

Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT¹

Mariana A. Marucco^{*1}

Pedro R. Gil-Monte^{**} y Edgardo Flamenco^{*}

^{*}Servicio de Pediatría. Hospital Oñativia (BsAs, Argentina)

^{**}Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO)
(Universidad de Valencia, España).

resumen/abstract:

El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia del Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en pediatras de hospitales generales. La muestra la conformaron 123 pediatras que trabajaban en Servicios de Pediatría de hospitales generales, 89 mujeres (72,4%) y 34 hombres (27,6%). El estudio fue transversal, *no aleatorio*. El SQT se estimó con el *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) y el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT). La prevalencia del SQT siguiendo los puntos de corte del manual USA fue del 10.59%, mientras que considerando los criterios clínicos establecidos en Holanda el porcentaje fue sólo del 3.25%. Utilizando el CESQT la prevalencia fue de 3.25%. El estudio concluye considerando que los niveles de prevalencia varían significativamente en función de los criterios aplicados debido a influencias transculturales, pero son similares utilizando ambos cuestionarios y criterios más estrictos que los ofrecidos por el manual del MBI.

The purpose of this study was designed to study the comparison between the prevalence of burnout in pediatricians of General Hospitals. The sample were 123 pediatricians working in Services of Pediatrics at general hospitals. 89 women (72,4%) and 34 men (27,6%). The study was cross-sectional, and not randomized. Burnout was evaluated by the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), and by the "Spanish Burnout Inventory" (SBI). Different approaches were employed to establish the prevalence of burnout in the sample of study. The prevalence of burnout was different according to the used approach. Following the points of the USA manual the prevalence was 10.59%; while considering the Dutch clinical approach the percentage was only 3.25%. Using SBI the prevalence was 3.25%. The prevalence levels vary significantly depending of the applied approach, and because of cross-cultural influences, but were similar using both questionnaires with clinical criteria.

palabras clave/keywords:

Síndrome de quemarse por el trabajo, *burnout*, CESQT, pediatras, prevalencia.

Burnout, SBI, pediatricians, prevalence.

Introducción

El Síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) (en adelante SQT) constituye en la actualidad un fenómeno en expansión en el ámbito laboral. En la Argentina las condiciones de vida de la población, los recursos sanitarios disponibles, la pérdida del valor social de las profesiones de la salud, son algunas de las variables que condicionan el trabajo profesional, contribuyen a crear vulnerabilidad y predisponen a los profesionales a diferentes formas de estrés. El SQT aparece entonces como una respuesta al estrés laboral crónico cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (Gil-Monte, 2005a). Se define como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellos individuos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad” (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). El agotamiento emocional se define como una situación de desgaste en la que los profesionales perciben que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. La despersonalización puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del

trabajo. La baja realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad para la realización del trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden.

Los pediatras participantes de este estudio desarrollan su actividad en los servicios de pediatría de los hospitales generales de la Región Sanitaria VI del conurbano bonaerense, que se encuentran en zonas consideradas de riesgo epidemiológico. Las dos terceras partes de los bonaerenses habitan en el conurbano, el cual representa la mayor concentración de áreas de pobreza de la Provincia de Buenos Aires. La Región Sanitaria VI ha presentado tasas de mortalidad infantil de 13,9%. La pobreza es del 44,4% y la indigencia del 16,9%. Debido al peso demográfico de la región se traduce en 4,3 millones de pobres y 1,65 millones de indigentes, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo de Argentina correspondientes a 2001.

Los pediatras de estos hospitales tienen la responsabilidad sobre la salud integral de niños y adolescentes. La relación pediatra-paciente-familia está enmarcada en circunstancias bio-psico-sociales, lo que exige la implicación emocional del pediatra en los problemas de los niños y sus familias, a lo que se suma las restricciones presupuestarias con escasez de personal y recursos. El trabajo del pediatra en estos hospitales presenta continuas interrupciones y reorganizaciones condicionado por el ingreso de pacientes por la vía no programada: “urgente”, lo que lleva a la máxima ocupación de turnos y a la saturación del sistema, lo que determina falta de control sobre el contenido y la planificación de la

¹ Estudio basado en la tesis titulada: “Síndrome de Quemarse por el Trabajo (*burnout*) en Pediatras. Análisis de variables que podrían potenciar la aparición y/o agudización en los Hospitales Generales de la Región Sanitaria VI. Sur del Conurbano Bonaerense”. Año: 2006. Institución: Universidad Nacional de Lanús (Argentina). Autora: Dra. Mariana A. Marucco. Director: Dr. Pedro R. Gil-Monte.

¹ Dirección de contacto: Servicio de Pediatría. HZGA. Dr. A. Oñativia. R. Carrillo 1339. R. Calzada (1847). Buenos Aires, Argentina. e-mail: marianamarucco@speedy.com.ar

tarea. Algunos de los siguientes factores condicionan la vulnerabilidad del pediatra al SQT: desmotivación, frustración, el exceso de demanda, la ausencia de autonomía para gestionar el trabajo, la sensación de que la formación continua carece de sentido ya que las posibilidades de promoción son muy escasas, las interrupciones en el trabajo, la falta de confianza de los pacientes, el poco reconocimiento de los jefes y de las autoridades, un tiempo por paciente insuficiente, un sueldo escaso, etc.

El “*Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*” (MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1986) es el cuestionario más utilizado, aceptado y difundido en diferentes países, y ha sido utilizado en la mayoría de los estudios en los que se analiza la prevalencia del SQT, lo que ha permitido comparar los resultados obtenidos en diversos estudios. Maslach y Jackson (1986) proponen un criterio de percentiles para cada dimensión, consistente en dividir a la muestra en tres grupos de igual tamaño, 33.3% de los individuos. Estos grupos categorizan a los sujetos que responden el cuestionario en individuos con niveles altos, medios y bajos para cada dimensión (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo). Pero querer transpolar estos criterios a la población latina puede entrañar sesgos que pueden ser relevantes, ya que los criterios estadounidenses pueden ser inadecuados, debido a la existencia de diferencias significativas en los valores normativos de corte por cuestiones socio-culturales, lo que dificulta concluir sobre el número de individuos que han desarrollado la patología y los que no (Schaufeli y Dierendonck, 1995). En el manual no se ofrecen puntos de corte o criterios diagnósticos “validados clínicamente”.

Otro criterio utilizado para determinar la prevalencia del SQT es el de Schaufeli y Dierendonck (1995), quienes en una muestra de trabajadores de la salud que fueron derivados a tratamiento psicopatológico por problemas en su salud mental derivados del trabajo establecieron puntos de corte para el MBI-HSS, que fueron validados clínicamente. Recomiendan utilizar estos criterios para establecer el diagnóstico del SQT, ya que afirman que el uso del MBI-HSS y sus criterios diagnósticos en poblaciones no de habla inglesa, conllevaría a considerar a individuos sanos como enfermos. Además concluyen que los puntos de corte para la población americana, son más altos en agotamiento emocional y despersonalización y menores en realización personal en el trabajo que para la muestra holandesa y que se debe ser extremadamente cauto cuando se utilizan los puntos de corte para establecer los niveles del SQT.

Recientes estudios han señalado que el MBI es un instrumento que presenta problemas metodológicos y conceptuales importantes (Gil-Monte, 2005a; Halbesleben y Demerouti, 2005; Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen, 2005). Por ello se han construido instrumentos de evaluación alternativos que intentan superar esas insuficiencias. El “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) (Gil-Monte, 2005a), nace de la necesidad de construir instrumentos de evaluación alternativos y específicos para realizar diagnóstico. El CESQT presenta cuatro dimensiones denominadas:

1. Ilusión por el trabajo. Deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. Los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, de manera

que bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el SQT.

2. Desgaste psíquico. Aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

3. Indolencia. Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan.

4. Culpa. Desarrollo de sentimientos de culpa debidos fundamentalmente al desarrollo de las actitudes negativas hacia los clientes de la organización.

La escala de culpa permite la realización de un diagnóstico diferencial, pues mediante ella se pueden identificar diferentes perfiles en la evolución del SQT y, por tanto decidir pautas de tratamiento, y criterios de intervención. El modelo teórico que subyace al CESQT considera que el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico característica de los profesionales que trabajan hacia personas. En este modelo, el deterioro cognitivo (bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo) y afectivo (altas puntuaciones en desgaste psíquico) aparece en un primer momento como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico, y con posterioridad los individuos desarrollarán actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo (altos niveles de indolencia). La aparición de los sentimientos de culpa es posterior a estos síntomas, pero no la presentan todos los individuos. De esta manera, es posible distinguir dos perfiles en el proceso del SQT. El Perfil 1 conduce a la

aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. El Perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa.

La prevalencia del SQT en pediatras en Argentina y en otros países ha sido poco estudiada. La literatura ofrece algunos estudios en los que los pediatras formaron parte de muestras más amplias, en los que se ha aplicado el MBI-HSS pero con versiones más cortas, o con un rango de la escala de frecuencia diferente al del manual (Bustinzá, López-Herce, Carrillo, Vigil, Lucas y Panadero, 2000; Jiménez, Morales y Martínez, 2002). En algunos estudios se establecen puntos de corte propios, la mayoría de las veces no fundamentado o definido previamente, o suman las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas y a partir de allí establecen las categorías alto, medio y bajo, por lo que se dificulta la posibilidad de establecer comparaciones.

En estudios realizados en España, López, Rodríguez, Fernández, Marcos, Martínón y Martínón (2005) obtuvieron una prevalencia del 20.8%, en un estudio en personal asistencial pediátrico. Jiménez et al. (2002) en un estudio realizado en cirujanos pediatras obtuvieron una prevalencia del 5.9%, mientras que Bustinzá et al. (2000) en una

muestra de pediatras intensivistas ($n = 49$) informan una prevalencia del 10%. En Brasil, Dutra (2004) informa de prevalencia del 53,7% para un estudio realizado, en un hospital universitario a pediatras ($n = 41$) y utilizando los puntos de corte del manual de EEUU.

Dado que en Argentina no hay estudios sobre la prevalencia del SQT en pediatras, y a nivel internacional son escasos, el objetivo de este estudio es analizar y comparar la prevalencia del SQT en pediatras de los hospitales generales del sur del conurbano bonaerense medida con el MBI-HSS y el CESQT.

Método

Muestra

La muestra quedó conformada por 123 pediatras. La tasa de respuesta fue del 53,94%, considerando como población todos los pediatras con trabajo estable (de planta y guardia) de los hospitales generales de la Región Sanitaria VI del conurbano bonaerense. 33 participantes (26.8%) trabajaban como personal de planta de 36 horas semanales (no realizaban guardia), y 90 participantes (73.2%) tenían nombramiento de guardia (24 horas de guardia y 12 horas en planta). La distribución según sexo fue de 89 mujeres (72,4%) y 34 hombres (27,6%). La media de edad fue de 42.38 años (24 -70 años).

Instrumentos

El SQT se estimó mediante la adaptación al castellano del MBI-HSS (Gil-Monte, 2005b), y con el CESQT (Gil-Monte, 2005a; Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román, 2005). El cuestionario MBI-HSS consta de 22 ítems que según

señala el manual se distribuyen en tres escalas denominadas Realización personal en el trabajo (8 ítems, $\alpha = .84$), Agotamiento emocional (9 ítems, $\alpha = .88$) y Despersonalización (5 ítems, $\alpha = .78$). Los individuos valoran cada ítem del cuestionario con una escala de frecuencia en la que indican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem durante el último año. Esta escala de frecuencia tiene 7 grados que van de 0 (“nunca”) a 6 (“todos los días”). Bajas puntuaciones en Realización personal en el trabajo, junto con altas puntuaciones en Agotamiento emocional y en Despersonalización se corresponden con altos niveles del SQT. Para establecer criterios de riesgo se utilizaron los puntos de corte de Maslach y Jackson (1986) (percentil 33 y 66) y para los criterios patológicos se utilizaron los puntos de corte de Schaufeli y Dierendock (1995).

El CESQT se compone de cuatro dimensiones: Ilusión por el trabajo (5 ítems, $\alpha = .78$), Desgaste psíquico (4 ítems, $\alpha = .81$), Indolencia (6 ítems, $\alpha = .75$), y Culpa (5 ítems, $\alpha = .79$). Está formado por 20 ítems que se valoran en una escala de frecuencia, con un rango de 5 grados que va de “Nunca” (0) a “Muy frecuentemente: todos los días” (4). La consistencia interna para el conjunto de los 15 ítems de las escalas de Ilusión por el trabajo (invertidos), Desgaste psíquico, e Indolencia alcanzó un valor de $\alpha = .85$.

Procedimiento

El diseño fue transversal y no aleatorizado. Para la recogida de la información se utilizó un cuestionario anónimo y autoadministrado. Se solicitaron los consentimientos informados a los respectivos directores, jefes de servicio, comités de ética, y comités de docencia e investigación de cada hospi-

tal, así como un consentimiento a cada participante, que fue entregado en hoja aparte. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 11.0.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los valores descriptivos para las dimensiones del MBI y del CESQT. Como se puede observar en la Tabla 2, siguiendo los puntos de corte establecidos por Maslach y Jackson (1986) obtuvimos para nuestra muestra que el 34.14%

participantes puntuaban bajo en Realización personal en el trabajo (RPT), un 47.15% puntuaron alto en Agotamiento emocional, y el 22.76% puntuaron alto en Despersonalización. Cuando se utilizaron los puntos de corte establecidos por Schaufeli y Dierendonck (1995) se obtuvo que un 18.69% de los participantes presentaron baja Realización personal en el trabajo, el 19.51% de los participantes altos niveles de Agotamiento emocional, y el 24.39% de los participantes altos niveles de Despersonalización.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las dimensiones del MBI y del CESQT.

	M	Md	dt	Rango	Asimet	Curtosis	Alfa
Ilusión por el trabajo	2.56	2.40	.71	0-4	.28	-.51	.78
Desgaste psíquico	2.20	2.25	.85	0-4	.24	-.37	.81
Indolencia	1.65	1.67	.69	0-4	.23	-.11	.75
Culpa	1.28	1.20	.75	0-4	.55	.52	.79
CESQT (15 ítems)	1.73	1.73	.58	0-4	-.05	-.22	.85
Realización personal en trabajo	33.24	34.00	8.51	0-48	-.53	-.06	.84
Agotamiento emocional	24.37	26.00	11.23	0-54	.15	-.59	.88
Despersonalización	8.19	7.00	6.23	0-30	.79	-.14	.78

Tabla 2. Prevalencia según puntos de corte y porcentaje de sujetos afectados.

Puntos de corte	Maslach y Jackson (1986) (Percentil 90)			Schaufeli y Dierendonck (1995)		
	RPT	AE	DEP	RPT	AE	DEP
Alto	≥ 39	≥ 27	≥ 13	≥ 29	≥ 34	≥ 12
(%)	(27.64)	(47.15)	(22.76)	(75.60)	(19.51)	(24.39)
Medio	38-32	26-17	12-7	28-26	33-26	11-6
(%)	(38.21)	(23.58)	(30.89)	(5.69)	(30.89)	(34.95)
Bajo	≤ 31	≤ 16	≤ 6	≤ 25	≤ 25	≤ 5
(%)	(34.14)	(29.27)	(46.34)	(18.69)	(49.59)	(40.65)
% SQT		10.59%			3.25%	

Nota. RPT, Realización personal en el trabajo; AE, Agotamiento emocional; DEP, Despersonalización.

Como se aprecia en la Figura 1, los niveles de baja Realización personal en el trabajo fueron menores al aplicar los puntos considerados por Schaufeli y Dierendonck (1995) como puntos de corte clínico, que aplicando los criterios de Maslach y Jackson (1981).

Cuando se compararon los niveles de Agotamiento emocional (Figura 2), se observó que los niveles de prevalencia fueron más bajos en esta dimensión cuando se utilizan los puntos de corte de Schaufeli y Dierendonck (1995) que los de Maslach y Jackson (1981).

Figura 1. Prevalencia en Realización personal en el trabajo en la muestra del estudio aplicando diferentes criterios.

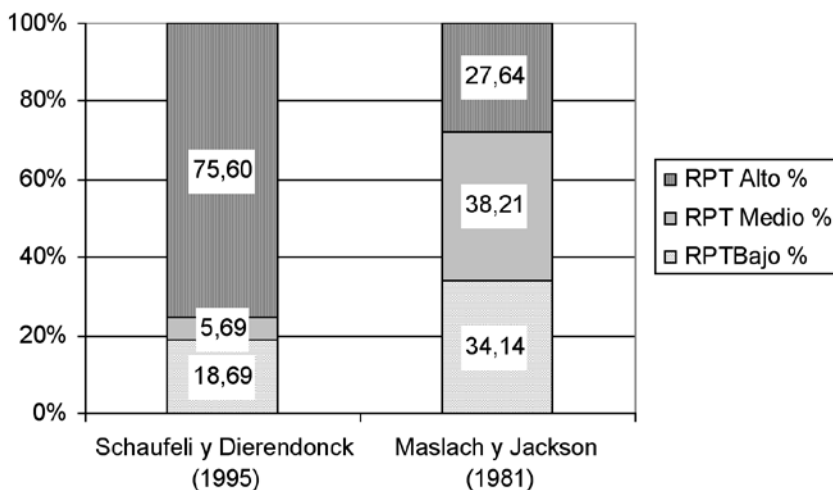


Figura 2. Prevalencia de Agotamiento emocional en la muestra del estudio aplicando diferentes criterios.

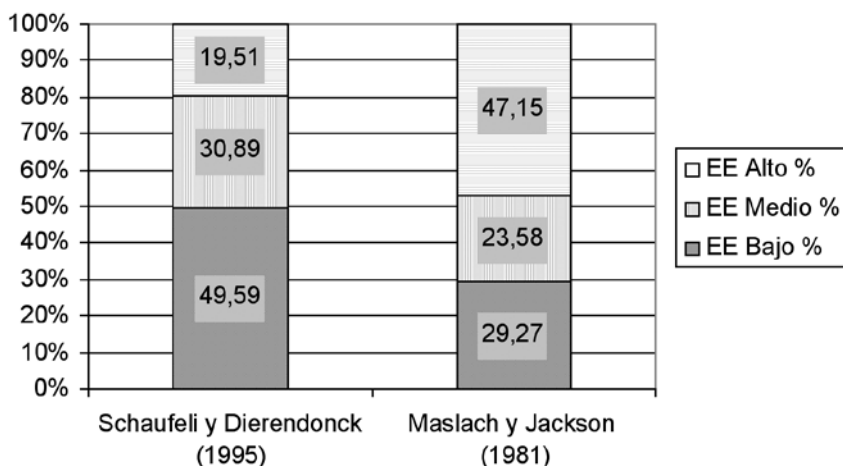


Figura 3. Prevalencia de Despersonalización en la muestra del estudio aplicando diferentes criterios.

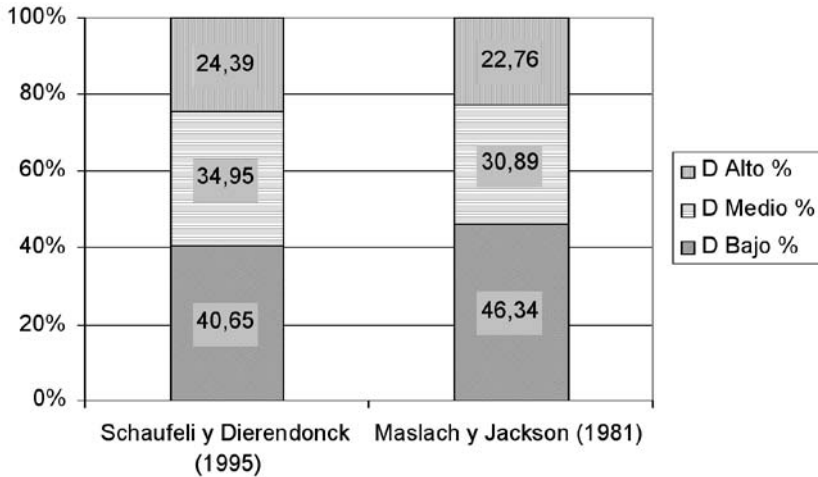
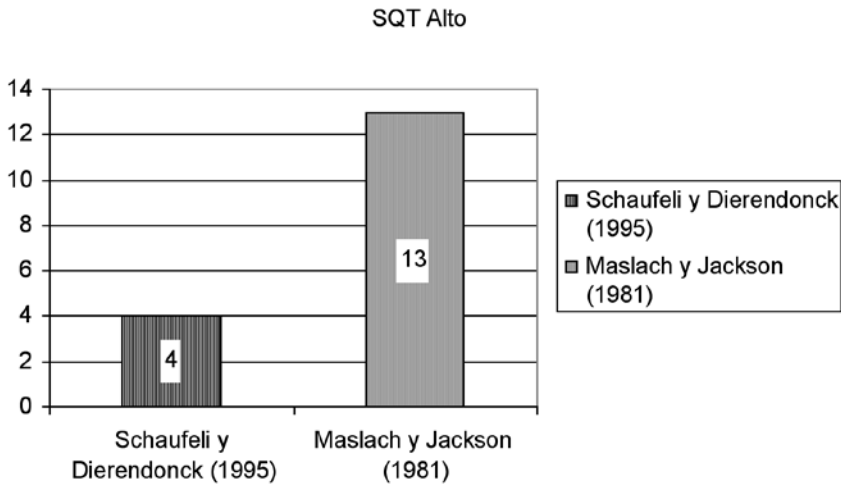


Figura 4. Prevalencia del SQT en la muestra del estudio aplicando diferentes criterios.



Por lo que se refiere a los niveles de prevalencia obtenidos para Despersonalización, los resultados comparativos fueron algo diferentes a los obtenidos para las otras dos dimensiones, pues la prevalencia fue superior aplicando los puntos de corte de

Schaufeli y Dierendonck (1995) que con los obtenidos por Maslach y Jackson (1981) en el manual del MBI (Figura 3).

Un paso más en el estudio de la prevalencia del SQT consistió en analizar cuantos participantes de la muestra presentaban el

síndrome. Para ello se consideró que los participantes debían cumplir el criterio de puntuar bajo en Realización personal en el trabajo, y a la vez alto en Agotamiento emocional y en Despersonalización. En la Figura 4 se presentan los resultados comparativos según los diferentes criterios. Sólo 13 participantes (10.59%) presentarían el SQT si se aplicaran los puntos de corte de Maslach y Jackson (1989), mientras que la prevalencia resultó inferior cuando se utilizaron los criterios de Schaufeli y Dierendonck (1995) para establecerla, pues sólo 4 participantes (3.25%) puntuaron bajo en Realización personal en el trabajo, y a la vez alto en Agotamiento emocional y en Despersonalización

Para analizar la prevalencia del SQT utilizando el CESQT se consideró la percepción de la frecuencia de síntomas en él según los anclajes de la escala de frecuencia. Esto supone para Ilusión por el trabajo considerar a los individuos que presentaron una frecuencia inferior a una puntuación promedio de 2 (“Algunas veces al mes”), y para el resto de las subescalas puntuaciones igual o superiores a 2 (“Algunas veces al mes”). Además, se calcularon los percentiles 10 para Ilusión por el trabajo, 75 y 90 para Desgaste psíquico, 90 para Indolencia, para Culpa, y para el promedio de los 15 ítems de las escalas de Ilusión por el trabajo (invertidos), Desgaste psíquico, e Indolencia (Gil-Monte et al., 2005).

A efectos diagnósticos se considera que un sujeto ha desarrollado el SQT cuando presenta puntuaciones iguales o mayores a 2 en el promedio de las tres escalas. Dado que las dimensiones de este instrumento son independientes, de manera que altas puntuaciones en una dimensión no conlleva necesariamente altas puntuaciones en

las otras (bajas en el caso de Ilusión por el trabajo), se considera un caso grave (Perfil 1) si el sujeto presenta bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, junto con altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia. El caso será muy grave cuando altas puntuaciones en el promedio de las tres escalas se acompañen de altos sentimientos de Culpa (Perfil 2).

Aplicando esos criterios se obtuvo que 62 participantes (50.40%) presentaban altos niveles de Desgaste psíquico, 32 (26.01%) presentaban altos niveles de Indolencia, 31 (25.20%) bajos niveles de Ilusión por el trabajo, y 13 participantes (10.56%) presentaron altos niveles de Culpa. La prevalencia del SQT fue del 27.64%, pues 34 sujetos puntuaron alto en Desgaste psíquico e Indolencia, al tiempo que bajo en Ilusión por el trabajo. Cuando se consideró la puntuación total en la escala CESQT (15 ítems), el número de pediatras que percibió altos niveles de SQT, con una frecuencia igual o superior a 2, fue de 58 (47.15%). Pero, sólo 4 individuos (3.25%) deben considerarse como casos muy graves, pues presentaron altas puntuaciones en el CESQT junto con altos sentimientos de culpa (Tabla 3).

Calculando los percentiles para refinar el diagnóstico se obtuvo los siguientes porcentajes de participantes: Ilusión por el trabajo alta (Pc10) 18.69%; Desgaste psíquico alto (Pc75) 28.45%, (Pc90) 11.38%; Indolencia alta (Pc90) 13.00%; Culpa alta (Pc90) 10.56%; y CESQT alto (Pc90) 4.06%.

Discusión

La tasa de respuesta sobre los cuestionarios distribuidos fue del 53.94%. Se obtuvo respuesta en todos los hospitales. Si bien la tasa de respuesta no fue uniforme (del 15 % al 100 %), los hospitales no presen-

Tabla 3. Número y porcentaje de sujetos con altos vs. bajos niveles de SQT.

	Niveles altos (≥ 2)	Niveles bajos (<2)
Ilusión por el trabajo	92 (74.80%)	31 (25.20%)
Desgaste Psíquico	62 (50.40%)	61 (49.60%)
Indolencia	32 (26.01%)	91 (73.99%)
Culpa	13 (10.56%)	110 (89.44%)
CESQT (15 ítems)	58 (47.15%)	65 (52.84%)
Tres dimensiones CESQT	34 (27.64%)	89 (72.35%)
Tres dimensiones CESQT y Culpa	4 (3.25%)	

tan diferencias entre sí en lo que respecta a categoría profesional de los pediatras y su distribución por turno. Nuestra tasa de respuesta fue similar o superior a la obtenida en algunos estudios sobre SQT en personal sanitario (Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero, 2001; De Pablo y Suberviola, 1998), y similar a los estudios realizados en personal sanitario que trabaja con niños (Bustanza et al. 2000; Jiménez et al., 2002). Las escalas tanto del MBI-HSS como del CESQT presentaron valores de consistencia interna aceptables (Alfa de Cronbach).

El estudio presenta algunas limitaciones. Al tratarse de cuestionarios anónimos, desconocemos las causas de no respuesta de los individuos. No se descarta la falta de motivación de la persona de referencia para realizar el estudio, en algunos de los hospitales. Otra limitación del estudio es que el muestreo no fue aleatorio. Aunque en tres hospitales respondieron el 100% de los pediatras, la tasa de prevalencia puede estar afectada por falsos positivos (“efecto del trabajador sano”) (Karasek y Theorell, 1990). El resultado es que probablemente los valores normativos están sesgados, de tal forma que se concluye que determinados individuos presentan un alto grado en el

SQT cuando realmente no es así. También se debe considerar la posibilidad de que las personas menos satisfechas con su calidad de vida profesional no hubieran contestado la encuesta. No obstante, la muestra quedó conformada por 89 mujeres (72.4%) y 34 varones (27,6%). Esta distribución puede ser considerada similar a la del colectivo de profesionales de pediatría en su conjunto y, junto a la tasa de respuesta obtenida y su comparación con otros estudios, le confiere validez externa a los resultados del estudio.

Una de las principales aportaciones de este estudio es la comparación de tasas de prevalencia siguiendo diferentes criterios normativos y comparando ambos cuestionarios (MBI-HSS, CESQT). La tasa de prevalencia obtenida con el MBI-HSS difiere de las obtenidas en las muestras normativas de EEUU y Holanda. Ante la falta de estudios transculturales en profesionales de la salud que expliquen estas diferencias, sólo podemos especular sobre su origen: significado del trabajo (organización y condiciones institucionales) y del perfil profesional (el significado de “ser pediatra” en la sociedad argentina), además de las diferencias socio-económico-cul-

turales entre Argentina, Estados Unidos y Holanda. La tasa de prevalencia obtenida con el CESQT utilizando los criterios más estrictos y las cuatro dimensiones, y el percentil 90 es similar a la obtenida utilizando los puntos de corte de Schaufeli y Dierendonck (1995).

Como conclusión al estudio se considera que la prevalencia del SQT en los pediatras del estudio es del 3.25% (con ambos cuestionarios). Desde consideraciones psicométricas, en estos casos se podría hablar de casos clínicos. Pero, esta conclusión está vinculada a la necesidad de realizar una entrevista clínica para confirmar el diagnóstico y descartar otros problemas que pueden influir en los síntomas evaluados, así como analizar la intensidad de las consecuencias del SQT en estos sujetos, y el grado de incapacidad que presentan para el ejercicio de su actividad laboral.

Aún así, estos valores, junto al porcentaje de participantes que se consideran de riesgo, hace suponer un deterioro importante en la atención pediátrica ofrecida a la población. Por ello es necesario que los departamentos responsables de la atención sanitaria a la población y, en especial, los responsables de la atención pediátrica desarrollen una política de prevención e intervención para la disminución de los riesgos psicosociales que afectan a este colectivo ocupacional, y la creación de servicios internos de atención y apoyo psicológico a los profesionales.

Bibliografía

- Bustanza, A., López-Herce, J., Carrillo, A., Vigil, M.D., de Lucas, N., y Panadero, E. (2000) Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *Anales Españoles de Pediatría*, 5, 418-423.
- Caballero, M. A., Bermejo, F., Nieto, R., y Caballero, F. (2001) Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27, 313-317.
- De Pablo, R. y Suberviola, J. F. (1998) Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 22, 580-584.
- Dutra, F. (2004) Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública. Tesis no publicada. Universidad de Florianópolis.
- Gil-Monte, P. R. (2005a) El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2005b) Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39, 1-8.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D. y Núñez-Román, E. (2005) 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*, 21, 107-123.
- Halbesleben, J. R. B. y Demerouti, E. (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout. Investigating the English Translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19, 208-220.
- Jiménez, C., Morales, J. L. y Martínez, C. (2002) Estudio del síndrome de «burnout» en cirujanos pediatras españoles. *Cirugía Pediátrica*, 15, 73-78.
- Karasek, R. y Theorell T. (1990) *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nueva York: Basic Books.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. y Christensen, K. B. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207.
- López, M., Rodríguez, A., Fernández, M., Marcos, S., Martínón, F., y Martínón, J. M. (2005) Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *Anales Españoles de Pediatría*, 62, 248-251.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986) *Maslach Burnout Inventory. Manual*. 2ª edición. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., y Leiter, M. (2001) Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Schaufeli, W. B. y Van Dierendonck, D. (1995) A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points of the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76, 1083-1090.

Fecha de recepción: 24/10/2007
Fecha de aceptación: 12/12/2007