hijos hacen a los padres ser más realistas y que posean más capacidad para enfrentar los problemas personales y conflictos emocionales.

Los datos que relacionan la despersonalización con los años de graduado -en los años de estudio- se presenta en las tablas 24 y 24A. En la primera se observa que para 2007, hubo un predominio de la categoría alta (71,4 %) en los que no sobrepasan los nueve años, en tanto que en los que tienen 10 o más años hubo un predominio de la categoría moderada con 70,0 % y 50,0 % respectivamente. En el 2012 ocurrió algo similar, es decir, en los que no sobrepasaban los 9 años predominó la categoría alta (75,0 %), mientras que en los restantes grupos hubo un predominio de la despersonalización moderada (70,4 % y 57,4 % respectivamente). El ANOVA resultó significativo en el 2007, con lo que se constata que el número de años de graduado que en promedio poseen los especialistas con un nivel bajo de despersonalización es superior al que poseen los especialistas con alta despersonalización. En el 2012 no se constataron diferencias significativas.

Tabla 24. Distribución de especialistas en MGI según años de graduado, año y despersonalización

Años de graduado	Año/ Despersonalización											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤9	10	71,4	4	28,6	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0
10-19	14	28,0	35	70,0	1	2,0	5	18,5	19	70,4	3	11,1
20 y más	4	25,0	8	50,0	4	25,0	16	29,6	31	57,4	7	13,0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35,0</b>	<b>47</b>	<b>58,8</b>	<b>5</b>	<b>6,3</b>	<b>24</b>	<b>28,2</b>	<b>51</b>	<b>60,0</b>	<b>10</b>	<b>11,8</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

Tabla 24 A. Resultado del ANOVA para la comparación de las medias de años de graduado por categorías de la dimensión despersonalización, años 2007 y 2012

Despersonalización	Año							
	2007				2012			
	Media	Desv. Típica	F	Prob.	Media	Desv. Típica	F	Prob.
Alta	12,54	5,800	6,516	0,002*	19,80	6,67	0,04	0,960
Moderada	14,55	4,880			20,08	4,70		
Baja	21,40	2,302			20,30	3,50		

\*diferencia entre grupos extremos

Sánchez<sup>30</sup> explicaba que la despersonalización emerge como un afrontamiento ante la disonancia que aparece entre las expectativas del sujeto y la realidad. Un médico con escasos años de experiencia, cuyo propósito no era necesariamente ser especialista en MGI, puede manifestar frustraciones en el desempeño de su trabajo, unido a la poca preparación para enfrentar esta actividad, lo cual refuerza un afrontamiento inadecuado, que lleva a la despersonalización.

En la tabla 25 se presenta la distribución de los especialistas en MGI según las personas que atienden, por momentos de estudio. Así, en 2007 hubo un predominio de la categoría moderada, con resultados que varían entre 80,0 % en los que atienden hasta 10 personas diarias y 54,4 % entre los que atienden 20 y más. Sin embargo, para este momento hubo una distribución diferente de los especialistas en las categorías alta y baja, es ese sentido se aprecia que el 30,8 % de los atienden entre 11 y 19 se consignó en la categoría baja de despersonalización, en tanto que el 45,6 % de los que atiende al menos 20 personas diarias, fue calificado en la categoría alta. Las diferencias muestrales constatadas resultaron significativas ( $p=0.001$ ). En el año 2012, hubo un predominio de especialistas calificados en la categoría moderada de despersonalización, con porcentajes que oscilan entre 50,0 y 69,2 para los que atienden hasta 10 persona y entre 11 y 19 respectivamente. Entre los que atienden hasta 10 personas diarias hubo una distribución equitativa

de especialistas entre las categorías alta y moderada de despersonalización (50,0 % respectivamente). Las diferencias observadas no fueron significativas ( $p=0.277$ )

Tabla 25. Distribución de especialistas en MGI según personas que atiende, año y despersonalización

Personas que atiende	Año/ Despersonalización											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤10	1	10,0	8	80,0	1	10,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
11-19	1	7,7	8	61,5	4	30,8	1	7,7	9	69,2	3	23,1
20 y más	26	45,6	31	54,4	0	0,0	22	31,4	41	58,6	7	10,0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35,0</b>	<b>47</b>	<b>58,8</b>	<b>5</b>	<b>6,3</b>	<b>24</b>	<b>28,2</b>	<b>51</b>	<b>60,0</b>	<b>10</b>	<b>11,8</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\* $X^2_{Reg}= 11,853$  gl=1 p=0,001

\*\*\*  $X^2_{Reg}=1,181$  gl=1 p=0.277

Al parecer, tanto el hecho de atender un número reducido de personas, como a un número elevado de éstas, se relaciona con la despersonalización en niveles moderados y altos, lo que podría indicar que además de la cantidad, se deberían considerar otros factores como: la naturaleza de los problemas de salud que presentan, sus características socio-psicológicas, la edad, el sexo, entre otras. También se debe considerar el grado de destrezas adquiridas por el profesional de la salud y la motivación por la labor que realiza, todo ello influye en que el especialista despersonalice la relación como una forma de defensa contra el CE, disminuyendo su implicación personal.

La relación existente entre las variables realización de actividades laborales en la casa y despersonalización, en los especialistas evaluados en ambos momentos de la investigación se presenta en la tabla 26. En esta se observa un resultado muy parecido en ambos momentos, con predominio de la categoría moderada sin distinción de la realización o no de dichas actividades. Así, en 2007 predominó la categoría moderada entre los que realizaban las actividades referidas (59,0 %) y entre los que no la realizaban hubo una distribución equitativa entre esta categoría y la alta. En el 2012, hubo un predominio de la categoría moderada en ambos grupos (61,5 % vs 42,9 %). Las pruebas de Bartholomew realizadas no resultaron significativas ( $p \geq 0,10$ ).

Tabla 26. Distribución de especialistas en MGI según realización de actividades en el hogar, año y despersionalización

Realización actividades laborales en la casa	Año/ Despersionalización											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	27	34,6	46	59,0	5	6,4	22	28,2	48	61,5	8	10,3
No	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	28,6	3	42,9	2	28,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35,0</b>	<b>47</b>	<b>58,8</b>	<b>5</b>	<b>6,3</b>	<b>24</b>	<b>28,2</b>	<b>51</b>	<b>60,0</b>	<b>10</b>	<b>11,8</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{\text{Barth}} = 0,29$  gl=2  $p \geq 0,10$

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}} = 2,21$  gl=2  $p \geq 0,10$

Díaz<sup>33</sup> encontró una distribución bastante homogénea en los niveles de despersionalización con relación a la realización de labores del trabajo en el hogar; mientras que Diéguez<sup>32</sup> halló una prevalencia mayor en los que no realizan esta actividad.

La realización de actividades docentes y su relación con la despersionalización en los dos momentos del estudio se plantea en la tabla 27. Aquí se observa que en ambos momentos predomina la despersionalización moderada, con resultados discretamente superiores para los que no realizan este tipo de actividad (63,3 % vs 56,0 en 2007, 65,5 % vs 56,4 % en 2012). Sin embargo, las diferencias observadas no son importantes en términos estadísticos ( $p \geq 0,10$ ).

Tabla 27. Distribución de especialistas en MGI según realización de actividades docentes, año y despersionalización

Realización actividades docentes	Año/ Despersionalización											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	19	38,0	28	56,0	3	6,0	18	32,7	31	56,4	6	10,9
No	9	30,0	19	63,3	2	6,7	6	27,0	19	65,5	4	13,8
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35,0</b>	<b>47</b>	<b>58,8</b>	<b>5</b>	<b>6,3</b>	<b>24</b>	<b>28,6</b>	<b>50**</b>	<b>59,5</b>	<b>10</b>	<b>11,9</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}} = 0,53$  gl=2  $p \geq 0,10$

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}} = 1,36$  gl=2  $p \geq 0,10$

Diéguez<sup>32</sup> reportó un predominio de despersionalización moderada, con mayor incidencia de ésta en los que participan algunas veces y niveles altos de despersionalización en los que no realizan esta actividad.

### III.2.4. Realización Personal y variables sociodemográficas y laborales

Las tablas 28 a la 36, resumen la información relacionada con la RP de los especialistas investigados.

La distribución de especialistas en MGI según realización personal y año se presenta en la tabla 28. Así, para ambos años hubo un predominio de realización personal alta con porcentajes de 51,3 y 58,8 respectivamente, le sigue la categoría moderada con 25,0 % y 32,9 %. En general se observan buenos resultados, superiores en 2012.

Tabla 28. Distribución de especialistas en MGI según realización personal y año

Realización Personal	Año			
	2007		2012	
	No.	%	No.	%
Alta	41	51,3	50	58,8
Moderada	20	25,0	28	32,9
Baja	19	23,7	7	8,2
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

En la tabla 29 se presenta la distribución de los especialistas en MGI según resultados de la realización personal por años y grupos de edades. Para el 2007 se aprecia un predominio de la RP alta, con discreta superioridad para los más jóvenes (25-34), quienes clasifican al 95,9 % de los estudiados entre las categorías alta y moderada. Para el 2012, se observa una distribución similar, aunque para los de 25-34 hay un marcado predominio de la categoría alta de RP, en tanto que este porcentaje es más bajo para los restantes intervalos de edad, en los que ocurre un cierto desplazamiento hacia la categoría moderada de la RP; que ocupa el segundo lugar en importancia relativa. Debe destacarse que en 2012 hubo un incremento de la edad de los especialistas en MGI. El ANOVA (Tabla 29A) no encontró diferencias significativas de la edad promedio, entre los distintos grupos de realización personal, para los años investigados.

Tabla 29. Distribución de especialistas en MGI según grupos de edades, año y realización personal

Grupos de edades	Año/ Realización Personal											
	2007						2012					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
25-34	16	66,7	7	29,2	1	4,2	4	80,0	0	0,0	1	20,0
35-44	25	44,6	13	23,2	18	32,1	22	59,5	12	32,4	3	8,1
45 y +	-	-	-	-	-	-	24	55,8	16	37,2	3	7,0
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>20</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>23,8</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>28</b>	<b>32,9</b>	<b>7</b>	<b>8,2</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

Tabla 29 A. Resultado del ANOVA para la comparación de las medias de edades por categorías de la dimensión realización personal, años 2007 y 2012

Realización Personal	Año							
	2007				2012			
	Media	Desv. Típica	F	Prob.	Media	Desv. Típica	F	Prob.
Alta	37,98	6,82	0,738	0,481	43,60	5,64	1,688	0,191
Moderada	36,6	5,35			45,39	3,74		
Baja	40,16	3,53			41,86	7,67		

La distribución de especialistas en MGI en virtud de la realización personal por sexo en cada año del estudio se presenta en la tabla 30. En el 2007 hubo un predominio de RP alta para el sexo femenino (58,5 %), en tanto que para el masculino, esta se desplazó para las categorías moderada (46,7 %) y baja (33,3 %), diferencias que resultaron significativas ( $p \leq 0,01$ ). En el 2012, hubo un predominio de RP alta para ambos sexos, con resultados similares (58,8 %), aunque para las mujeres le sigue la RP moderada (36,8 %) y para los hombres la RP baja (23,5 %), de ahí que pueda decirse que los resultados de la RP son superiores para el sexo femenino, lo que se corrobora con los resultados de la prueba de significación ( $p \leq 0,01$ ).

Tabla 30. Distribución de especialistas en MGI según sexo, año y realización personal

Sexo	Año/ Realización Personal											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	38	58,5	13	20,0	14	21,5	40	58,8	25	36,8	3	4,4
Masculino	3	20,0	7	46,7	5	33,3	10	58,8	3	17,6	4	23,5
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>20</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>23,8</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>28</b>	<b>32,9</b>	<b>7</b>	<b>8,2</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=7,7$  gl=2  $p \leq 0,01$

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=7,5$  gl=2  $p \leq 0,01$

Rivera<sup>119</sup> y Sánchez<sup>30</sup> no encontraron asociación. Díaz<sup>33</sup> reportó la mayor prevalencia de RP en el sexo femenino, pero en el nivel medio, y Diéguez<sup>32</sup> planteó una mayor afectación de esta dimensión en el sexo masculino, hallazgos que muestran similitud con los resultados obtenidos en el 2007.

En un estudio realizado por Román<sup>170</sup> en instituciones de salud del primer y segundo nivel de atención, este investigador reporta que las mujeres mostraron respuestas inferiores como promedio en los sentimientos de falta de realización personal (mujeres: 46,0; hombres: 48,0;  $p=0,02$ ).

En la tabla 31 se presentan los resultados de la RP según la tenencia o no de pareja, en los años del estudio. Así, para el 2007, se observa un predominio de baja RP para los MGI que tenían pareja (46,7 %) mientras para los que no la tenían hubo un predominio de RP alta (56,9 %). Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ( $p \leq 0,025$ ). Para el 2012, hubo un predominio de RP alta para ambos grupos (62,3 % y 47,8 % respectivamente), diferencias que no resultaron significativas ( $p > 0,10$ )

Tabla 31. Distribución de especialistas en MGI según relación de pareja, año y realización personal

Relación de pareja	Año/ Realización Personal											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	4	26,7	4	26,7	7	46,7	38	62,3	17	27,9	6	9,8
No	37	56,9	16	24,6	12	18,5	11	47,8	11	47,8	1	4,3
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>7</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>23,8</b>	<b>49****</b>	<b>58,4</b>	<b>28</b>	<b>33,3</b>	<b>7</b>	<b>8,3</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=6,28$  gl= 2  $p \leq 0,025$

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=3,2$  gl= 2  $p > 0,10$

\*\*\*\* un sujeto no respondió

Díaz<sup>33</sup> no obtuvo diferencias entre ambos grupos y los ubicó en el nivel medio y bajo; por lo que cabría esperar que la tenencia o no de pareja estable, no resulta ser un factor que guarde relación con la RP.

Los especialistas en MGI investigados en el 2007 mostraron un predominio de la RP alta para todas las categorías de la variable número de hijos. Así, entre los que no tenían hijos, el 66,7 % se consignó en la categoría de referencia, para los que tenían uno, el 47,2 %, en tanto que para los que poseían 2 y más, el 51,4 %, diferencias que no fueron significativas ( $p=0,212$ ). Los del 2012, mantuvieron un predominio de RP alta, con porcentajes que se mueven entre 54,5, para los que no tiene hijos y 64,5 en los que tenían uno, diferencias que no fueron significativas ( $p=0,602$ )

Tabla 32. Distribución de especialistas en MGI según número de hijos, año y realización personal

Número de hijos	Año/ Realización Personal											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	6	66,7	3	33,3	0	0,0	6	54,5	4	26,4	1	9,1
1	17	47,2	11	30,6	8	22,2	20	64,5	10	32,3	1	3,2
2 y más	19	51,4	6	17,1	11	31,4	24	55,8	14	32,6	5	11,6
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>7</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>23,8</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>28</b>	<b>32,9</b>	<b>7</b>	<b>8,2</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{\text{Reg}}=1,56$  gl=1  $p=0,212$

\*\*\*  $X^2_{\text{Reg}}=0,272$  gl=1  $p=0,602$

Los resultados de la RP en los especialistas en MGI según años de graduado se presentan en las tablas 33 y 33A. En ambos hubo un predominio de la categoría alta, con tendencia a la reducción de la importancia relativa en la medida que aumentan los años de graduado. Para el 2007, el 78,6 % de los que tienen hasta nueve años de graduado, clasificaron en la RP alta, en tanto que entre los que tenían 20 o más años de graduados, el 43,8 % clasificó en la RP alta. Para 2012, el 75 % de los que tenían hasta 9 años de graduados, clasificaron en la categoría alta, en tanto que el 55,6 % de los de 20 y más fueron consignados en esta. Para ambos años no se encontraron diferencias significativas ( $p=0,078$  y  $p=0,130$ )

Tabla 33. Distribución de especialistas en MGI según años de graduado, año y realización personal

Años de graduado	Año/ Realización Personal											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤9	11	78,6	3	21,4	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	25,0
10-19	23	46,0	16	32,0	11	22,0	17	63,0	7	25,9	3	11,1
20 y más	7	43,8	1	6,3	8	50,0	30	55,6	21	38,9	3	5,6
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>7</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>23,8</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>28</b>	<b>32,9</b>	<b>7</b>	<b>8,2</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

Tabla 33 A. Resultado del ANOVA para la comparación de las medias de años de graduado por categorías de la dimensión realización personal, años 2007 y 2012

Realización Personal	Año							
	2007				2012			
	Media	Desv. Típica	F	Prob.	Media	Desv. Típica	F	Prob.
Alta	14,02	6,03	2,64	0,078	19,66	5,47	2,093	0,130
Moderada	12,65	5,09			21,36	3,54		
Baja	16,53	3,84			17,29	7,43		

Para Diéguez<sup>32</sup> la RP aumenta con los años de graduado. El estudio realizado durante el año 2003 en el propio Municipio Plaza de la Revolución<sup>31</sup> aportó información respecto a que los especialistas con más años de graduado eran los de mayor RP. Ello puede ser atribuible a que cuentan con recursos adicionales, pues a sus conocimientos se suma la experiencia, sus expectativas han ido evolucionando y se han identificando más coherentemente con una realidad que imponen el desarrollo de afrontamientos más efectivos, el tiempo y la propia actividad laboral, lo cual ha ido modulando progresivamente los desajustes entre el nivel de aspiración y las posibilidades reales con que cuentan estos especialistas, conduciéndolos a un estado de más equilibrio respecto a su autovaloración y autoeficacia.

No obstante este hallazgo, es necesario considerar que para cualquier tipo de análisis que se realice, es imprescindible contextualizar la situación laboral, psicosocial, económica, cultural, no sólo de los sujetos investigados sino también del entorno en el cual desarrollan su vida laboral y social y las propias características socio-económicas del país, en el momento que se llevó a cabo la investigación.

Cualquier investigación en el área de las Ciencias Sociales, debe contemplar aquellos elementos y condiciones que determinan socialmente la salud, es un imperativo de la realidad que hoy estudiamos, sin la cual los análisis y aportes que se realicen estarían incompletos.<sup>171</sup>

En la tabla 34 se presenta la distribución de especialistas en relación con la RP y personas que atienden por año. En el 2007, hubo un predominio de RP moderada entre los que atienden hasta 10 personas, en tanto que entre los que atienden entre 11 y 19, hubo un franco predominio de la RP alta (76,9 %) y, en igual categoría se consigna la mayoría de los que atienden 20 y más, aunque para este grupo clasifica el 29,8 % en la categoría RP baja. Las diferencias señaladas no son significativas ( $p=0,182$ ). En el 2012 hubo un predominio de la RP alta, aunque con tendencia decreciente, clasificando en la categoría RP alta el 100 % de los que atienden hasta 10 personas que desciende hasta 55,7 %, entre los que atienden 20 y más. Sin embargo, las diferencias no resultaron significativas ( $p=0,211$ ).

Tabla 34. Distribución de especialistas en MGI según personas que atiende, año y realización personal

Personas que atiende	Año/ Realización Personal											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≤10	4	40,0	6	60,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
11-19	10	76,9	1	7,7	2	15,4	9	69,2	3	23,1	1	7,7
20 y más	27	47,4	13	22,8	17	29,8	39	55,7	25	35,7	6	8,6
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>7</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>23,8</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>28</b>	<b>32,9</b>	<b>7</b>	<b>8,2</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\* $X^2_{Reg}=1,78$  gl=1 p=0,182

\*\*\*  $X^2_{Reg}=1,157$  gl=1 p=0,211

Diéguez <sup>32</sup> observó que en los profesionales que atienden menos de 15 personas, su RP se desplaza hacia los niveles medio y bajo de esta dimensión del DP, mostraban una RP alta, los que atienden entre 16 y 20 un nivel medio y por encima de esta cifra un nivel bajo.

La realización personal de los especialistas en MGI relacionada con la ejecución de actividades laborales en la casa, para cada año del estudio, se presenta en la tabla 35. En el 2007 se observa que en el 51,3 % de los casos que realizaban actividades en la casa, la RP era alta y los restantes

especialistas se distribuyeron de manera equitativa entre las categorías moderado y bajo. La escasez de personas que no realizaban actividades limita el análisis. Los resultados de la prueba de Bartholomew no resultaron significativos, aunque lo señalado con anterioridad constituye una limitante para el uso del estadígrafo. En el 2012, se aprecia que en ambos grupo hubo un predominio de RP alta, aunque más marcado entre los que no realizaban actividades en el hogar (85,7 % vs. 56,4 %), diferencias que resultaron significativas ( $p < 0,05$ )

Tabla 35. Distribución de especialistas en MGI según realización de actividades en el hogar, año y realización personal

Realización actividades laborales en la casa	Año/ Realización Personal											
	2007**						2012***					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	40	51,3	19	24,4	19	24,4	44	56,4	28	35,9	6	7,7
No	1	50,0	1	50,0	0	0,0	6	85,7	0	0,0	1	14,3
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>7</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>23,8</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>28</b>	<b>32,9</b>	<b>7</b>	<b>8,2</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=1,001$  gl=2  $p>0,10$

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}= 3,79$  gl= 2  $p< 0,05$

En la tabla 36 se presenta la distribución de los especialistas según RP y la realización de actividades docentes por año. Así, para el 2007, hubo una distribución muy parecida entre los que realizan o no estas actividades, siendo la categoría alta -de la RP- la predominante, con porcentajes de 54,0 y 46,7 respectivamente. La prueba estadística realizada no resultó significativa ( $p>0,10$ ). En el 2012, aunque para ambos grupos hubo predominio de la categoría alto, fue superior en los que realizaban actividades docentes 65,5 % vs. 44,8 % y mayores diferencias en las restantes categorías de RP. Estas diferencias son significativas ( $p \leq 0,025$ )

Tabla 36. Distribución de especialistas en MGI según realización de actividades docentes, año y realización personal

Realización actividades docentes	Año/ Realización Personal											
	2007**						2012***					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	27	54,0	11	22,0	12	24,0	36	65,5	17	30,9	2	3,6
No	14	46,7	9	30,0	7	23,3	13	44,8	11	37,9	5	17,2
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>7</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>23,8</b>	<b>49****</b>	<b>58,4</b>	<b>28</b>	<b>32,9</b>	<b>7</b>	<b>8,2</b>

\* Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila de cada año

\*\*  $X^2_{\text{Barth}}=0,680$  gl=2  $p>0,10$

\*\*\*  $X^2_{\text{Barth}}= 5,88$  gl= 2  $p \leq 0,025$

\*\*\*\* Un sujeto no respondió

Las actividades docentes mejoran la autoestima del individuo al sentirse más apreciado y reconocido por el colectivo de compañeros y por los alumnos a los que les trasmite conocimientos, constituye una vía mediante la cual el sujeto percibe que es útil y que se ha colocado en una posición superior en su carrera profesional. La realización de actividad docente conlleva a que el individuo establezca juicios acerca de sus capacidades para organizar y ejecutar, en este caso, una labor que requiere mayor nivel científico, incidiendo en la calidad de autoeficacia percibida.

### **Contribución de las dimensiones cansancio emocional, despersonalización y realización personal al desgaste profesional**

La tabla 37 muestra los resultados del análisis factorial, a través del método de componentes principales, en relación con los factores retenidos. Así, el índice KMO obtenido fue de 0,812, lo que evidencia fuertes correlaciones parciales entre los pares de variables, que se corrobora al aplicar la prueba de Esfericidad de Bartlett ( $p=0,000$ ). Estos resultados ponen de manifiesto que es posible la utilización del método con la finalidad previamente planteada.

El método determinó la existencia de dos factores, a través del procedimiento de Keiser. Entre ambos se obtuvo un porcentaje de varianza acumulada de 53,5, que se considera adecuado. Sobresale el primer factor cuyo valor propio ( $\lambda_i$ ) es de 3,6 y acumula un porcentaje de varianza de 40,3.

En la tabla 37-A se aprecia que el primer factor está fuertemente correlacionado con los ítems 7 (0,78), 4 (0,77), 3 (0,76), 1 y 9 (0,69) y 6 (0,69), en tanto que el segundo se correlaciona con los ítems: 8 (0,77), 5 (0,69) y 2 (0,60). Si tomamos como referente la naturaleza de los ítems más correlacionados, podemos afirmar que el primer factor es mixto: CE+RP, en tanto los ítems 1, 4 y 7 pertenecen al CE y los ítems 3,6 y 9 pertenecen a RP. El segundo factor pudiera llamarse Despersonalización, dado que los ítems más correlacionados con él, pertenecen a esta dimensión del DP. En general, el mayor aporte al DP lo realiza el CE.

Tabla 37. Resultados del Análisis de Componentes Principales como verificación empírica de la estructura intrínseca del desgaste profesional. Año 2012

Componente	Valor Propio ( $\lambda_i$ )	Porcentaje de varianza	Porcentaje de Varianza Acumulada
I	3,624	40,271	40,271
II	1,194	13,261	53,533

KMO=0,812       $X^2_{Bartlett}=197,42$       gl= 36      p= 0,000

Tabla 37-A. Denominación cualitativa de componentes a través de la correlación Ítem-componente en la matriz rotada

Ítem	Correlación Ítem-Componente	
	I	II
1. En general estoy más bien harto de mi trabajo (CE)	0,69	0,28
2. Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes (D)	0,25	0,60
3. Mi trabajo profesional no me motiva en la actualidad lo suficiente (RP)	0,76	0,19
4. Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor (CE)	0,77	0,29
5. Las personas a quien tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos (D)	0,20	0,69
6. Mi interés por desarrollarme profesionalmente es escaso (RP)	0,56	0,04
7. Me siento estresado por mi trabajo (CE)	0,78	-0,04
8. Procuro no involucrarme emocionalmente con los usuarios de mi trabajo (D)	-0,03	0,77
9. El trabajo que hago se aleja de lo que yo hubiera deseado (RP)	0,69	0,23

Estos resultados concuerdan con los de Moreno-Jiménez y colaboradores,<sup>169</sup> quienes encuentran que el CE es la dimensión que más está aportando a la aparición del DP. También este resultado constituye un llamado de alerta sobre el riesgo psicosocial a que son expuestos estos especialistas, al afectarse su salud emocional producto de las interacciones frecuentes con los pacientes y sus familiares, las demandas de atención que estos últimos realizan y que, en ocasiones, desbordan los recursos de afrontamiento personales y también los recursos materiales y objetivos concretos de que disponen para su atención (disponibilidad de medicamentos, pruebas diagnósticas, servicio de ambulancias ó Sistema Único de Urgencias Médicas), las dificultades en las relaciones con los especialistas de otros niveles de atención; lo que en ocasiones pone en situación de conflicto al especialista que brinda los servicios de salud.

El hecho de que sea el CE la dimensión que más está aportando al DP, da igualmente la medida de la necesidad de proporcionar recursos de aprendizaje a los médicos para que mejoren los afrontamientos ante las situaciones que deben dar respuesta y solucionar.

La RP, es la otra dimensión que según este análisis, constituye el segundo componente, dentro del Factor 1, según se aprecia en la tabla 37A, y que pudiera incidir en la aparición del DP. La afectación de la RP sugiere la pérdida de motivación e interés por el propio trabajo, su aislamiento en él, o las ideas de incompetencia personal para su ejecución, el trabajador se muestra incapaz para mantener una debida productividad, evita las relaciones interpersonales y profesionales, posee una pobre autoestima en relación con su labor y su alcance.

No menos despreciable aparece en el factor dos, la despersonalización con correlaciones altas como se aprecia en la tabla 37A, que igualmente indican la importancia de considerar esta dimensión. La despersonalización, vista como el tipo de conducta asumida por el profesional de la salud que rechaza de manera abierta o sutil a los usuarios de sus servicios, los culpabiliza de sus propios males, burocratizando su relación con ellos y convirtiéndose estrictamente en un administrativo asistencial, es la dimensión que aparece como resultado del afrontamiento al CE, producto de la relación intensa y continuada con los pacientes y sus familiares, además de todas las tareas y funciones que debe cumplir el especialista en MGI y que repercuten sobre su salud emocional y física.

Lo visto hasta aquí, ratifica la naturaleza psicológica del proceso de DP, en tanto el hecho de que se agrupen en el factor uno, el CE y la RP, indican la existencia de un componente cognitivo-emocional (valorativo), del síndrome, mientras que en el factor dos, se ubica la despersonalización (D), como componente actitudinal en respuesta al CE. Ello favorece la comprensión del síndrome como un proceso único, aunque no lineal, que es el resultado de un ciclo donde la pérdida o falta de recursos de afrontamiento de los especialistas estudiados, inciden en su aparición.

En consecuencia, el CE sería teóricamente el componente más relevante del síndrome y los resultados de esta investigación así lo confirman, en tanto se convierte en un importante predictor del DP.

Respecto a las dimensiones del DP y particularmente a los resultados de esta investigación referidos a la RP, este componente se asocia más a la autoeficacia percibida, que evidentemente en los profesionales de la salud estudiados es alta y aparece relacionada con su nivel profesional, con el grado de resolutividad respecto a las acciones de salud, la estabilidad laboral y cantidad de años ejerciendo la profesión, lo que le permite al especialista en MGI, seguridad en la toma de

decisiones respecto a los procedimientos y solución de los problemas que se le presentan en su quehacer cotidiano y que tienen que ver con las diversas funciones a su cargo y para las que está capacitado.

Sin embargo, estaría atentando contra esta percepción de autoeficacia y realización personal, el poco apoyo social y reconocimiento a su labor por parte de la población y los propios directivos que llevan a cabo el proceso, según la percepción de los especialistas investigados.

Con los resultados expuestos en este estudio, puede plantearse que niveles elevados de forma global o en alguna de las dimensiones del DP, alertan sobre la presencia del síndrome, y la existencia de un proceso disfuncional en la actividad laboral, que repercute negativamente sobre la salud del médico y sobre la calidad del servicio que presta.

### **III.3. Instancias de la personalidad moduladoras del desgaste profesional**

En este acápite se analizan los resultados del DP en relación con dos instancias de la personalidad: Autoestima y Personalidad Resistente.

#### **III.3.1. Autoestima**

La tabla 38, presenta la distribución de los profesionales estudiados según el DP y la autoestima, en ella se aprecia que en el año 2007, las tres categorías de autoestima tienen resultados muy parecidos en cuanto al DP, con porcentajes que varían desde 71,4 % para la baja hasta 85,2 %, para la media, diferencias no significativas ( $p > 0,10$ ), en tanto que para el 2012, el mayor nivel de DP se presentó en la baja (100,0 %), seguido por la media con 91,7 %, siendo la diferencia significativa ( $p \leq 0,005$ ), el signo del coeficiente calculado revela la relación inversa entre autoestima y DP.

Esto resulta particularmente importante en el caso del especialista en MGI, para establecer sistemas de comunicación con su comunidad y los actores sociales que la representan, de modo que pudiera facilitar o potenciar la colaboración con otros actores sociales y sectores, para el logro de sus objetivos y metas laborales. El no poseer estos recursos y habilidades sociales fomentadas por una adecuada autoestima o sentimiento de valía, potencian la aparición del DP.

Tabla 38. Distribución de especialistas según Autoestima, año y Desgaste Profesional

Autoestima	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alta	38	82,6	8	17,4	34	61,8	21	38,2
Media	23	85,2	4	14,8	22	91,7	2	8,3
Baja	5	71,4	2	28,6	6	100,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>62</b>	<b>72,9</b>	<b>23</b>	<b>27,1</b>

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila

\*\* $\chi^2_{Bart} = 0,730$  gl=2 p>0,10 \*\*\* $\chi^2_{Bart} = 9,937$  gl=2 p<0,005

\*\* $V_{Cramer} = 0,095$  p=0,694 \* $V_{Cramer} = -0,342$  p= 0,007

Respecto a esta instancia de la personalidad, Capilla Puello <sup>167</sup> considera que “el robustecimiento de la autoestima potencia en la persona su salud, su adaptabilidad social y sus capacidades productivas”. La autoestima es responsable de muchos fracasos y éxitos. Una autoestima adecuada vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potencia la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumenta el nivel de seguridad personal. <sup>168</sup>

La autora de la presente investigación, en el año 2003, a partir de los hallazgos en una investigación realizada en trece provincias de Cuba, relaciona la autoestima con el DP y plantea que esta instancia de la personalidad actúa como un factor con influencia directa sobre la RP y sugiere que, probablemente, lo que estaba ocurriendo es que las personas con una elevada autoestima y autoconcepto profesional, están claramente orientadas hacia la meta, lo que disminuye los contratiempos emocionales y personales que puedan tener en su ejercicio profesional. <sup>87</sup>

Maslach <sup>172</sup> ha reconocido su importancia en el contexto laboral y en relación con el DP, su implicación en los procesos de autoevaluación y autoconceptualización. Una baja autoestima incrementa la probabilidad de que el trabajador sea más vulnerable al DP y de que sus sentimientos de RP sean también bajos, sin embargo cuando es alta, se relaciona con la eficacia, de ahí, que las acciones para fomentarla, deben centrarse en promover aspectos favorables a los profesionales, tales como potenciar sus logros personales y profesionales, facilitar la adquisición de una perspectiva positiva sobre sí mismo, en el aumento de los niveles de competencia y en el aumento del valor social del profesional y del aporte que este realiza.

En las tablas 39, 40 y 41, se presentan los resultados de las asociaciones que se establecieron entre la autoestima y las dimensiones configuracionales del DP: CE, D y RP. Así, en la 39 se aprecia que para el 2007, el mayor nivel de CE se produce en la categoría baja de autoestima (71,4 %), el segundo lugar de CE se encuentra para la autoestima media (48,1 %), es decir, el CE

disminuye en la medida que aumenta la autoestima, en tanto que para el 2012 se mantiene el mayor nivel de CE en la categoría baja autoestima (83,3 %), que se reduce con el aumento de esta. Las diferencias constatadas en ambos momentos son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) y el signo de los coeficientes revela el comportamiento inverso de la relación, es decir, a mayor autoestima menos CE y viceversa.

Lo descrito con anterioridad hace pensar que, aquellos profesionales que son eficientes, poseen confianza en sí mismos, son autónomos, presentan estabilidad emocional, tienen relaciones interpersonales favorables y expresan una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismos ni en sus propios problemas, (autoestima alta), presentan CE bajo (19,6 %).

Tabla 39. Distribución de especialistas según Autoestima, año y Cansancio emocional

Autoestima	Año/ Cansancio emocional											
	2007**						2012***					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alta	11	23,9	26	56,5	9	19,6	9	16,4	34	61,8	12	21,8
Media	13	48,1	11	40,7	3	11,1	8	33,3	15	62,5	1	4,2
Baja	5	71,4	0	0,0	2	28,6	5	83,3	1	16,7	0	0,0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>36,3</b>	<b>37</b>	<b>46,3</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>22</b>	<b>25,9</b>	<b>50</b>	<b>58,8</b>	<b>13</b>	<b>15,3</b>

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila

\*\*  $X^2 = 11,062$  gl=4 p=0,026      \*\*\* $X^2 = 16,435$  gl= 4 p=0,002  
 \* $r_s = -0,254$       p=0,023      \*\*\*  $r_s = -0,375$       p=0,000

En la tabla 40 se aprecia un comportamiento bastante parecido de la despersonalización para los distintos niveles de autoestima. En ambos momentos hubo un predominio del nivel moderado de despersonalización, seguido por el alto. Esta varió, en el 2007, entre 56,5 % para la alta autoestima y 63,0 para la media, en tanto que para el 2012 se movieron entre 54,5 % para la alta autoestima y 83,3 % para la baja. En ambos momentos, las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0,05$ ). Por lo que no existen evidencias suficientes para plantear asociación entre la autoestima y los niveles de despersonalización.

Tabla 40. Distribución de especialistas según Autoestima, año y Despersonalización

Autoestima	Año/ Despersonalización											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alta	17	37,0	26	56,5	3	6,5	16	29,1	30	54,5	9	16,4
Media	8	29,6	17	63,0	2	7,4	7	29,2	16	66,7	1	4,2
Baja	3	42,9	4	57,1	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35,0</b>	<b>47</b>	<b>58,8</b>	<b>5</b>	<b>6,3</b>	<b>24</b>	<b>28,2</b>	<b>51</b>	<b>60,0</b>	<b>10</b>	<b>11,8</b>

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila

\*\*  $X^2= 1,02$

gl=4

p=0,907

\*\*\* $X^2= 4,173$

gl= 4

p=0,383

\*\* $r_s= 0,017$

p= 0, 878

\*\*\* $r_s= 0,061$

p= 0,58

La relación entre los niveles de RP y la autoestima para ambos momentos, se presenta en la tabla 41. Se observa que en ambos hubo un predominio de la realización personal alta con variaciones entre 67,4 % para la alta autoestima y 28,6 % para la baja -en 2007-, mientras que en 2012, varió entre 65,5 % para la alta y 16,7 %, siendo significativos los resultados en ambos momentos ( $p < 0,05$ ). El signo positivo de los coeficientes calculados, da una medida del sentido de las diferencias: a mayor autoestima, mayor realización personal y viceversa.

Tabla 41. Distribución de especialistas según Autoestima, año y Realización personal

Autoestima	Año/ Realización Personal											
	2007**						2012***					
	Alta		Moderada		Baja		Alta		Moderada		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alta	31	67,4	8	17,4	7	15,2	36	65,5	17	30,9	2	3,6
Media	8	29,6	9	33,3	10	37,0	13	54,2	8	33,3	3	12,5
Baja	2	28,6	3	42,9	2	28,6	1	16,7	3	50,0	2	33,3
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>51,3</b>	<b>20</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>23,8</b>	<b>50</b>	<b>58,9</b>	<b>28</b>	<b>32,9</b>	<b>7</b>	<b>8,2</b>

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila

\*\*  $X^2= 11,70$

gl=4

p=0,020

\*\*\* $X^2= 9,444$

gl=4

p=0,05

\*\* $r_s= 0,350$

p= 0,005

\*\*\* $r_s= 0,246$

p= 0,023

### III.3.2. Personalidad Resistente

La presencia del DP en virtud de la PR se presenta en las tablas 42 a la 45. En la tabla 42 se observa que en el 2007, el 94,1 % de los que carecen de PR tuvieron DP, en tanto que entre los que lo tenían, el DP se presentó en el 73,9 %, diferencias que resultaron significativas ( $p=0,04$ ), y el signo del coeficiente habla de la relación inversa entre ambas variables. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, el que casi las tres cuartas partes de los MGI investigados, que poseen el recurso (PR) estén afectados por el DP, habla a favor de que la tenencia de la PR no es suficiente para evitar el síndrome. En el 2012, se aprecia un menor nivel de DP en los que tenían PR (66,7 % vs. 81,6 %), aunque la diferencia no resultó estadísticamente significativa ( $p=0,199$ ).

Tabla 42. Distribución de especialistas según Personalidad resistente, año y Desgaste Profesional

Personalidad resistente	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Presente	34	73,9	12	26,9	30	66,7	15	33,3
Ausente	32	94,1	2	5,9	31	81,6	7	18,4
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>61****</b>	<b>73,5</b>	<b>22****</b>	<b>26,5</b>

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila

\*\* $\chi^2_{Co}=4,217$  gl=1 p=0,04 \*\*\* $\chi^2_{Co}=1,649$  gl=1 p=0,199

\*\* $\phi_r=-0,263$  p=0,02 \*\*\* $\phi_r=-0,168$  p=0,125

\*\*\*\* un sujeto de cada categoría no respondió

La búsqueda de asociación entre el desgaste y la categoría reto se presenta, en ambos momentos, en la tabla 43. Para el 2007 se aprecia un comportamiento irregular del DP, así el mayor nivel se produce en los que se consignan en la categoría malo de reto, con el 100 %, seguido por la de bueno con el 81,5 % y, finalmente regular con 79,1 %. Sin embargo en el 2012, hay una tendencia al incremento del DP en la medida que disminuye el reto: 61,5 % para la categoría bueno, 72,5 % para la regular y 84,2 % para la categoría malo. En ambos casos las diferencias encontradas no resultaron significativas ( $p>0,10$ )

Tabla 43. Distribución de especialistas según la dimensión Reto, año y Desgaste Profesional

Reto	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	22	81,5	5	18,5	8	61,5	5	38,5
Regular	34	79,1	9	20,9	37	72,5	14	27,5
Malo	10	100,0	0	0,0	16	84,2	3	15,8
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>61****</b>	<b>73,5</b>	<b>22****</b>	<b>26,5</b>

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila

\*\* $\chi^2_{Bart}=2,491$  gl=2 p>0,10 \*\*\* $\chi^2_{Bart}=2,097$  gl=2 p>0,10

\*\* $V_{Cramer}=0,176$  p=0,288 \*\*\* $V_{Cramer}=0,159$  p=0,350

\*\*\*\* un sujeto de cada categoría no respondió

En la tabla 44 se presentan los resultados de relacionar la dimensión compromiso con el DP, en ambos momentos del estudio. Así, en el 2007 hubo un incremento del DP en la medida que el compromiso disminuye, con valores que varían desde 46,2 % para los que consignaron el compromiso en la categoría bueno hasta el 100 % en los que lo consignaron malo. Diferencias que resultaron significativas ( $p<0,005$ ). En el 2012, se observa una manifestación irregular del DP en relación con el compromiso, con valores de DP que fluctúan entre 42,9 %, entre los que se consignaron como bueno en la dimensión compromiso y 76,7 % entre los que se consignaron en regular. Los resultados no fueron significativos para este momento ( $p>0,05$ )

Tabla 44. Distribución de especialistas según la dimensión Compromiso, año y Desgaste Profesional

Compromiso	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	6	46,2	7	53,8	3	42,9	4	57,1
Regular	50	87,7	7	12,3	56	76,7	17	23,3
Malo	10	100,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>61****</b>	<b>73,5</b>	<b>22****</b>	<b>26,5</b>

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila

\*\* $\chi^2_{Bart} = 15,092$  gl=2 p<0,005      \*\*\* $\chi^2_{Bart} = 3,833$  gl=2 p>0,05  
 \*\* $V_{Cramer} = 0,434$  p=0,000      \*\*\* $V_{Cramer} = 0,215$  p=0,147

\*\*\*\* un sujeto de cada categoría no respondió

La relación entre el DP y la dimensión control se presenta en la tabla 45. Así, para el 2007, hubo una tendencia al incremento del DP, en la medida que disminuye el compromiso, variando desde 66,7 puntos porcentuales, para la categoría bueno, hasta 90,0 % en la categoría malo. En el año 2012 se aprecia un comportamiento similar, con valores relativos que se mueven entre 66,7 % y 76,5 %. En ambos momentos, las diferencias encontradas no resultaron significativas (p>0,05 y p>0,10).

Tabla 45 Distribución de especialistas según dimensión Control, año y Desgaste Profesional

Control	Año/ Desgaste profesional							
	2007**				2012***			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	10	66,7	5	33,3	6	66,7	3	33,3
Regular	29	82,9	6	17,1	29	72,5	11	27,5
Malo	27	90,0	3	10,0	26	76,5	8	23,5
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>61****</b>	<b>73,5</b>	<b>22****</b>	<b>26,5</b>

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total por fila

\*\* $\chi^2_{Bart} = 3,78$  gl=2 p>0,05      \*\*\* $\chi^2_{Bart} = 0,390$  gl=2 p>0,10  
 \*\* $V_{Cramer} = 0,217$  p=0,151      \*\*\* $V_{Cramer} = 0,069$  p=0,823

\*\*\*\* un sujeto de cada categoría no respondió

Educación y fomentar los procesos de resistencia en los especialistas en MGI, implica trabajar la PR de estos profesionales para fomentar una actitud ante la vida que puede operativizarse en las tres dimensiones o actitudes fundamentales antes mencionadas: reto, compromiso y control y en una serie de estrategias o habilidades para solucionar las distintas situaciones de la vida, modificar el estado de ánimo negativo y hacer frente a las contingencias cada vez más frecuentes que debe resolver en su diario quehacer.

La PR tiene que ver con aprender a evaluar las situaciones cambiantes como un reto y no como una amenaza, con la implicación en el trabajo y en el área personal, y con la percepción de control sobre la vida, percibiendo los estresores como potenciales oportunidades de reto.

173, 174

Tal como se advirtió en el capítulo II, para el 2012, se incluyó un análisis multivariado para la evaluación de la relación de dependencia del DP, de un conjunto de variables que constituyen instancias reguladoras de la personalidad. Ello reduce el valor del análisis anterior para el año de referencia.

Previo al empleo del modelo de Regresión logística, se verificó la ausencia de colinealidad, o información redundante, entre variables explicativas. En la tabla 46, consistente en una matriz de correlaciones, se aprecia que en ninguno de los casos estos alcanzan el valor prefijado (0,80), de ahí que se incluya la totalidad de las variables previstas. Dado que para las variables explicativas ordinales se decidió tratarlas como cuantitativas, no hubo necesidad de elaborar variables "dummy".

Tabla 46. Matriz de correlación para diagnóstico de colinealidad, para modelos de Regresión Logística Múltiple 2012

Variable	Variable				
	Autoestima	Personalidad Resistente	Reto	Compromiso	Control
Autoestima	-	,292	-,277	-,037	-,146
Personalidad Resistente	,292	-	-	-	-
Reto	-,277	-	-	,301	,454
Compromiso	-,037	-	,301	-	,279
Control	-,146	-	,454	,279	-

En la tabla 47 se presentan los resultados del primer modelo de Regresión Logística Múltiple, este incluye como variables explicativas: autoestima, reto, el compromiso y control. El resultado del estadígrafo  $X^2$  de Hosmer y Lemeshow, evidencia el ajuste del modelo a los datos ( $p=0,949$ ).

Un bajo nivel de autoestima constituye un factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de DP. El riesgo de DP se incrementa aproximadamente seis veces, por cada nivel que decrezca la autoestima, a partir de la alta.

Tabla 47. Resultados de la Regresión Logística Múltiple con respuesta dicotómica. Primer modelo, 2012

Variable	Estadígrafo de Wald	Coficiente (b <sub>i</sub> )	Grados de Libertad	Prob.	Odds ratio	IC*
Autoestima	6,131	1,922	1	,013	6,837	1,49-31,32
Reto	,238	-,242	1	,626	,785	0,30-2,08
Compromiso	1,473	-,974	1	,225	,378	0,08-1,82
Control	,085	,133	1	,771	1,142	0,47-2,79

Constante=1,722

\*Intervalo de confianza de 95 %

X<sup>2</sup><sub>Hosmer-Lemeshow</sub>=2,19 gl=7 p=0,949

El segundo modelo empleado, que concibe globalmente a la PR, ratifica a la autoestima como instancia de la personalidad protectora del desgaste profesional, con un incremento aproximado del riesgo de ocurrencia de DP, de 6 veces, por cada categoría en que se aleje de la autoestima alta.

Tabla 47 A. Resultados de la Regresión Logística Múltiple con respuesta dicotómica. Segundo modelo, 2012

Variable	Estadígrafo de Wald	Coficiente (b <sub>i</sub> )	Grados de Libertad	Prob.	Odds ratio	IC*
Autoestima	5,384	1,787	1	0,020	5,970	1,32-27,00
Personalidad resistente	1,529	0,456	1	0,216	1,578	0,77-3,25

Constante=0,008

\*Intervalo de confianza de 95 %

X<sup>2</sup><sub>Hosmer-Lemeshow</sub>=0,344 gl=4 p=0,987

### III.4.1. Fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los especialistas en Medicina General Integral

Para realizar el análisis de las principales fuentes de malestar relacionadas con el trabajo, se tuvieron en cuenta todas las que fueron expuestas por los especialistas en MGI, en la pregunta 10 del CBB. Las respuestas se agruparon en categorías según los tres aspectos que se consideran como núcleos etiológicos del DP: los organizacionales, (referidos a la profesión -tarea- y a los aspectos organizacionales), los referidos al apoyo social o interpersonales y los que son propiamente personales.

Todos los especialistas encuestados refirieron fuentes de malestar relacionadas con su trabajo, que se expresa en un total de 686 respuestas en el año 2007, mientras que en el año 2012, hubo un total de 329 opiniones, a pesar de que eran más MGI.

En la categoría organizacional, como se observa en la tabla 48, en el año 2007, el mayor puntaje lo alcanzaron en orden de frecuencia la sobrecarga laboral (93,8 %), el burocratismo (86,3 %), la no

correspondencia entre el salario y el costo medio de vida (83,8 %), así como las exigencias no analizadas con los médicos y escasa participación en la toma de decisiones (72,5 %).

En el año 2012, aunque en la mayoría de las opiniones coinciden, la frecuencia y el nivel del reporte por parte de los médicos variaron. Así, se constatan porcentajes más bajos y las malas condiciones de trabajo pasan a ocupar el lugar cimero, al ser señaladas por el 51,8 % de los MGI, en tanto el burocratismo se mantuvo en el segundo lugar, reportado por el 43,5 %. La falta de correspondencia entre el salario y el costo de vida, señalada por el 41,2 % se mantuvo en el tercer problema señalado por los MGI, es evidente, que la percepción del insuficiente salario constituye un "estresor", para estos profesionales. En tal sentido un especialista de MGI apuntó como fuente de malestar: *"Los problemas socioeconómicos del país que impiden el desenvolvimiento personal, familiar y el alcance de propósitos, deseos, y a la vez facilitarían mi trabajo"*.

Las condiciones de trabajo contemplan desde la infraestructura (constructiva) del consultorio, hasta la falta de mobiliario, (muebles para el trabajo asistencial y también sanitario), iluminación deficiente, ventilación inadecuada, materiales de oficina, falta de modelaje, tupiciones, malas condiciones higiénicas.

En una investigación realizada en Sagua la Grande, por Reyes y colaboradores,<sup>175</sup> para identificar el grado de satisfacción laboral de los Médicos Generales Integrales, reportaron que tan solo seis médicos (5.71 %), del total estudiado (105 - 100 %), reportó estar bastante satisfecho con respecto al salario, el resto argumentó que *"el sueldo es insuficiente para cubrir los gastos normales, por lo que no les permite darse lujos y apenas alcanza para vivir con él"*. Estos médicos también manifestaron su insatisfacción con el tipo y la organización del trabajo, y en sentido general, el 64,76 %, refirió estar poco satisfecho con su labor, argumentando entre las causas de su insatisfacción, el poco reconocimiento que se tiene hacia los médicos, la escasez de recursos disponibles para la comprobación del diagnóstico, la falta de competencia en la organización, dificultades con la dirección y las relaciones con los superiores y las malas condiciones de trabajo, así como la sobrecarga laboral que desborda en ocasiones sus capacidades. Todos estos argumentos coinciden con los expuestos por los especialistas estudiados en el municipio Plaza de la Revolución, cuyos resultados se presentan en este informe.

Tabla 48. Principales fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los especialistas según categoría organizacional y año

Categoría organizacional	Año			
	2007 (n=80)		2012 (n=85)	
	No.	%	No.	%
Sobrecarga laboral	75	93,8	25	29,4
Burocratismo	69	86,3	37	43,5
No correspondencia entre el salario y el costo medio de vida	67	83,8	35	41,2
Exigencias no analizadas con los médicos (autoritarismo, amenazas, falta de participación en la toma de decisiones)	58	72,5	29	34,1
Escasas posibilidades de superación profesional	55	68,8	3	3,5
Malas condiciones de trabajo	46	57,5	44	51,8
Estrés constante pues cada departamento exige	43	53,8	0	0,0
Deficiente atención al hombre	0	0,0	12	14,1
Exceso de controles	0	0,0	17	20,0
No tener derecho a posguardia (la jornada laboral se extiende a 32 horas)	0	0,0	19	22,4
Exceso de población a atender	0	0,0	11	12,9
Preocupación por la vivienda consultorio	0	0,0	5	5,9
Paternalismo respecto al cuidado de la salud de la población, toda la responsabilidad recae en el MF	0	0,0	10	11,8

\*No se calculan totales dado que la escala no es excluyente

Dentro de la categoría apoyo social, según se puede apreciar en la tabla 49, las cifras más elevadas -para el 2007- fueron el escaso reconocimiento por el trabajo que hacen (88,8 %), el poco apoyo de los jefes (86,3 %) y el poco apoyo de otras organizaciones (63,8 %). Para el año 2012, las fuentes de malestar expuestas por los especialistas en MGI son muy parecidas aunque señaladas en un nivel más bajo. Así el 23,5 % de los MGI consideró poco apoyo de los jefes y de otros profesionales que laboran en el nivel secundario y terciario; se le adiciona la percepción de escaso reconocimiento social por el trabajo que realizan y la poca consideración por parte de un elevado porcentaje de la población hacia los médicos, que fueron señalados por el 21,2 % de los estudiados.

Tabla 49. Principales fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los especialistas según categoría apoyo social y año

Categoría apoyo social	Año			
	2007 (n=80)		2012 (n=85)	
	No.	%	No.	%
Escaso reconocimiento social por el trabajo que realizan	71	88,8	18	21,2
Poco apoyo de los jefes y de otros profesionales que laboran en el nivel secundario y terciario	69	86,3	20	23,5
Poco apoyo de otras organizaciones	51	63,8	14	16,5
Poca consideración por parte de un elevado porcentaje de la población hacia los médicos	13	16,3	18	21,2
Dificultades con el transporte para los médicos que no residen en el consultorio.	8	10,0	0	0,0
Falta de ética entre los propios compañeros de trabajo, falta de cooperación entre compañeros	0	0,0	3	3,5

\*No se calculan totales dado que la escala no es excluyente

Entre las fuentes de malestar en el trabajo, en la categoría personal, percibidas por los MGI, según se puede constatar en la tabla 50, en el 2007, solo se consignó el escaso fondo de tiempo libre para dedicarle a la familia (76,3 %). En el 2012, si bien hubo una mayor diversidad de respuesta, las frecuencias fueron bajas; las causas reportadas con mayor frecuencia fueron: coincidentemente en el primer lugar, el escaso fondo de tiempo libre para dedicarle a la familia (11,8 %), el cansancio acumulado por llevar trabajo para la casa, se trabaja con mucho estrés lo que provoca malestar físico y los problemas del hogar no resueltos señalados por el 5,9 % de los MGI y no hay derechos para la recreación, falta de estímulos (4,7 %).

Justamente, es una de las demandas de los especialistas en MGI, la necesidad de compartir más con la familia o de que el tiempo que comparten con ellos, (esposos o esposas e hijos) no sea interrumpido para realizar labores de tipo asistencial que en algunos casos no son urgentes. Estos especialistas consideran que en ocasiones los límites entre el trabajo y la vida familiar no existen.

Tabla 50. Principales fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los especialistas según categoría personal y año

Categoría personal	Año**			
	2007 (n=80)		2012 (n=85)	
	No.	%	No.	%
Escaso fondo de tiempo libre para dedicar a la familia	61	76,3	10	11,8
Cansancio acumulado por llevar trabajo para la casa	0	0,0	5	5,9
No hay derechos para la recreación, falta de estímulos	0	0,0	4	4,7
Se trabaja con mucho estrés lo que provoca malestar físico	0	0,0	5	5,9
Problemas del hogar no resueltos	0	0,0	5	5,9

\*No se calculan totales dado que la escala no es excluyente.

Finalmente, se puede observar que las principales fuentes de malestar estuvieron relacionadas mayoritariamente con aspectos relacionados con la organización laboral. Resultados similares se reportan en las investigaciones realizadas por Diéguez,<sup>32</sup> en el municipio Playa; Díaz Díaz<sup>33</sup> en la provincia de Matanzas, por la autora de esta investigación en el estudio realizado en trece provincias de Cuba durante el 2003<sup>87</sup> y por Prieto Albino en la provincia de Cáceres, España.<sup>25</sup> Las fuentes de malestar percibidas por los especialistas en MGI estudiados, pueden incidir en la aparición de manifestaciones de insatisfacción en ellos. Ha sido reconocido que la insatisfacción laboral se relaciona con las dimensiones del DP, aunque de manera más intensa con el cansancio emocional.

Para profundizar en el conocimiento de los argumentos referidos a las fuentes que provocan malestar en el trabajo en los especialistas en MGI y que pueden estar incidiendo en la aparición del DP, se procedió a la triangulación de la información obtenida por las vías ya descritas y que resultó de los diferentes espacios propiciados para el intercambio y la confrontación, respecto al conocimiento de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo y particularmente con el DP.

### III.4. 2. Triangulación de la información sobre las fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los especialistas en MGI

**Cuadro 1. Fuentes que inciden en la percepción de malestar en el trabajo según grado de consistencia**

<b>Consistencia I</b>	<b>Consistencia II</b>	<b>Consistencia III</b>
<p>Condiciones de trabajo</p> <p>Burocratismo</p> <p>Sobrecarga laboral</p> <p>Falta de reconocimiento y apoyo social: de los propios directivos y trabajadores de la salud, de las organizaciones de masas y políticas y de la población</p> <p>Estilos de dirección autoritarios, y poco participativos.</p> <p>Insuficiente salario</p> <p>Paternalismo respecto al cuidado de la salud de la población, que desplaza siempre la responsabilidad hacia el médico de la familia</p>	<p>Falta de disponibilidad de recursos para realizar el trabajo</p> <p>Tratamiento diferenciado entre los médicos que laboran en la APS y los que cumplen misión internacionalista (reconocimiento social)</p> <p>Trabajo por contingencias</p>	<p>Falta de integración entre las instituciones del sector para la atención a la salud de los trabajadores del SNS -INSAT, CENPES, CCSM-, y de otros sectores para apoyarlos.</p> <p>Deficientes conocimientos sobre los riesgos psicosociales, asociados a la falta de recursos de afrontamiento de los especialistas de MGI.</p> <p>Limitaciones de los medios de difusión para publicar, deben ajustarse a las prioridades y políticas establecidas.</p> <p>Escasez de espacios para divulgar el trabajo del médico de familia, se centran en lo negativo y no en resaltar el valor positivo.</p> <p>Inexistencia de estrategias intersectoriales de comunicación social para promover el liderazgo del sector salud</p>

El análisis integral de los factores hallados como fuentes que generan malestar en el trabajo que realizan los especialistas en MGI, permite considerar que son aquellos que ubican en el nivel de Consistencia I, los que fundamentalmente están incidiendo en la aparición y fomento del DP y de riesgos psicosociales relacionados con el trabajo.

Es pertinente considerar que las condiciones de trabajo de los especialistas en MGI, los recursos de que disponen, el contenido y tipo de trabajo, la carga laboral, así como los estilos de dirección que se ponen en práctica para dirigirlos, que muchos de estos profesionales caracterizan como: basados en trato inadecuado -autoritario-, sin posibilidades de participación en la toma de decisiones respecto a su labor -falta de control-, influyen negativamente sobre su salud, y generan malestar relacionado con el trabajo.

La limitada disponibilidad de recursos económicos, (salario insuficiente), para satisfacer sus necesidades y la de sus familiares constituye otro estresor que incide en la aparición del DP. Esta afirmación ha sido igualmente constatada recientemente por investigadores en el Municipio Sagua La Grande.<sup>177</sup> y por los estudios previos realizados por otros autores cubanos<sup>30-34,170</sup>

La falta de apoyo social de los compañeros de trabajo y de los superiores, y el tratamiento diferenciado entre los médicos que laboran en la APS y los que cumplen misión internacionalista (nivel de Consistencia II), constituyen igualmente factores de riesgo para la aparición del DP, a lo que se añade la falta de respaldo y reconocimiento por parte de la población y de otros sectores de la sociedad que, progresivamente, han retirado o modificado el apoyo social que antes brindaban a estos profesionales en su quehacer diario.

Al respecto, Bakker, Demerouti y Schaufeli<sup>176,177</sup> afirman que las demandas y los recursos laborales interactúan a la hora de predecir el bienestar laboral. Los mismos, pueden tener un efecto combinado sobre el bienestar, e influir indirectamente en el rendimiento, de dos maneras posibles. La primera interacción es aquella en la que amortiguan el impacto de las demandas en el estrés/malestar. El apoyo social, la autonomía, la retroalimentación sobre el desempeño y las oportunidades de desarrollo pueden mitigar el impacto de las demandas laborales (presión de trabajo, exigencias emocionales, entre otras), sobre diversos indicadores de malestar como el agotamiento. Los trabajadores que disponen de muchos recursos pueden afrontar mejor sus demandas laborales diarias. La segunda interacción es aquella en la que las demandas amplifican el impacto de los recursos laborales sobre la motivación.

Los resultados de la investigación que aquí se exponen, se sustentan además, en el Modelo de Demanda – Control de Karasek,<sup>82</sup> al considerar que *los puestos de trabajo que presentan altas demandas, bajo control, y bajo apoyo social* tienen mayor probabilidad de ocasionar problemas de salud a los trabajadores que los ocupan, tal y como se ha constatado en este estudio.

Otro modelo explicativo que respalda los hallazgos aquí expuestos, es el de desequilibrio Esfuerzo-Recompensa de Siegrist, quien define las condiciones de riesgo laboral cuando existe un desajuste

debido a la existencia de una alta carga de trabajo junto a bajas recompensas, tal y como han descrito los especialistas estudiados, según su percepción. Una recompensa económica no adecuada y la falta de estima por parte de los demás, junto a altos niveles de esfuerzo tienen las mismas consecuencias estresantes que el estatus profesional inadecuado. El desequilibrio en situaciones de alto costo/baja recompensa, probablemente dará lugar a sentimientos de amenaza, ira, depresión y baja moral.<sup>7, 72</sup>

Los elementos agrupados en el nivel de Consistencia III, evidenciaron la percepción que poseen los diferentes actores sociales sobre las fuentes que generan malestar e inciden negativamente sobre el trabajo y la salud de los especialistas en MGI y que están relacionadas con la falta de integración dentro del propio sector y de falta de apoyo o sobreexigencia por parte de otros, así como el déficit de conocimiento sobre los riesgos psicosociales y la escasez de espacios y estrategias para divulgar el trabajo del médico de la familia. Esta situación podría ser revertida con la modificación de las debilidades halladas y la potenciación de las alianzas, de manera concertada, entre las organizaciones sociales y políticas y los diferentes sectores de la sociedad (intersectorialidad)<sup>153,154</sup> para facilitar el trabajo del especialista en MGI, mediante la cooperación en aquellas áreas que son estratégicas y redundan en la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población.

Una experiencia novedosa desarrollada en esta investigación, y que refuerza la idea anterior, fue la realización de talleres intra e intersectoriales, basados en la técnica de los grupos de discusión, con la participación de instituciones del sector salud: Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT), Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CENPES), Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Salud (SNSTS) y de otros sectores de la sociedad: organizaciones políticas y de masas: PCC, Comité de Defensa de la Revolución (CDR) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), así como los medios de difusión masiva (prensa plana, radio y televisión), para sensibilizarlos con la problemática del DP y comprometerlos en la realización de acciones encaminadas a apoyar el trabajo del especialista en MGI en la APS.

Los talleres realizados como parte de la investigación evidenciaron la necesidad de potenciar las alianzas dentro del propio SNS, para promover el cuidado de la salud de los trabajadores del sector, mediante el desarrollo acciones para la promoción de su bienestar en los lugares de trabajo, se debe incorporar al chequeo médico periódico de estos profesionales los aspectos relacionados con su salud psicosocial. En este sentido, el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT), el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CENPES), los Centros Comunitarios de Salud Mental, que existen en cada uno de los municipios, así como acciones

específicas que podrían promoverse por el Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Salud (SNTS), podrían establecer alianzas estratégicas con esta finalidad.

Otro sector que pudiera brindar su apoyo para el rescate de la imagen positiva del médico de la familia, con una visión más amplia del Programa que lo sustenta, serían los medios de difusión masiva en todas sus variantes: prensa escrita, radio y televisión, con el fin de promover el respeto y la consideración por estos profesionales, destacando sus valores positivos, de modo que ejerzan influencia en el fomento del reconocimiento social y la autoestima. La Facultad de Comunicación Social de la Universidad de la Habana, entre otras instituciones, podría jugar un rol importante en este sentido.

### **III.4.3. Síntomas de estrés reportados por los especialistas de MGI**

En la tabla 51 se reporta la presencia de síntomas de estrés entre los MGI con el síndrome y en los que no están afectados por este. De manera general, se observa una mayor frecuencia y nivel de los síntomas entre los que poseen DP. Así, los síntomas más frecuentes para este grupo son: dolores de cabeza, depresión y nerviosismo (80,6 %), trastornos del sueño (79,0%), irritabilidad (77,4 %), acidez y fatiga (75,6 %), disminución del deseo sexual (61,3 %), palpitaciones (58,1 %) y pérdida de apetito (50,0 %). Entre los que no están afectados por el DP, es frecuente las pesadillas (65,2 %), los dolores de cabeza (56,5 %), depresión (52,2 %) y el nerviosismo (47,8 %).

Tabla 51. Especialistas según presencia de síntoma de estrés y desgaste profesional, 2012

Presencia de síntoma de estrés	Desgaste profesional			
	Presente (n=62)		Ausente (n=23)	
	No.	%	No.	%
Acidez o ardor en el estómago	45	75,6	9	39,1
Pérdida del apetito	31	50,0	7	30,4
Deseos de vomitar o vómitos	15	24,2	3	13,0
Dolores abdominales	23	37,1	5	21,7
Diarreas u orinar frecuentemente	20	32,3	4	17,4
Dificultades para quedarse dormido o despertarse durante la noche	49	79,0	15	65,2
Pesadillas	23	37,1	4	17,4
Dolores de cabeza	50	80,6	13	56,5
Disminución del deseo sexual	38	61,3	4	17,4
Mareos	23	37,1	3	13,0
Palpitaciones o latidos irregulares del corazón	36	58,1	8	34,8
Temblor o sudoración en las manos	17	27,2	3	13,0
Sudoración excesiva sin haber realizado esfuerzo físico	16	25,8	3	13,0
Falta de aire sin esfuerzo	17	27,2	5	21,7

físico				
Falta de energía o depresión	50	80,6	12	52,2
Fatiga o debilidad	45	75,6	9	39,1
Nerviosismo o ansiedad	50	80,6	11	47,8
Irritabilidad o enfurecimientos	48	77,4	6	26,1

Con vistas a profundizar en la magnitud de los síntomas, entre los especialistas en MGI afectados por el DP, se analizó la frecuencia con que estos aparecen (Tabla 52). Así, los trastornos del sueño, consignados en la categoría muy frecuentemente en el 16,1 % de las unidades de análisis investigadas, seguido por el nerviosismo (24,2 %), los dolores de cabeza (21,0 %) y la acidez (16,1 %) clasifican como los síntomas de mayor intensidad. Si adicionamos las categorías frecuentemente y muy frecuentemente, destacan además la depresión, la fatiga y las palpitaciones.

Tabla 52. Especialistas con desgaste profesional según presencia de síntoma de estrés y frecuencia de presentación, 2012

Presencia de síntoma de estrés	Frecuencia					
	Algunas veces		Frecuentemente		Muy frecuentemente	
	No.	%	No.	%	No.	%
Acidez o ardor en el estómago	23	37,1	12	19,4	10	16,1
Pérdida del apetito	24	38,7	5	8,1	2	3,2
Deseos de vomitar o vómitos	8	12,9	6	9,7	1	1,6
Dolores abdominales	13	21,0	7	11,3	3	4,8
Diarreas u orinar frecuentemente	9	14,5	6	9,7	5	8,1
Dificultades para quedarse dormido o despertarse durante la noche	23	37,1	8	12,9	18	29,0
Pesadillas	15	24,2	4	6,5	4	6,5
Dolores de cabeza	24	38,7	13	21,0	13	21,0
Disminución del deseo sexual	25	40,3	9	14,5	4	6,5
Mareos	17	27,4	5	8,1	1	1,6
Palpitaciones o latidos irregulares del corazón	16	25,8	15	24,2	5	8,1
Temblores o sudoración en las manos	9	14,5	5	8,1	3	4,8
Sudoración excesiva sin esfuerzo físico	6	9,7	6	9,7	4	6,5
Falta de aire sin haber realizado esfuerzo físico	10	16,1	5	8,1	2	3,2
Falta de energía o depresión	27	43,5	13	21,0	10	16,1
Fatiga o debilidad	26	41,9	10	16,1	9	14,5
Nerviosismo o ansiedad	24	38,7	11	17,7	15	24,2
Irritabilidad o enfurecimientos	29	46,8	11	17,7	8	12,9

N=62

Como se observa, predominaron los síntomas de naturaleza emocional y psicofisiológica, propios del estrés. Estos síntomas coinciden con los encontrados por Román Hernández <sup>34</sup> quien utilizó este instrumento, en profesionales cubanos del primer nivel de atención de salud y, más recientemente, por Oramas,<sup>158</sup> en una muestra de docentes cubanos de enseñanza primaria.

Todo lo anteriormente expuesto permite proponer un modelo integrador, que considera las áreas que intervienen en el proceso de desgaste de los especialistas en MGI, y sobre las cuales se puede intervenir para su prevención y manejo, siempre considerando el contexto histórico-cultural, político, económico y social donde desarrolla su actividad el sujeto. Las acciones de prevención del DP podrían potenciarse mediante la gestión intersectorial de las diferentes organizaciones sociales. Se convierte así la intersectorialidad, en piedra angular que puede amortiguar o potenciar el síndrome en estos especialistas.

En la "Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud",<sup>178</sup> se enfatiza que: "Una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud. Se ha demostrado la eficacia de una colaboración coordinada e intersectorial en materia de medidas políticas...Al tratarse de objetivos colectivos, la buena salud y el bienestar para todos deberían gozar de alta prioridad en el ámbito local, nacional, regional e internacional".

Figura 1. Modelo integrador de los antecedentes y consecuentes del Desgaste Profesional y recursos para su prevención”.



### Consideraciones finales

En el capítulo se expuso el análisis y la discusión de los principales resultados de la investigación realizada. Para ello se siguió el orden de los objetivos trazados, se tomó como enfoque principal el deductivo. Ello permitió una presentación de la información general, sobre la que se fue profundizando y refinando hacia su interior. Además, se empleó una metodología mixta, donde los elementos cualitativos permitieron la profundización de las evidencias cuantitativas.

Entre los elementos que caracterizan el DP en la muestra estudiada se encuentran que: el desgaste se presenta con una frecuencia elevada entre los especialistas en Medicina General Integral que laboran en el municipio Plaza de la Revolución, con ligera tendencia al descenso en la última evaluación realizada, siendo más frecuente en profesionales que atienden a un número

importante de personas diariamente; la edad de los afectados se desplaza de los más jóvenes hacia los grupos de edades intermedias en el último período evaluado.

El cansancio emocional, y la despersonalización oscilaron entre niveles moderados y altos, en relación con la edad, los años de graduado, la cantidad de pacientes atendidos, la realización de labores del trabajo en la casa y la impartición de docencia por los profesionales estudiados. El cansancio emocional fue identificado como un predictor del desgaste profesional en estos especialistas.

La realización personal de los especialistas en Medicina General Integral se conserva alta; se relaciona con la edad, el sexo y los años de graduado.

En relación con las instancias de la personalidad, para el 2012, la autoestima, resultó un protector del DP. Los niveles bajos y medios de autoestima están relacionados con el desgaste profesional y el cansancio emocional en los especialistas en Medicina General Integral, lo cual apunta a que esta instancia personal puede modular la aparición del síndrome y sus repercusiones.

En tanto que como fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los especialistas en MGI aparecen fundamentalmente las de tipo organizacional. Los síntomas de estrés son frecuentes en los profesionales con DP, aunque: los trastornos del sueño, el nerviosismo, los dolores de cabeza y la acidez se presentaron con una frecuencia relativamente alta entre los no afectados por el síndrome.

## **CONCLUSIONES**

- ✓ El Desgaste Profesional se presenta con una elevada frecuencia en los especialistas en MGI estudiados, fundamentalmente expresado en cansancio emocional.
- ✓ La expresión de las dimensiones del DP, es congruente con su expresión como un proceso resultante de la pérdida de recursos, dado por la existencia de condiciones de trabajo que le imponen al especialista en MGI demandas superiores a los recursos de que dispone para afrontarlas.
- ✓ Las diferencias expresadas en las relaciones entre las diferentes variables sociodemográficas y laborales y el DP, confirman el origen organizacional del síndrome y la necesidad de contextualizar su estudio.
- ✓ La autoestima se ratifica como recurso personal que favorece mejores afrontamientos a los especialistas en MGI para amortiguar los efectos del CE y el DP.
- ✓ Las principales fuentes de malestar en el trabajo identificadas fueron las malas condiciones y disponibilidad de recursos para el trabajo, la sobrecarga laboral, la falta de apoyo y reconocimiento social en interacción con estilos de dirección autoritarios y poco participativos, en condiciones de salario inadecuado e insuficiente. Predominaron en estos especialistas los síntomas de estrés de tipo emocional y psicofisiológico.

## **RECOMENDACIONES**

- ✓ Proponer a la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud del Vice-Ministerio de Asistencia médica del MINSAP, realizar el análisis de las condiciones de trabajo y la sobrecarga laboral de los especialistas en Medicina General Integral en la Atención Primaria de Salud, especialmente de aquellas identificadas como fuentes de malestar en el trabajo, para implementar estrategias organizacionales que contribuyan a su prevención y control.
- ✓ Promover con la Sociedad Cubana de Medicina Familiar, la realización de cursos cortos y entrenamientos sobre el estrés laboral y el desgaste profesional, dirigidos a los profesionales de la salud y a los directivos del SNS, con la finalidad de incrementar los conocimientos y desarrollar habilidades para el mejor afrontamiento, así como para identificar síntomas, causas y consecuencias.
- ✓ Implementar en el Sistema de Gestión Integral del Capital Humano de los profesionales de la salud la realización de evaluaciones periódicas que permitan detectar precozmente síntomas de estrés laboral y Desgaste Profesional.
- ✓ Continuar las investigaciones, especialmente con diseños longitudinal-prospectivos que permitan profundizar en los elementos antecedentes y consecuentes que intervienen en el desarrollo del proceso de DP.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

1 Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, [Internet]. 6-12 de sep de 1978 [citado 25 Marzo 2007]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

2 Pando Moreno M, Bermúdez D, Aranda Beltrán C, Pérez Castellanos J, Flores Salinas F, Arellano Pérez G. Salud mental a través del estrés y burnout en los trabajadores de la salud de un hospital ambulatorio. [Internet] [citado 21 Marzo 2013]. Disponible en: [http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud%2013\\_1/numero\\_13\\_1/estress.html](http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud%2013_1/numero_13_1/estress.html)

3 World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance. [Internet]. Washington: WHO; 2000 [citado 12 Nov 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/hr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/hr/2000/en/whr00_en.pdf)

4 Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud y Desarrollo de Recursos Humanos. Madrid-España; 26 y 27 de octubre de 2003.

5 Gil-Monte PR. El Síndrome de Quemarse por el trabajo: Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la Intervención. Valencia: Universidad de Valencia; 2002.

6 Gil-Monte PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Rev. Esp. de Salud Pública [Internet]. 2009; [citado 12 Marzo 2014].83: [aprox. 8 p.] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17083203>

7 Gil-Monte PR. Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional. Información Psicológica [Internet]. sept-dic 2010; [citado 12 Marzo 2014]. N° 100: [aprox. 19 p.] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642757>

8 Maslach, C. Burnout, the cost of caring. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1982: 16-22

9 Maslach C. "The burnout syndrome and patient care".En C.A. Garfield (Ed) Stress and survival. The emotional realities of life Threatening illness. St. Louis: Mosby. 1990, 99-113

<sup>10</sup> Valentín N, Sanabria A, Domínguez LC y cols. Síndrome de desgaste profesional. Rev Colomb Cir. [Internet]. 2009; [citado 12 Marzo 2014]; 24: [aprox. 12 p.] Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistajulioseptiembre2009/sindrome%20138-146%20a%20especial.pdf>

<sup>11</sup> Forbes R. El syndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. Éxito Empresarial. [Internet]. 2011; [citado 12 Marzo 2014]; No.160; [aprox. 6 p.] Disponible en: [http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion\\_160\\_160811\\_es.pdf](http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf)

<sup>12</sup> Sosa E. Frecuencia de los síntomas del síndrome de *burnout* en profesionales médicos. Rev. Méd. Rosario [Internet]. 2007; [citado 12 Marzo 2014]; 73: [aprox. 12 p.] Disponible en: <http://www.planetadoctor.com/documentos/BURNOUT/sintom-arg-rosario.pdf>

<sup>13</sup> González Menéndez R. La epidemia emergente oculta de los profesionales de la salud en el siglo XXI. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2004; [citado 1 Feb 2007];1:[Aprox. 4 p.] Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0204/hph021304.htm>

<sup>14</sup> Grau Ábalo J, Chacón Roger M. Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud. [Internet].1998.[citado 1 Feb 2007]. Disponible en: <http://www.alapsa.org/boletin/art01.htm>

<sup>15</sup> Cebriá Andreu J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Atención Primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria [Internet]. Barcelona; España, 2003, [citado 12 Julio 2007]. 31(09): [aprox. 3 p.] Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/comentario-distres-chronico-desgaste-profesional-algunas-hipotesis-13048144-originales-2003>

<sup>16</sup> Tucunduva L, Tomanik Cardozo de Melo, Garcia AP, Prudente FV, Centofanti G. A Síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2006, [citado 12 Julio 2007]. 52(2): [aprox. 5 p.] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n2/a21v52n2.pdf>

<sup>17</sup> Castaño I, García M, Leguizamón L, Novoa Gómez MM, Moreno I. Asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas de cuidados subóptimos y el reporte de los pacientes. Univ. Psychol. oct. 2006; 5(3):549-61.

<sup>18</sup> Martinetti H, Paladino MA. La salud del anestesiólogo: las agresiones psicosociales. Rev. Argent. Anestesiol. . [Internet] Mar-abril 2005; [citado 12 Julio 2007]. 63(2): [aprox. 16 p.] Disponible en: [http://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/1/1/886/c.pdf](http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/886/c.pdf)

<sup>19</sup> Mechanic D. The Uncertain Future of Primary Medical Care. Editorial. Annals of Internal Medicine. [Internet]. July- 2009; [citado 12 Marzo 2014] Vol.151(1): [aprox. 3 p.] Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=744570>

<sup>20</sup> Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. Q J Med [Internet] 2006; [citado 12 Marzo 2014]. 99: [aprox. 12 p.] Disponible en: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/99/3/161.full.pdf+html>

21 Linzer M; Baier L; Williams E; Bobula JA. *et al.* Working Conditions in Primary Care: Physician Reactions and Care Quality. *Ann Intern Med.* [Internet] 2009; [citado 12 Marzo 2014]. 151(1): [aprox. 12 p.] Disponible en URL: <http://annals.org/article.aspx?articleid=744564>

22 Siu C, Yuen SK, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Med J.* [Internet] 2012 [citado 12 Marzo 2014]. Jun; 18(3): [aprox.10 p.] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22665681>

23 Cedeño E, Brandt Toro C. Síndrome de burnout en los residentes de postgrado de medicina familiar y en los médicos familiares en Venezuela. *Med. fam. Jul.-dic. 2002;* 10(2):91-9.

24 Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo J, Pereda Riguera MJ. Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. España. *Aten Primaria.* [Internet] Jun 15 2006 [citado 25 Marzo 2007]; 38(1): [aprox. 5 p.] Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/prevalencia-burnout-variables-asociadas-los-medicos-atencion-13090026-research-letters-2006>

25 Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. España. *Soc. Esp. de Medicina de Familia y Comunitaria* [Internet]. 30 de marzo de 2002; [citado 12 de Dic 2011]; 29 (05): [aprox. 13 p.] Disponible en: <http://www.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13029722>

26 Sos Tena P, Sobrequés Soriano J, Segura Bernal J, Manzano Mulet E, Rodríguez Muñoz C, García García M, *et al.* Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. España. *MEDIFAM* [Internet]. 2003 [citado 12 Dic 2011]; 12(10): [aprox. 10 p.] Disponible en URL: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original1.pdf>

27 Molina Siguero A, García Pérez M.A, Alonso González M y Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid [Internet]. *Rev Aten Primaria* [Internet]. Madrid; 2003; [citado 12 Dic 2011]. 31(9): [aprox. 10 p.] Disponible en: <http://www.cigo.eu/ospedalesicuro/materiali/doc/Medicos%20de%20atencion%20primaria%20de%20Madrid.pdf>

28 De las Cuevas C, De la Fuente JA, Alviana M, Ruiz A, Benítez E, Corduras González T, *et al.* Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria [Internet] Tenerife; 1995 [citado: 12 Dic 2011]. Disponible en: [http://www.semes.org/revista/vol14\\_1/6-12.pdf](http://www.semes.org/revista/vol14_1/6-12.pdf) .

29 Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG, Torres López TM, Aldrete Rodríguez MG, Pérez Reyes MB. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. Abr-jun 2005 [citado 2 de Dic de 2010]; 31 (2): [Aprox. 8p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31\\_2\\_05](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05)

30 Sánchez J. Estrés asistencial en médicos de familia del policlínico "Héroes de Playa Girón". Municipio Cerro [Tesis]. La Habana: ENSAP; 1998.

- <sup>31</sup> Rodríguez Brito A. Síndrome de Burnout en especialistas en MGI. Municipio Plaza de la Revolución [Tesis]. La Habana: ENSAP; 2003.
- <sup>32</sup> Diéguez Calderón MT. Síndrome de Burnout en Especialistas en Medicina General Integral del municipio Playa [Tesis]. La Habana: ENSAP; 2004.
- <sup>33</sup> Díaz Díaz D. Estrés Laboral Asistencial en especialistas de Medicina General Integral en Matanzas [Tesis]. La Habana: ENSAP, 2003.
- <sup>34</sup> Román J. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev. Cubana Salud Pública, 2003; 29(2):103-10.
- <sup>35</sup> Equipo de investigación. Elementos que definen la gestión del Equipo Básico de Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana; 2003.
- <sup>36</sup> Díaz E, Medel J, de Pablo R, Palomo L, Toquero F, Pérez F, et al. Criterios básicos para el ejercicio médico en Atención Primaria. Organización Médica Colegial. Madrid/España; 1 de abril de 2003. p. 4
- <sup>37</sup> OPS. El Boletín Informativo de la Representación de la OPS/OMS en Cuba. [Internet]. Mayo-Agosto 1998 [citado 4 Jun 2008]. Vol. 3 No. 2: [aprox. 14 p.] Disponible en: [https://www.paho.org/cub/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=25&Itemid=226](https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25&Itemid=226)
- <sup>38</sup> Diario Granma. El derecho a la salud en Cuba; [Internet]. publicado: martes 11 de marzo de 2014. Año 18 / Número 70 [citado 4 Jun 2014]. Disponible en URL: <http://www.granma.cu/granmad/secciones/cdh61/salud/a01.html>
- <sup>39</sup> Segura Bernal J, Ferrer Ventura M, Palma Sevillano C, Ger Cabero S, Doménech Cortés M, Gutiérrez Blanch I, et al. Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el Síndrome de Burnout. España. [Internet]. 2006 [citado 2 Dic 2010]; Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/27353/>
- <sup>40</sup> Ministerio de Salud Pública. Proyección estratégica del MINSAP. La Habana-Cuba; 2010.
- <sup>41</sup> Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana-Cuba; 2010. p.3
- <sup>42</sup> Oficina Nacional de Estadística. Municipio Plaza de la Revolución. Anuario estadístico de Plaza de la Revolución [Internet]. 2013 [citado 3 de Feb 2014]; Disponible en: <http://www.one.cu/aed2012/23La%20Habana/Municipios/02%20Plaza%20de%20la%20Revolucion/index.htm>
- <sup>43</sup> Martín AL. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007 [Tesis]. La Habana: ENSAP; 2009.

44 Betrián E, Galitó N, García N y cols. La triangulación múltiple como estrategia metodológica. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, [Internet]. 2013; [citado 3 Feb 2014]; 11(4): [aprox. 23 p.] Disponible en: <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol11num4/art1.pdf>

45 Okuda M; Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría, [Internet]. 2005; Vol. XXXIV (1): [aprox. 10 p.] [citado 7 de agosto 2012] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>

46 Valle MS. Técnicas Cualitativas de Investigación Social Reflexión metodológica y práctica profesional. Capítulo 8: Técnicas de conversación, narración (III): los grupos de discusión y otras técnicas afines. Madrid: Editorial Síntesis S.A. [Internet]. 1999; [citado 7 de agosto 2012]. [aprox. 53 p.] Disponible en: <http://www.igeograf.unam.mx/sigg/utilidades/docs/pdfs/posgrados/ingreso/Valles-Miguel.pdf>

47 Colectivo de autores. Técnicas participativas. Educación para la Salud. Dossier del Módulo Intervención en salud. Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: ENSAP; 2008-2010. p. 78.

48 PCC. Lineamientos de la Política económica y social del Partido Comunista de Cuba. Abril de 2011.

49 Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En: El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007. p. 22.

50 Gálvez M; Moreno-Jiménez B; Mingote- Adán JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Ícaro. Ediciones Díaz de Santos. S.A, Madrid, España; 2009, p.17.

51 Freudenberger, HJ. "Saff Burnout". Journal of social issues, 1974; 30: 159-66.

52 Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. Journal of Occup Behav 1981; 2: 99-113.

53 Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986.

54 Leiter MP. The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. Canadian psychology, Oct 1991; 32 (4): 547-58.

- 55 Pines A, Aaronson E, Kafry I. The Burnout. New Cork: Free press; 1981.
- 56 Chernis C. Staff burnout: job stress in the human services. Beverly Hills: Sage Publications; 1980.
- 57 Edelwich J. Brodsky A. Burnout: stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press; 1980.
- 58 Brill PL. The need for an operational definition of burnout. Family and Community Health 1984; 6: 12-24
- 59 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. (3rd ed.) Consulting Psychologists Press; 1996.
- 60 Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: Taylor & Francis; 1998.
- 61 Schaufeli WB y Van Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures. Journal of Organizational Behavior, 1993; 14: 631-47.
- 62 Gil-Monte PR. Peiró JM. Desgaste Psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
- 63 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter M. Job Burnout. Annual Review of Psychology, 2001; 52: 397-422.
- 64 Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site co variants: critical issues in OD research and praxis. Journal of Applied Behavioral Science 1983; 19: 461-81.
- 65 Gil-Monte PR. Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre síndrome de quemarse por el trabajo. Monográfico, Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones 2000; 16 (2) 101-2.
- 66 Harrison WD. A social competence model of burnout. En: Farber B A, Editor. Stress and burnout in the human services professions. New York: Pergamon Press; 1983. p. 29-39.
- 67 Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In: Schaufeli WB, Moret T, Maslach C, Editors. Professional burnout: recent developments in theory and research. Washington DC: Hemisphere; 1993. p. 135-49.
- 68 Thompson MS, Page SL, Cooper CL. A test of Carver and Scheiers self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. Stress Medicine 1993; (9): 221-35.

<sup>69</sup> Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica.com* [Internet]. 2001 [citado 1 Feb 2012]; 3(5): [aprox. 14 p.] Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo>

<sup>70</sup> Buunk BP, Schaufeli WB. Burnout: A perspective from social comparison theory. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marck T, Editors. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor and Francis; 1993. p. 53-69.

<sup>71</sup> Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. In: WB, Maslach, Maslach C, Marek T, Coordinators. *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1993. p. 115-29.

<sup>72</sup> Gil-Monte PR; Neveu JP. Capítulo 8. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) En: *Salud Laboral: Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. Ediciones Pirámide; 2013, p.155-168.

<sup>73</sup> Hobfoll, S.E. The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, [Internet]. 2001. [citado 1 Feb 2012]; 50, (3): [aprox. 36 p.]. Disponible en : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1464-0597.00062/pdf>

<sup>74</sup> Winnubst J, Schaufeli W. Organizational structure, social support, and burnout. . In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, Editors. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Series in applied psychology: Social issues and questions, Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis, (1993); p. 151-162.

<sup>75</sup> Moreno-Jiménez B, Oliver C, Aragonese A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casals G, Caballo V, coordinadores. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 271-84.

<sup>76</sup> Moreno B, Gálvez M, Garrosa E. y Mingote JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*; [Internet]. 2006, [citado 12 Nov 2011]. 38: [aprox. 8 p.]. Disponible en URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705753>

<sup>77</sup> Moreno B, Meda RS, Rodríguez A, Palomera A, Morales MM. El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*; 2006; 16: 5-13.

<sup>78</sup> Moreno B, Garrosa E, González JL. El Desgaste profesional en enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2000; 3(1): 18-28

<sup>79</sup> Rodríguez R, Rivas S. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (*burnout*): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Rev Med Secur Trab*. [Internet]. 2011; [citado

1 oct. 2012]. 57. Suplemento 1 [aprox. 22 p.]. Disponible en URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion4.pdf>

<sup>80</sup> Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.

<sup>81</sup> Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Corso S, Boada M, Rodríguez-Carvajal R. Personalidad resistente y capital psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema* [Internet]. 2012. [citado 12 oct. 2013]. Vol. 24, nº 1: [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3982.pdf>

<sup>82</sup> Karasek R. Demand/Control Model: a Social, Emotional, and Physiological Approach to Stress Risk and Active Behaviour in *Theories of Job Stress*, Hurrell, Jr., Joseph J., Levi, Lennart, Murphy, Lawrence R., Sauter, Steven L., Editor, *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*, Jeanne Mager Stellman, Editor-in-Chief. International Labor Organization, Geneva. [Internet]. 2011. [citado 1 oct. 2012]. Disponible en: <http://www.ilo.org/oshenc/part-v/psychosocial-and-organizational-factors/theories-of-job-stress/item/12-psychosocial-factors-stress-and-health>

<sup>83</sup> Zirwatul R. Aida R. Ibrahim, Keis Ohtsuka. Review of the Job Demand-Control and Job Demand-Control-Support models: Elusivemoderating predictor effects and cultural implications. *Southeast Asia Psychology Journal* [Internet] 2012 [citado 3 jun. 14] Vol. 1: [aprox. 20 p.]. Disponible en: [https://www.academia.edu/2306199/Review\\_of\\_the\\_Job\\_Demand-Control\\_and\\_Job\\_Demand-Control-upport\\_models\\_Elusive\\_moderating\\_predictor\\_effects\\_and\\_cultural\\_implications](https://www.academia.edu/2306199/Review_of_the_Job_Demand-Control_and_Job_Demand-Control-upport_models_Elusive_moderating_predictor_effects_and_cultural_implications).

<sup>84</sup> Castaño G, Fernández A, Yolanda García Y. La relación entre los factores psicosociales y el estrés laboral. *Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales, Sección Artículos* [Internet] Sept-2007 [Citado 3 jun. 14] Nº 41: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://riesgoslaborales.wke.es/articulos/la-relaci%C3%B3n-entre-los-factores-psicosociales-y-el-estr%C3%A9s-laboral>

<sup>85</sup> Chacón M, Grau J, Hernández L, Hernández E., Román J. El desgaste profesional o burnout como problema de la Psicología de la salud: su control en los equipos de salud. En: Hernández E, Grau J, Editores. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: CUCS; 2005. p. 641-77.

<sup>86</sup> French, JRP, Kahn RL. A programatic approach to the studying the industrial environment and mental health. *The Journal of social issues*, 1962; 18: 1-47.

<sup>87</sup> Hernández LC. Síndrome de Desgaste Profesional en Especialistas de MGI. En: Elementos que definen la gestión del Equipo Básico de Salud. La Habana: ENSAP; 2003.

<sup>88</sup> Hernández LC. Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. [Tesis]. Habana: ENSAP; 1995.

<sup>89</sup> Román HJ. El desencuentro entre la salud mental y la salud de los trabajadores. *Rev. Cubana Salud Pública* [Internet] 2006; [Citado 3 jun. 13] 32(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000400017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400017)

- <sup>90</sup> Agut S, Grau R, Beas M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo: Simposio sobre Aspectos psicosociales del estrés ocupacional [Internet]. Barcelona: Universitat Jaume I; 2003 [citado 1 Feb 2007]. Disponible en: [http://www.salves.com.br/virtual/Burnout\\_en\\_muj.htm](http://www.salves.com.br/virtual/Burnout_en_muj.htm)
- <sup>91</sup> Sanz-Vergel AI, Demerouti E, Gálvez M. La conciliación vida laboral y familiar. Cap 22. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) En: Salud Laboral: Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral. Madrid: Ediciones Pirámide; 2013. p. 419-36.
- <sup>92</sup> Kahill S. Interventions for burnout in the helping profession: A review of the empirical evidence. *Canadian Journal of Counseling*. 1988; 22: 162-69.
- <sup>93</sup> González F, Pando Moreno M, Franco S, Saraz S. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo. Universidad de Guadalajara, 2006. p. 185.
- <sup>94</sup> Aranda C, Pando Moreno M, Salazar JG, Torres T, Aldrete MG. Apoyo social como factor protector a la salud frente al Síndrome de Burnout en agentes de vialidad, México. *Rev Costarr Salud Pública* [Internet]. 2010; [citado 21 nov. 2012] Vol. 19, N.º 1: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n1/a04v19n1.pdf>
- <sup>95</sup> Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W. Burnout contagion among general practioners. *Journal of Social and Clinical Psychology* [Internet]. 2001; [citado 21 oct. 2007] 20(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://www.beanmanaged.eu/pdf/articles/arnoldbakker/article\\_arnold\\_bakker\\_72.pdf](http://www.beanmanaged.eu/pdf/articles/arnoldbakker/article_arnold_bakker_72.pdf)
- <sup>96</sup> Navarro V. Síndrome de burnout o quemazón profesional. *Avances Médicos* [Internet] 2002 [citado 11 dic 2009]. Disponible en [http://www.intermedicina.com/Avances/Interes\\_General/AIG23.htm](http://www.intermedicina.com/Avances/Interes_General/AIG23.htm)
- <sup>97</sup> Pardo Álvarez J, et al. - López Herrero F, Moriña Macías M , Pérez Collado M , Freire Pérez, Fernández Leal. ¿Estamos quemados en Atención Primaria? *Medicina de Familia* [Internet]. noviembre 2002 [citado 21 oct. 2007] Vol. 3, N.º 4: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/04.pdf>
- <sup>98</sup> Etzion D y Pines A. Sex and Culture in BO and coping among human service professional. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 1986; 17: 191-202.
- <sup>99</sup> Leiter MP. Burnout as a Function of Communication Patterns: A Study of a Multidisciplinary Mental Health. *Group Organization Management*. March 1988 vol. 13 (1): 111-128
- <sup>100</sup> Hernández E. Métodos, Técnicas y Enfoques Psicológicos. La Habana: ECIMED; 2011
- <sup>101</sup> Vera PE. Optimismo y Salud. En: Flórez MM, Botero B, Moreno, Editores. *Psicología de la Salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica*. Bogotá: Kimpress; 2005. p. 77-88.

<sup>102</sup> Chico E. Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema* 2002; 14: 544-50.

<sup>103</sup> Chacón M, Grau J. Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Rev. Psicología y Salud*, [Internet]. 2004, [citado 11 Dic 2009]. 14(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114108.pdf>

<sup>104</sup> Alonso E, Pozo C. Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2001; 17 (3): 273-94.

<sup>105</sup> Stortti MA, Thomaé M, Ayala E, Sphan M. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Rev. de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* [Internet] Enero 2006 [citado 11 Dic 2009]; (153): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/5\\_153.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.htm)

<sup>106</sup> Moreno Jiménez B, Morret Natera N, Rodríguez Muñoz A, Morante Benadero ME. La Personalidad Resistente como variable moduladora del Síndrome de Burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*. [Internet] 2006; [citado 11 Dic 2009]; 1(003): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3231.pdf>

<sup>107</sup> Nowack KM. Type A, hardiness and psychological distress. *J of Behav Med* 1986, 9(6): 537-48.

<sup>108</sup> Peñacoba C, Moreno B. El concepto de Personalidad Resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*. 1998; (58): 61-96.

<sup>109</sup> Moreno-Jiménez B, Gonzáles J, Garrosa E. Variables de personalidad y proceso del burnout: Personalidad resistente y sentido de coherencia. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional* 2001; 20(1): 1-18.

<sup>110</sup> Kobasa SC, Maddi SR, Courington S. Personality and constitution as mediators in stress-illness relationship. *Journal of Health and social Behavior* 1981; 22: 368-78.

<sup>111</sup> García Averasturi LM. Resiliencia, robustez y crecimiento. *Resistencia Frente a la Adversidad. Psicología Positiva. Hojas Informativas de I@s Psicólogos de LasPalmas*, [Internet] mayo-junio de 2005; [citado 11 Dic. 2009]; n° 76-77: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/94992323/10-Resiliencia-Robustez-y-Crecimiento>

<sup>112</sup> Roca Perara MA. La Personalidad Resistente, variable moduladora de la salud. [Internet]. [citado 11 Dic 2009]. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=193#penacobaREF>

<sup>113</sup> Vinaccia S, Quinceno JM, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, et al. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*. 2005; 15 (002): 207-20.

<sup>114</sup> Fernández Cantillo A. Hernández Gómez LC, Bayarre Veá HD. Síndrome de Desgaste Profesional en Especialistas de Medicina General Integral. Guantánamo; 2007. CD Memorias de la V Conferencia Internacional Psicología de la Salud. La Habana; Octubre 2008.

<sup>115</sup> Mingote Adán JC. El estrés médico. Manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos; 1999.

<sup>116</sup> Margison FR. Stress in Psychiatrists. En: Payne R, Firth-Cozens J, Editores. Stress in health professionals. New York: Wiley; 1987.

<sup>117</sup> Roy A. Suicide in doctors. Psychiatric Clinics of North-America. 1985; 8: 377-87.

<sup>118</sup> Grau A, Flichtentrei D, Suñe R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2009, [citado 11 dic. 2010]. Vol.83, n.2, [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>

<sup>119</sup> Rivera A. Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras [Tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma; 1997.

<sup>120</sup> Chacón M. Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de enfermería de hospitales oncológicos cubanos. Eficacia de un programa de intervención. 2004-2009 [Tesis]. La Habana: ENSAP; 2009.

<sup>121</sup> Jaffe DT. The inner strains of healing work: Therapy and self-renewal for health professionals. En: Seatt C, Hawk J, Editores. Heal Thyself: The health of health care professionals. New York: Bruner Mazel; 1986.

<sup>122</sup> Moreno B, Peñacoba C. Estrés asistencial en los servicios de salud. Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Autónoma; 1995.

<sup>123</sup> Karguer HJ. Burnout as alienation. *Social Service Review* 1981; 55(2): 270-83.

<sup>124</sup> Vincent MO. Doctor and Mrs. Their mental health. *Canadian Psychiatric Association Journal*. 1969; 14: 509-15.

<sup>125</sup> Kalimo R. Mostafa A. Cooper KL. Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: Panorama general. En: Kalimo R. Los factores psicosociales en el trabajo. Washington: OMS; 1988. p. 3-8.

<sup>126</sup> Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: An examination personal, professional and organizational relationships. *Medical Care*, 1994; (32): 745-54.

<sup>127</sup> Correal M, Posada MA. Síndrome de Burnout. Conceptualización. Evaluación y prevención [Tesis]. Santa Fe de Bogotá: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Colombia; 2000.

<sup>128</sup> Moreno-Jiménez B. Evaluación, medidas y diagnóstico del síndrome de burnout. En: El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007. p. 44-65

<sup>129</sup> Gillespie DF, Numeroff RE. The Gillespie-Numeroff Inventory: Technical Manual. St. Louis: Washington University, 1984.

<sup>130</sup> Ford DL, Murphy CJ, Edwards KL. Exploratory development and validation of a perceptual job burnout inventory: comparison of corporate sector and human services professional. Psychological Reports 1983; 52: 995-1006.

<sup>131</sup> Meier ST. The construct validity of burnout. Journal of Occupational Psychology 1984; 57: 211-19.

<sup>132</sup> Mattews DB. A comparison of burnout in selected occupational fields. Development Quarterly 1990; 38: 230-39.

<sup>133</sup> Emener WG, Luck RS, Gohs FX. A theoretical investigation of the construct burnout. Journal of Rehabilitation Administration 1982; 6: 188-96.

<sup>134</sup> Revicki D, May HJ, Whitley TW. Reliability and validity of the work related strain inventory among health professionals. Behavioral Medicine 1991; 17: 11-120.

<sup>135</sup> Pines A.M. The Burnout Measure. Short version. International Journal of Stress Management 2005; 12: 75-88.

<sup>136</sup> García M. Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la Escala EPB. Ansiedad y Estrés 1995; 1: 219-29

<sup>137</sup> Moreno-Jiménez B, Arcenillas MV, Morante ME, Garrosa E. El desgaste profesional en profesores de educación primaria, personalidad y sintomatología asociada. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones [Internet]. 2005; [citado 11 Dic 2009]; 21: [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2313/231317039005.pdf>

<sup>138</sup> Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD, Núñez-Román E. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, [Internet]. 2005; [citado 11 Dic 2009]; 21 (1-2): [aprox. 20 p.]. Disponible en: [http://www.uv.es/gilmonte/Pedrogil\\_archivos/Articulos/2005\\_RPTO\\_CESQT.pdf](http://www.uv.es/gilmonte/Pedrogil_archivos/Articulos/2005_RPTO_CESQT.pdf)

<sup>139</sup> Benevides-Pereira AM, Moreno-Jiménez B, Garrosa E, González JL. La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el Inventario de Burnout de Psicólogos. Clínica y Salud [Internet]. 2002; [citado 11 Dic 2009]; Vol. 13 (3): [aprox. 30 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618090002.pdf>

<sup>140</sup> Moreno-Jiménez B, Olive, C. El MBI, como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. Universidad Autónoma de Madrid. 1989; 1(10): 161-72

<sup>141</sup> Schaufeli WB. Intervenciones sobre el síndrome del burnout. Diputación de Valencia (Ed.), Jornada "El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales", Valencia, España. 2005; 61-75.

<sup>142</sup> González-Gutiérrez JL, Garrosa-Hernández E. Líneas y estrategias de actuación focalizadas en el individuo: propósitos específicos. En: El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007: 99-121.

<sup>143</sup> Zurriaga R, González P, Martínez A. Prevención Psicosocial del burnout en organizaciones laborales. En: El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007: 71-82.

<sup>144</sup> Lorente L, Martínez IM, Salanova M. Estrategias de prevención del burnout desde los recursos humanos. Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales. [Internet] 2007; [citado 11 Dic 2009]; (41): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://pdfs.wke.es/8/5/9/2/pd0000018592.pdf>

<sup>145</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Resolución CD45.R3. Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud Washington DC: OPS; [Internet] 2004 [Citado 20 de agosto de 2008]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD45.r3-s.pdf>

<sup>146</sup> Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OPS; [Internet] 2005 [citado 20 de agosto de 2008]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/APSdocumentoposicion19-07-05.pdf>

<sup>147</sup> Rojas Ochoa F. La muy necesaria renovación de la Atención Primaria de Salud [Editorial]. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet] 2009; [citado 4 de abril 2011] 35(4): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/214/21418848001.pdf>

<sup>148</sup> Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: Ciencias Médicas; 2011. p. 15

<sup>149</sup> Ruíz JR. La Salud Pública Revolucionaria cubana, 1959-2009. [Tesis]. La Habana: ENSAP; 2012

<sup>150</sup> Moreno-Jiménez B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Rev Med Segur Trab. [Internet] 2011; [citado 4 de jun. 2014] 57 (1): [aprox. 18 p.]. [aprox. 21 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000500002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500002)

<sup>151</sup> Hernández-G LC. Presencia de la mujer en la Salud Pública Cubana. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2009; [citado 25 jun. 2012]; 35(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100010&lng=es)

- <sup>152</sup> Aro S. Stress Subjetive Scale (SSS). Journal Scandinavian Occupational Medicine, 1980; 1.
- <sup>153</sup> Castell-Florit SP. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
- <sup>154</sup> Ministerio de Justicia. Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba. No. 3; 2003.
- <sup>155</sup> Sandoval JE, Carbonell EC, Bayarre HD. Algunas variables vinculadas al estrés en sujetos alcohólicos. Revista Cubana de Psicología, 2000. Vol. 17. No.2. p. 165-70
- <sup>156</sup> Fagundo PI, Carbonell EC, Bayarre HD. Comportamiento de factores moduladores del estrés en pacientes con enfermedades dermatológicas psicósomáticas. [Internet]. 2011; [Citado 24 Jun 2012]; 15:63: [aprox. 13 p.] Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4850>
- <sup>157</sup> Lara Cantú Ma. A, Verduzco Ma., Acevedo M. Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología, Colombia. 1993, Vol. 25, núm. 2, p. 247-55
- <sup>158</sup> Oramas VA. "Estrés laboral y síndrome de burnout en Docentes cubanos de enseñanza primaria [Tesis]. La Habana: ENSAP; 2013.
- <sup>159</sup> Almirall P, Carral J, & Hernández J. Un modelo de ergonomía organizacional. Aplicabilidad en un grupo de empresas. Revista Cubana de Salud y Trabajo [Internet]. 2004 [citado 24 Jun 2012]; 5(2): [aprox. 13 p.] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5\\_02\\_04/rst08204.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_02_04/rst08204.pdf)
- <sup>160</sup> Mena AM, Méndez JM. La técnica de grupo de discusión en la investigación cualitativa. Aportaciones para el análisis de los procesos de interacción. Revista Iberoamericana de Educación. [Internet]. 2009; [Citado 24 Jun 2012]; 49(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/2859Manriquev2.pdf>
- <sup>161</sup> Cano A. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: El grupo de discusión (I). Nure Investigación, [Internet] 2008; [Citado 24 Jun 2012] nº 35 (4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/formetod\\_35116200811150.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formetod_35116200811150.pdf)
- <sup>162</sup> Tatsuoka, M. Multivariate analysis: Techniques for educational and psychological research. Ed. John Wiley. NY, 1971.
- <sup>163</sup> Bernal, G. et al. Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de los instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica. El inventario de Depresión de Beck y la Lista de Cotejo de Síntomas. Revista Latinoamericana de Psicología, Puerto Rico; 1995, 27(2): 207-229.

- <sup>164</sup> Silva LC. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- <sup>165</sup> Okuda M, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría, [Internet] 2005, [Citado 24 Jun 2012] Vol. XXXIV (1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
- <sup>166</sup> Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] 2008; [citado 12 nov. 2008]: [aprox. 8 p.]. Disponible en URL: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf)
- <sup>167</sup> Capilla PR. El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional. [Internet] Marzo 2002 [Citado 18 de junio del 2007]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.janofultext?pidet=9224>
- <sup>168</sup> Loria CJ, Guzmán HL. Síndrome de desgaste profesional en personal médico de un servicio de urgencias de la ciudad de México. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias, 2006; 5 (3): 45-56.
- <sup>169</sup> Moreno-Jiménez González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. En: Buendía J, Ramos F, Editores. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p 59-83
- <sup>170</sup> Román HJ, Bertot GM, Pacheco DC. Moduladores individuales del estrés asistencial en profesionales de la salud. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2012;13(3):36-44
- <sup>171</sup> Organización Mundial de la Salud. Resumen analítico del Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud"; [Internet]. 2008; [Citado 17 de junio de 2011], Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf) Bb 155
- <sup>172</sup> Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. En: Schaufeli BW, Maslach C, Marek T, Coordinators. Professional Burnout: Recent developments in theory and research, Washington, DC: Taylor & Francis; 1993. p.19-32.
- <sup>173</sup> Kobasa SC. The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. En: Sanders GS, Sals J, Coordinators. Social psychology of health and illness. Hillsdales, NJ: Lawrence Erlbaum; 1982. p. 3-32.
- <sup>174</sup> Rodríguez-Carvajal R, Moreno-Jiménez B, De Rivas S, Bejarano A, Sanz-Vergel A. Positive psychology at work: Mutual gains for individuals and organizations. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 2010; 26: 235-53.
- <sup>175</sup> Reyes OY, Reyes JL, Cofiño ME. Grado de satisfacción laboral de los Médicos Generales Integrales en Sagua la Grande. Medisur. 2012; 10 (3).

<sup>176</sup> Bakker A B, Demerouti E. La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizational Psychology* (2013) Vol. 29 (3): 107-15

<sup>177</sup> Schaufeli W, Bakker A. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior* [Internet] 2004; [Citado 17 de junio de 2011], No. 25: [aprox. 25 p.]. Disponible en URL: [http://www.beanmanaged.eu/pdf/articles/arnoldbakker/article\\_arnold\\_bakker\\_101.pdf](http://www.beanmanaged.eu/pdf/articles/arnoldbakker/article_arnold_bakker_101.pdf)

<sup>178</sup> Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. En: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro/Brasil [Internet] 19-21 octubre de 2011; [Citado 24 Jun 2012] [aprox. 15 p.]. Disponible en: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)

# **ANEXOS**



## ANEXO 2

### CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (Componente Diagnóstico)

Por favor conteste a las siguientes preguntas marcando con una cruz la opción deseada en una escala de 1 a 5:

- 1- En ninguna ocasión      3- Algunas veces      5- Siempre  
2- Raramente              4- Frecuentemente

No.		1	2	3	4	5
1.	En general estoy más bien harto de mi trabajo.					
2.	Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.					
3.	Mi trabajo profesional no me motiva en la actualidad lo suficiente.					
4.	Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor.					
5.	Las personas a quien tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.					
6.	Mi interés por desarrollarme profesionalmente es escaso.					
7.	Me siento estresado por mi trabajo.					
8.	Procuró no involucrarme emocionalmente con los usuarios de mi trabajo.					
9.	El trabajo que hago se aleja de lo que yo hubiera deseado.					

10. Las principales fuentes de malestar en mi trabajo son:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANEXO 3**  
**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD RESISTENTE**

Marque con una cruz en una escala de 0 a 3 el grado de acuerdo que usted tiene con las siguientes afirmaciones.

- 0** Totalmente en desacuerdo      **1** En desacuerdo  
**2** De acuerdo      **3** Totalmente de acuerdo

<b>No.</b>	<b>Planteamiento</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1.	Si se trabaja duro se puede conseguir lo que se desea				
2.	Una planificación previa puede ayudar a evitar problemas en el futuro				
3.	Para poder manejar los problemas se hace necesario pensar en ellos				
4.	Realmente me preocupo por mi trabajo				
5.	A menudo me levanto deseoso de trabajar				
6.	Cuando se comete un error, siempre hay posibilidades de corregirlo				
7.	No me gusta estar con gente predecible				
8.	Organizo mi tiempo para tratar de hacer el mayor número de cosas productivas.				
9.	El trabajo cotidiano supone un reto para mí.				
10.	No me preocupa no tener quien cuide de mí cuando este viejo.				
11.	Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana				
12.	No me siento incómodo si tengo que realizar cambios en mi programa diario.				
13.	Las cosas que suceden en la vida dependen en gran medida de las intervenciones de uno mismo.				
14.	Las personas siguen siendo fiables aunque cambien de ideas.				
15.	Me gusta haya una gran variedad en mi trabajo				

**ANEXO 4**  
**INVENTARIO DE AUTOESTIMA**

A continuación se presentan oraciones que describen los sentimientos de las personas. Lea detenidamente y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con su sentir en este momento. No hay respuestas buenas ni malas.

<b>No.</b>	<b>Planteamiento</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	Generalmente los problemas me afectan muy poco		
2.	Me cuesta trabajo hablar en público		
3.	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi		
4.	Puedo tomar una decisión fácilmente		
5.	Soy una persona simpática		
6.	En mi casa me enoja fácilmente		
7.	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo		
8.	Soy popular entre las personas de mi edad		
9.	Mi familia generalmente tiene en cuenta mis sentimientos		
10.	Me doy por vencido(a) fácilmente		
11.	Mi familia espera demasiado de mí		
12.	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy		
13.	Mi vida es muy complicada		
14.	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas		
15.	Tengo mala opinión de mi mismo		
16.	Muchas veces me gustaría irme de casa		
17.	Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo		
18.	Soy menos bonita que la mayoría de la gente		
19.	Si tengo algo que decir generalmente lo digo		
20.	Mi familia me comprende		
21.	Los demás son mejores aceptados que yo		
22.	Siento que mi familia me presiona		
23.	Con frecuencia me desanimo con lo que hago		
24.	Muchas veces me gustaría ser otra persona		
25.	Se puede confiar muy poco en mi		

**ANEXO 5**  
**Escala de Síntomas de Estrés**

**¿HA PADECIDO ALGUNOS DE ESTOS SÍNTOMAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?**

Los síntomas que se presentan regularmente relacionados con la menstruación o los que pueden relacionarse con la ingestión de bebidas alcohólicas no deben ser señalados.

No.	Síntomas	Raramente o nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1	Acidez o ardor en el estómago				
2	Pérdida del apetito				
3	Deseos de vomitar o vómitos				
4	Dolores abdominales				
5	Diarreas u orinar frecuentemente				
6	Dificultades para quedarse dormido o despertarse durante la noche				
7	Pesadillas				
8	Dolores de cabeza				
9	Disminución del deseo sexual				
10	Mareos				
11	Palpitaciones o latidos irregulares del corazón				
12	Temblor o sudoración en las manos				
13	Sudoración excesiva sin haber realizado esfuerzo físico				
14	Falta de aire sin haber realizado esfuerzo físico				
15	Falta de energía o depresión				
16	Fatiga o debilidad				
17	Nerviosismo o ansiedad				
18	Irritabilidad o enfurecimientos				

## ANEXO 6

### TÉCNICA DE LA LLUVIA DE IDEAS

#### **Procedimiento:**

##### **Primer paso:**

Se conforman grupos de no menos de 6 ni más de 16 personas tomando en cuenta la cantidad total de participantes en el ejercicio y la disponibilidad de coordinadores y observadores relatores.

En cada grupo debe haber un coordinador y un observador relator. El coordinador deberá explicar al grupo que se han reunido para expresar, de acuerdo a su realidad y percepción de la misma, aquellos elementos que consideran fuentes de malestar en el trabajo, pudiendo ser considerados también como estresores.

##### **Segundo paso:**

Se divide al grupo de acuerdo a su tamaño, en 3 o 4 sub.-grupos. Se recomienda utilizar alguna técnica participativa que ayude a esta división (por colores, por número u otra que el coordinador considere).

##### **Tercer paso:**

Se les orienta que cada uno de los subgrupos en 15 minutos debe conversar sobre aquellos elementos que generan malestar en el trabajo. Una vez pasado el tiempo y observado que llegaron a un consenso, se les reparte una hoja y les dice que disponen de 10 minutos para listarlos. El observador relator debe escribir cómo se realiza esta etapa de trabajo, observando tanto la comunicación verbal como extra verbal y la atmósfera emocional en que se desarrolla. El coordinador orientará si existen dudas, de lo contrario se mantendrá observando cómo se realiza la actividad.

##### **Cuarto paso:**

El coordinador divide la pizarra o papelógrafo en 3 partes, en una parte hace tantas columnas como sub.-grupos hayan, y se le pide a cada sub.-grupo que elija a un compañero que escribirá en la pizarra de acuerdo a sus anotaciones los elementos que generan malestar en el trabajo.

##### **Quinto paso:**

Una vez que todos los sub-grupos hayan listado las fuentes de malestar en el trabajo, se llega por consenso a una lista definitiva. Esta fase la pueden hacer sobre sus hojas de papel y analizarlo en los sub-grupos. Una vez concluido este paso, se procede a agrupar dichas fuentes de malestar en: organizacionales (relacionados con la tarea, sobrecarga laboral, burocratismo, toma de decisiones, estilos de dirección y supervisión, entre otras, las que se refieren al apoyo social o sistemas de relaciones y las de tipo personal o individual, también se les pide que agrupen aquellos elementos o fuentes de malestar que pueden ser considerados extralaborales.

*Se discutirán con los participantes los resultados obtenidos.*

Sub-grupo				Plenario	Plenario			
1	2	3	4	Consenso	Organizacionales	Sociales/ Interpersonales	Personales	Extralaborales

Nota: Se tomarán en cuenta para llegar a consenso aquellos criterios en los que esté de acuerdo el 50% más 1 de los participantes en la técnica.

## ANEXO 7

Estimado (a): \_\_\_\_\_, por medio de la presente le estamos invitando a participar en el **“TALLER INTERSECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL EN ESPECIALISTAS EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL”**, que tendrá lugar el próximo miércoles 26 de octubre de 2011, a las 9:00 am en la Escuela Nacional de Salud Pública.

Los estudios realizados sobre el Desgaste Profesional, han puesto en evidencia que los profesionales de la salud que brindan sus servicios en la Atención Primaria, no están ajenos a padecer este síndrome, de ahí que dada la importancia y actualidad de la temática, lo estamos convocando para que desde una participación intersectorial que incluya acciones políticas y técnicas, se promuevan las alianzas y la colaboración entre los sectores y grupos implicados para la promoción de salud y las acciones de prevención en el lugar de trabajo, recordando siempre que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para su buen funcionamiento y para conseguir que éste ofrezca un servicio de calidad.

### Los **OBJETIVOS** son:

- ✓ Sensibilizar a los diferentes actores sociales con el Desgaste Profesional como problema de salud pública que afecta la calidad de la atención a la población y el bienestar y satisfacción del profesional que brinda tales servicios.
- ✓ Identificar las acciones que desde cada sector pueden contribuir a la prevención del desgaste profesional en los especialistas de Medicina General Integral.

Contamos con su valiosa presencia,

Cordialmente,

---

MSc. Lidia C. Hernández Gómez  
Coordinadora del Taller  
Departamento de Ciencias Sociales  
ENSAP

## **“TALLER INTERSECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL EN ESPECIALISTAS EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL”**

Los estudios realizados sobre el Desgaste Profesional, han puesto en evidencia que los profesionales de la salud que brindan sus servicios en la Atención Primaria, no están ajenos a padecer este síndrome, de ahí que dada la importancia y actualidad de la temática, lo estamos convocando para que desde una participación intersectorial que incluya acciones políticas y técnicas, se promuevan las alianzas y la colaboración entre los sectores y grupos implicados para la promoción de salud y las acciones de prevención en el lugar de trabajo, recordando siempre que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para su buen funcionamiento y para conseguir que éste ofrezca un servicio de calidad.

### **OBJETIVOS:**

- ✓ Sensibilizar a los diferentes actores sociales con el Desgaste Profesional como problema de salud pública que afecta la calidad de la atención a la población y el bienestar y satisfacción del profesional que brinda los servicios.
- ✓ Identificar las acciones que desde cada sector pueden contribuir a la prevención del desgaste profesional en los especialistas de Medicina General Integral.

### **PARTICIPANTES POR EQUIPO DE TRABAJO**

<b>No.</b>	<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Institución a la que pertenece</b>	<b>Cargo</b>	<b>Dirección electrónica</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

### **PROPUESTA DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL DP**

<b>No.</b>	<b>Individual</b>	<b>Social</b>	<b>Organizacional</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

\*Especificar sector o sectores que debe(n) realizar la acción

### **OTRAS ACCIONES O PROPUESTAS QUE CONSIDERE:**

## ANEXO 8

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Desgaste Profesional (DP) se considera un problema social y de salud pública que repercute seriamente en la salud de los médicos, enfermeras, y todo trabajador que presta algún tipo de servicio. La aparición de este síndrome puede ocurrir debido al estrés sufrido por los profesionales en el trato directo y continuo con personas necesitadas de atención médica física o emocional.

El propósito de la investigación es identificar la prevalencia del DP en los especialistas en Medicina General Integral que laboran en la Atención Primaria de Salud, el comportamiento de algunas variables salutogénicas como la personalidad resistente y la autoestima que actúan como protectoras ante el DP, la presencia de síntomas de estrés, así como las principales fuentes que provocan malestar en el trabajo, con el objetivo de desarrollar estrategias para su prevención.

La investigación consiste en una serie de cuestionarios sobre el tema, a los que Ud. debe responder con sinceridad. Su participación es totalmente voluntaria y confidencial y si desea abandonarla puede hacerlo cuando lo desee.

El presente documento de consentimiento informado fue consultado antes por la investigadora y entregado posteriormente para su firma.

Yo \_\_\_\_\_,  
ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa por este medio, doy mi consentimiento para que se me apliquen y responder los instrumentos del estudio.

He tenido tiempo para decidir mi participación sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. Se me ha asegurado que la información que yo brinde es confidencial.

Estoy consciente de mi derecho a no responder a cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para ello, y que tengo el derecho de retirarme si considero oportuno no continuar en la investigación.

Para que así conste, firmo el presente consentimiento a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2012.

Firma: \_\_\_\_\_