

DEPRESION Y SU RELACION CON EL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT) EN PEDIATRAS DEL CONURBANO BONAERENSE

DEPRESSION AND BURNOUT SYNDROME IN PEDIATRICIANS FROM THE "CONURBANO BONAERENSE" (BUENOS AIRES OUTSKIRTS)

Pedro R. Gil Monte

Licenciado en Psicología.

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Máster en Dirección y Gestión de Recursos Humanos.

Escuela Superior de Estudios Empresariales (distrito universitario de Valencia).

Doctor en Psicología.

Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna

Profesor Titular de Universidad. Facultad de Psicología (Universidad de Valencia).

Director de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO).

Universidad de Valencia, España.

Autor de los libros:

"Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse" (Ed. Síntesis, Madrid 1997, con J. M. Peiró),

"El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar"

(Ed. Pirámide, Madrid 2005).

Autor de capítulos de libro, y ha publicado estudios sobre estrés laboral y sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en revistas internacionales y nacionales.

pedro.gil-monte@uv.es

Mariana A. Marucco

Médica Pediatra. Universidad Nacional de La Plata.

Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Chefe de trabajos prácticos. Facultad de Medicina. UBA. UDH. Oñativia.

Jefe de Unidad de Diagnóstico y tratamiento. H.Z.G.A. Dr Arturo Oñativia. Alte. Brown.

Autora de publicaciones sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en revistas internacionales y nacionales.

mmaruc@intramed.net.ar

RESUMEN

Se presenta la relación entre Depresión y su vinculación con el Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras del conurbano bonaerense. El constructo Síndrome de Quemarse por el trabajo (burnout), medido con el MBI, tiene dos componentes (emocional y cognitivo-aptitudinal). Esto apoya la hipótesis de que la relación del trabajo con la falta de salud se da fundamentalmente a través de la repercusión de aquel sobre las emociones del sujeto.

Palabras claves: Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)-depresión-pediatras.

ABSTRACT

We present the relationship between Depression and Burnout Syndrome in pediatricians from the "Conurbano Bonaerense" (Buenos Aires Outskirts). The burnout Syndrome, measured by the MBI, has two components (emotional and cognitive-aptitudinal). This supports the hypothesis that the relation between work and lack of health is given fundamentally by its repercussion on the subject's emotions.

Keywords: burnout syndrome, depression, pediatricians.

Pedro R. Gil-Monte

Introducción

Desde el marco de los modelos de estrés laboral- salud la relación estrés-salud /enfermedad es entendida como un proceso que comienza con la existencia de una situación en el medio ambiente objetivo la cual es percibida por el sujeto como una situación de amenaza. Ante esto el sujeto desarrolla una serie de respuestas de carácter fisiológico, afectivo y conductual, cuya intensidad va a estar modulada por factores cognitivos y de personalidad. Por último, el estado de salud /enfermedad del sujeto va a ser función de la intensidad y persistencia en el tiempo de las respuestas de éste ante la situación percibida como amenazante. Es una consecuencia individual.

En el área de atención de la salud es evidente que la permanente cotidianeidad con situaciones de riesgo, de dolor, de sufrimiento, las nuevas enfermedades sociales y la muerte incrementan la tensión emocional de los trabajadores de la salud. Las condiciones de trabajo actuales, las condiciones de vida crítica de la población asistida, la escasez de recursos sanitarios, así como la pérdida del valor social del profesional médico/ a, contribuyen a crear vulnerabilidad y predisponen a diferentes formas de estrés a los pediatras.

El pediatra es indudablemente el médico de cabecera de niños y adolescentes, y esta aseveración está incluida fuertemente en el subconsciente colectivo nacional. El trabajo como pediatras abarca la responsabilidad sobre la salud integral de niños y adolescentes, requiere una planificación asistencial específica, con tiempos de consulta y recursos que le son propios. La necesidad de explorar al niño en todas las consultas y las dificultades que pone para esa exploración, el hecho de tener que recoger

los datos de un tercero, las cada vez más frecuentes variables socio culturales (pobreza-indigencia-falta de accesibilidad, etc), dentro de una cultura profesional donde no está permitido quejarse, condicionan la vulnerabilidad del pediatra al Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT).

El SQT aparece en la literatura científica a mediados de los años 70¹. Freudenberger lo describe como una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia del ejercicio diario del trabajo.

Maslach y Jackson^{2 3 4} estudiaron la forma en que las personas se enfrentaban a la excitación emocional en su trabajo. Estaban interesadas en las estrategias actitudinales denominadas despersonalización. Estas estrategias se refieren a cómo los profesionales de la salud mezclan la compasión con el distanciamiento emocional, evitando el involucramiento con la enfermedad o patología que presenta el paciente y utilizando la "deshumanización en defensa propia", esto es el proceso de protegerse uno mismo ante las situaciones estresoras respondiendo a los pacientes en forma despersonalizada.

La OMS⁵, en 1994 consideró que el SQT que presentaban los profesionales de los equipos asistenciales era un problema mayor en los servicios de salud, y en el año 2000⁶ recomendó cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente. Para la OMS los trabajadores son el recurso más importante que

posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema.

Actualmente se involucra al SQT como probable responsable de la desmotivación que presentan los profesionales sanitarios con sus implicancias psicosociales. Asimismo, y dado que la mayor incidencia del SQT se da en profesionales que prestan una función asistencial o social, como los profesionales de la salud, entre ellos los pediatras, el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones sobre la sociedad en general.

El SQT es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los profesionales intentan autoprotgerse del estrés laboral generado por sus relaciones con los pacientes y, en menor medida, por sus relaciones con la organización de salud.

La definición por excelencia del SQT que se maneja actualmente lo define como: "Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad"⁷. La mayoría de los autores dedicados al abordaje de esta problemática coinciden entonces en describir estas tres dimensiones de acuerdo con Maslach que contribuyen a delimitar dicho síndrome desde una perspectiva psicosocial:

- **El agotamiento emocional.** Hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo y hastío emocional que se producen a consecuencia de las continuas interacciones que los profesionales

deben mantener con los pacientes y entre ellos. Se entiende también la situación en la que los trabajadores sienten 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, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo. Gil Monte y Peiró⁸ especifican que ésta dimensión se asocia con la excesiva separación hacia otras personas, silencio, uso de actitudes despectivas, e intentos de culpar a los pacientes de la propia frustración (Vg., al paciente le estaría bien merecida su enfermedad, etc.).

- **Realización personal en el trabajo.** Se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden (Vg., pacientes y familiares). Los profesionales se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.

El SQT se presenta como un síndrome complejo ya que están presentes consecuencias a nivel psicológico, físico y conductual. Entre los síntomas más comunes informados en la literatura a nivel individual estarían los problemas psicosomáticos, la disminución del rendimiento, y las actitudes negativas hacia la vida en general.

El análisis de los síntomas que aparecen en la literatura relacionados con el SQT permite afirmar que aparecen implicados todos los sistemas del organismo. Uno de los mayores problemas a la hora de establecer una relación entre falta de salud y SQT es que, si bien las referencias a la relación entre estas variables son

numerosas en la literatura, la mayoría de esas referencias tienen un carácter cualitativo, mencionando únicamente que existe relación entre estas variables pero sólo algunas de ellas abordan esa relación mediante estudios empíricos. Otro problema es que en bastantes de estos estudios de carácter correlacional solamente se indica que existe una relación significativa entre SQT y salud o sintomatología psicósomática en general, sin indicar qué tipo de síntomas se han hallado significativamente relacionados con el síndrome.

En años recientes la depresión ha sido considerada en el mundo laboral por su impacto en el absentismo y en disminución del rendimiento en el trabajo. La palabra depresión proviene del latín *deprimere* y significa hundimiento o abatimiento. En Estados Unidos se ha observado que alrededor del 50% de las causas de discapacidad temporal por enfermedad psiquiátrica, en población trabajadora, corresponden a depresión⁹. Los días de trabajo perdidos por depresión en el mismo país representan alrededor de un 40% de los costos totales anuales ocasionados por esta enfermedad¹⁰.

Las personas afectadas por depresión enfrentan diversas barreras que dificultan una resolución oportuna y efectiva de la enfermedad. Por lo que la prevención de esta patología resulta de especial interés. Un factor a tener en cuenta es el estigma que se asocia al diagnóstico de cualquier enfermedad mental, que en el caso extremo puede llevar a la pérdida del trabajo; ante tales perspectivas, resulta comprensible, aunque dañina, la opción por el presentismo.

En algunos estudios^{11 12} plantean que se justifica una preocupación especial de parte de los

empleadores en orden a facilitar el acceso oportuno a tratamientos eficaces, no sólo por el beneficio evidente en términos de bienestar para los trabajadores, sino por la reducción de costos para la propia organización; ello obliga a superar el punto de vista que considera que los problemas de salud que no son causados de manera exclusiva y directa por el trabajo, son de resolución individual, en particular los problemas de salud mental¹³.

La revisión del tema, efectuada por Tennant¹⁴, explora la posible relación entre factores de estrés laboral y depresión, malestar psicológico y fatiga / SQT; concluye que a pesar de diferencias en los ambientes físicos de trabajo entre diversos grupos ocupacionales, las investigaciones tienden a coincidir en que algunas características del ambiente social (conflictos en las relaciones, bajo apoyo social) parecen predecir un estado de ánimo deprimido.

El aspecto más crucial que permite discriminar el SQT de la depresión es que, en el primero, la sensación de impotencia está confinada al ámbito laboral, mientras que en la depresión se esparce, cubriendo todos los aspectos de la vida del paciente. En este sentido, el profesional con SQT posee más rutas de "escape" que el depresivo. Sin embargo, en algunos casos, la situación de SQT es seguida de un cuadro depresivo. Cuándo y por qué esto ocurre es aún una pregunta abierta a la investigación, a la que se ha intentado dar respuesta en algunos estudios vinculando el SQT, los sentimientos de culpa y la depresión en el desarrollo de ese proceso¹⁵. Cuanto más grave el SQT, está cualitativamente más cerca de la depresión, aunque permanezca como síndrome independiente¹⁶.

Brenninkmeyer, Van Yperen, y Buunk¹⁷, afirman que las personas con SQT se ven más vitales que los deprimidos, tienden más a ver las cosas negativas en los otros y no tanto en sí mismos, y tienen la capacidad de disfrutar algunas cosas. Sólo en casos muy graves llega a presentarse ideación suicida y esto generalmente coincide con una depresión comórbida.

En un estudio realizado en un área de salud¹⁸ formulaban la pregunta sobre si consideraban haber presentado alguna alteración física o psíquica a lo largo de su vida laboral en relación directa con el desempeño de su profesión, un 43,9% de respuestas fueron positivas. Entre los síntomas o patologías que los encuestados reconocían haber presentado en algún momento, destacan los trastornos de ansiedad (20,8%), depresión (6,9%), astenia, apatía (9,7%), insomnio (8,3%) y cefaleas tensionales (4,8%).

En una muestra realizada en trabajadores de la salud¹⁹ se describió la presencia de alteraciones psicofísicas los 3 meses previos al estudio en un 50% (38 lo refirieron como ansiedad, 20 como estrés, 5 como alteraciones del «carácter», 4 como depresión, 4 como insomnio, 3 como cefalea y 1 como astenia); este grupo mostró valores inferiores en la escala de autoestima y muy superiores en la de agotamiento emocional.

Si consideramos que el constructo SQT, medido con el MBI, tiene tres componentes (emocional, cognitivo-aptitudinal, y actitudinal), estos resultados apoyarían la hipótesis de que la relación del trabajo con la falta de salud se da fundamentalmente a través de la repercusión de aquel sobre las emociones del sujeto más que a través de los sentimientos negativos del sujeto sobre su competencia o ineptitud.

En cuanto a la depresión, podemos afirmar que existen trabajos en la literatura que distinguen claramente el SQT de la depresión, pero no hay bibliografía concluyente en cuanto a la relación de las dimensiones del SQT medido con el MBI y depresión, si bien algunos autores encuentran que la situación de SQT es seguida de un cuadro depresivo y cuánto más grave el SQT, está cualitativamente más cerca de la depresión, aunque permanezca como síndrome independiente^{20 21 22}.

Objetivos

Informar sobre la prevalencia del SQT en los pediatras de los hospitales generales del sur del Conurbano Bonaerense, Región Sanitaria VI y analizar las relaciones significativas que se establecen entre las dimensiones del SQT y la depresión.

Material y método

Diseño transversal, cuantitativo, descriptivo. El muestreo fue no aleatorizado (la recolección se realizó en el año 2005). Fueron incluidos todos los pediatras de planta permanente de 36 horas semanales, con funciones de planta y guardia que trabajan en los Servicios de Pediatría de Hospitales Generales de la Región Sanitaria VI del conurbano bonaerense del primer y segundo cordón (N=228). Después de eliminar los casos no válidos, la muestra de sujetos participantes en el estudio quedó conformada por 123 sujetos. Para las variables sociodemográficas los resultados fueron: Sexo, mujeres 72,40% y hombres 27,60%; la media de Edad de los participantes en el estudio ha sido de 42,38 años (dt=9,28, min.=24 años, máx.= 70 años), con una Moda = 39; sujetos que refirieron tener Pareja estable 82,10%, sin pareja estable 17,90%; no tenían Hijos 28,50%, mientras que 71,50% teni-

an 1 o más hijos; 26.80% no realizan guardia, 73.20% realizan una guardia semanal de 24 horas o 2 de 12 horas, más 12 horas de trabajo en consultorios externos o internación; el pediatra con menos años de antigüedad en el cargo fue de 1 año y el de mayor antigüedad de 37 años, con una media de 16.46 y un dt de 9.36. Se utilizó un cuestionario, autoadministrado, anónimo, diseñado en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO) Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia (España). Este instrumento incluyó variables sociodemográficas: **Sexo, Edad, Estado civil, Hijos, Años de ejercicio profesional, Contrato** (sí realiza o no guardia) y dos escalas Likert que evaluaron: 1- el **SQT** (Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey, (MBI-HSS), Maslach y Jackson²⁴), que consta de tres subescalas denominadas: Realización personal en el trabajo (8 ítems) ($\alpha=.84$), Agotamiento emocional (9 ítems) ($\alpha=.88$), y Despersonalización (5 ítems) ($\alpha=.78$), en este estudio se empleó la forma de frecuencia; y **Depresión** (Escala Auto aplicada de Depresión de Zung²³, Self-Rating Depression Scale, SDS) ($\alpha=.85$). Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS versión 11.0. Se realizaron análisis descriptivo de las variables del estudio: media, desvío estándar, rango, alfa de Cronbach de cada variable, análisis de la prevalencia del SQT y de la depresión en la muestra, estudio diferencial en función de las variables sociodemográficas (análisis de varianza y pruebas de t-test), estudio correlacional de las dimensiones del SQT con la depresión. Para ello se calcularon las correlaciones de Pearson y se realizaron análisis de regresión Stepwise (paso a paso) y análisis de regresión jerárquica.

Resultados

La prevalencia del SQT se estableció utilizando los criterios de riesgo de Gil Monte y Peiró²⁴ y así obtuvimos que 33 sujetos (26.82%) puntúan alto en baja Realización personal, 64 (52.03%) sujetos presentaron niveles altos de Agotamiento emocional, y 47 (38.21%) sujetos presentaron altos niveles de Despersonalización. Han desarrollado el SQT 30 sujetos de la muestra (24.39%), ya que presentaban bajos niveles de Realización personal junto con altos niveles de Agotamiento emocional y de Despersonalización. También se estableció la prevalencia utilizando los criterios clínicos de Schaufeli y Dierendonck²⁵. Siguiendo estos criterios, 23 (18.69%) sujetos presentaron baja Realización personal en el trabajo, 24 (19.51%) de los sujetos presentan altos niveles de agotamiento emocional y 30 (24.39%) presentaron altos niveles de Despersonalización. La prevalencia del SQT es de 3.25%, sólo 4 sujetos puntúan alto en Agotamiento emocional, Despersonalización y bajo en Realización personal en el trabajo (Tabla 1 y Figura 1).

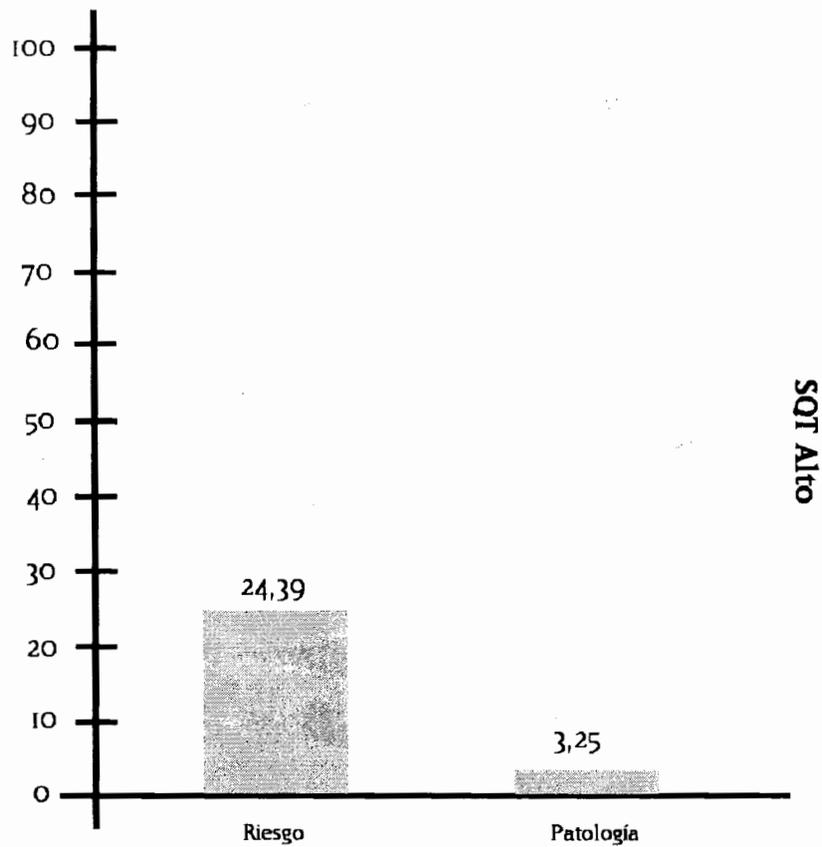
Tabla 1: Comparación de resultados de prevalencia aplicando diferentes puntos de corte

	Gil-Monte y Peiró (2000)	Schaufeli y Dierendonck (1995)
EE Bajo	31 (25,20)	61 (49,59)
EE Medio	28 (22,76)	38 (30,89)
EE Alto	64 (52,03)	24 (19,51)
DE Bajo	25 (25,20)	50 (40,65)
DE Medio	45 (36,58)	43 (34,95)
DE Alto	47 (38,21)	30 (24,39)
PA Bajo	33 (59,35)	23 (18,69)
PA Medio	17 (13,82)	7 (5,69)
PA Alto	75 (26,82)	93 (75,60)
SQT Alto	30	4

Nota 1: Número sujetos según el grado de afectación (%).

Nota 2: PA: Realización personal en el trabajo; EE: Agotamiento emocional; DE: Despersonalización

Figura 1: Comparación de la Prevalencia de SQT, siguiendo criterios de riesgo y patológicos

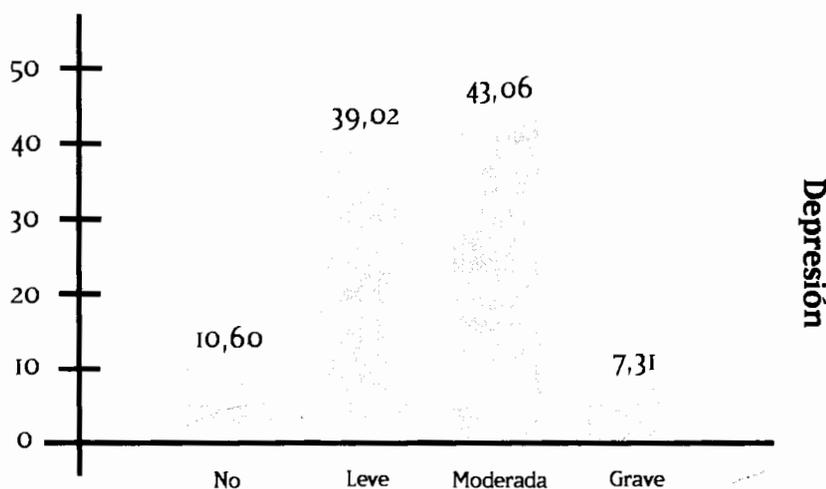


La prevalencia de depresión se estableció siguiendo los criterios de Conde, Escribá, Izquierdo²⁶ y obtuvimos: no depresión 10.60%, leve de 39.02%, moderada 43.06%, grave de 7.31% (Tabla 2 y Figura 2).

Tabla 2: Prevalencia de depresión

Depresión	Número Individuos	Porcentaje
No	13	10.60
Leve	48	39.02
Moderado	53	43.06
Grave	9	7.31

Figura 2: Prevalencia de depresión



La variable **Edad** se correlacionó positiva y significativamente con **Realización personal en el trabajo** $r=.26$ ($p<.001$); y la correlación fue negativa y significativa para **Despersonalización** $r=-.24$ ($p<.001$). (Tabla 3). El **Estado civil** se correlacionó negativa y significativa para **Agotamiento emocional**

$r=-.20$ ($p<.05$). Los **Años de ejercicio profesional** se correlacionaron negativa y significativa para **Realización personal en el trabajo** $r=-.26$ ($p<.01$) y para **Despersonalización** $r=-.24$ ($p<.001$). La variable Contrato se correlacionó negativa y significativa para **Agotamiento emocional** $r=-.18$ ($p<.05$).

Tabla 3: Matriz de correlación entre variables sociodemográficas, el SQT y la depresión

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Sexo	1									
2. Edad	-.22*	1								
3. E.Civil	.14	.02	1							
4. Hijos	-.23***	.53***	-.24**	1						
5. An. Ejer	-.18*	.96***	0.15	.55***	1					
6. Contrato	.20*	-.66***	-.00	-.30**	-.63***	1				
7. PA	-.10	.26**	.14	.06	-.26**	-.18*	1			
8. EE	.07	-.15	-.20*	.00	-.13	-.00	-.42***	1		
9. DE	0.5	-.24**	-.12	-.14	-.24***	0.09	-.39***	.63***	1	
10. Depre	.13	-.08	-.02	-.00	-.06	-.00	-.45***	.66***	.42***	1

Nota 1: E. civil: estado civil, An. Ejer: años de ejercicio profesional, PA: realización personal en el trabajo, EE: agotamiento emocional, DE: despersonalización, Depre: depresión. Nota 2: *** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$.

La variable **Depresión** correlacionó positiva y significativamente con **Agotamiento emocional** ($r=.66, p<.001$) y con **Despersonalización** ($r=.42, p<.001$), y correlacionó negativa y significativamente con **Realización personal en el trabajo** ($r=-.45, p<.01$). Resultaron predictores significativos el

Agotamiento emocional ($\beta = .57, p.001$) y la **Realización personal en el trabajo** ($\beta = -.22, p.01$). El porcentaje de varianza explicado de manera conjunta por estas variables fue del 48% (explicado por el agotamiento emocional, 44% y por la realización personal en el trabajo el 4% adicional)

Tabla 4: Análisis de regresión "Por pasos" para la Depresión

Variable	B	β	R	ΔR^2	F
Agotamiento emocional	-.47	-.57***		.44	
Realización en el trabajo	-.23	-.22**		.04	
Valores ecuación			.69	.48	55.51***

Nota 1: ***p < .001, ** p< .01, *p<.05.

Discusión

La muestra quedó conformada por 123 sujetos, con una tasa de respuesta sobre los cuestionarios distribuidos del 53.94%. Al tratarse de cuestionarios anónimos, desconocemos las causas de no-respuesta, pero no podemos descartar que pudiera existir un sesgo de no-respuesta o falta de motivación de la persona de referencia en dichos centros asistenciales, para llevar a cabo el estudio. Además, si se da el caso de que las personas menos satisfechas con su calidad de vida profesional no hubieran contestado la encuesta, deberíamos considerar que la tasa de prevalencia sería más alta que la obtenida.

La prevalencia obtenida siguiendo criterios clínicos²⁵ fue del 3.25%. Los criterios clínicos determinan un diagnóstico certero de pediatras quemados, personal que seguramente debería encontrarse de baja laboral, hasta resolución de la patología (por las implican-

cias) o su baja laboral definitiva. Siguiendo los criterios de detección de riesgo²⁴, prevalencia fue del 24.39% y establecen la cantidad de individuos que en un lapso de tiempo, sin intervención tienen altas probabilidades de desarrollar el SQT cómo patología.

Para los sentimientos de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y las actitudes de despersonalización fueron similares en los sujetos de la muestra en función de la variable sexo, no existiendo diferencias significativas en ellas entre los hombres y las mujeres, demostrando que la carga del trabajo es vivida por ambos sexos de igual manera.

Los pediatras que realizan guardias tienen sentimientos más bajos de realización personal en el trabajo. Esto podría estar explicado por la inequidad en la distribución de la carga cuantitativa del trabajo en la jornada laboral, debido a que cuando se encuentran de guardia la

exposición a los estresores es continua, a veces sin periodos de descanso. Además desarrollan gran parte de su actividad laboral en la emergencia hospitalaria (24hs, de las 36hs del régimen laboral), están más en contacto con la muerte, no pueden regular la cantidad de pacientes a atender por lo tanto presentan sobrecarga de tareas, privación del sueño y sus consecuencias, y una mayor interacción entre el profesional y el sistema paciente-familia.

El agotamiento emocional ofreció diferencias significativas con la variable estado civil. Así los individuos con Pareja estable puntuaron más alto que los sin Pareja estable. Este resultado es opuesto al encontrado por otros autores, quienes hallaron que "estar casados o con pareja estable" protegía a los individuos del sentimiento de agotamiento emocional^{18 27 28} y otros autores que no encontraron correlación ni positiva ni negativa^{29 30}. Sin embargo, en un estudio realizado en nuestro país en un hospital de la ciudad de Corrientes³¹, encontraron que los médicos con pareja estable presentaban mayor agotamiento emocional. En nuestro país, entonces esto pudiera estar relacionado con las "cargas familiares", los bajos salarios que condicionan la necesidad del pediatra de trabajar muchas horas por día, quizás en una situación de multiempleo, para satisfacer las necesidades económicas familiares (89% de nuestra muestra tenía hijos). Otra posible explicación podría ser el involucramiento emocional que exige el ejercicio de la pediatría en estos hospitales y consiguientemente la imposibilidad del profesional de manejar esta situación en el ámbito familiar.

Para la edad encontramos una relación significativa y positiva con baja realización personal en el trabajo^{28 32}. Esto podría estar explicado porque a mayor edad cronológica de los

pediatras, presentan mayor experiencia laboral, se encuentran probablemente en una situación laboral más estable y con cargos jerárquicos en el Staff del servicio en el cual se desempeñan y presentan sentimientos de mayor realización personal en el trabajo. La correlación fue negativa para despersonalización, probablemente se puedan explicar estas relaciones en torno a los mecanismos de afrontamiento del estrés adquirido con la edad^{32 33 34 35}.

La variable depresión correlacionó en nuestros resultados de manera significativa con el SQT. Resultaron predictores significativos el agotamiento emocional y la realización personal en el trabajo. El porcentaje de varianza explicado por el agotamiento emocional fue del 44% y por la realización personal en el trabajo el 4% adicional. Cabría considerar que en los pediatras los sentimientos de agotamiento emocional y realización personal en el trabajo condicionarían una depresión como consecuencia, ya que el deterioro de las emociones afecta al individuo. Los pediatras afectados por depresión enfrentan diversas barreras que dificultan una resolución oportuna y efectiva de la enfermedad. Existen trabajos en la literatura que distinguen claramente el SQT de la depresión, pero no hay bibliografía concluyente en cuanto a la relación de las dimensiones del SQT medido con el MBI y depresión³⁶.

Conclusión

La prevalencia de SQT tomando los criterios de riesgo²⁴ es alta y la de Depresión también, por lo que indudablemente está indicada la intervención.

Bibliografía

- 1- Freudenberger, H.J.**
Staff Burn Out. *Journal of Social Issues*. 1974, 30(1): 159-165.
- 2- Maslach, C. y Jackson, S.E.**
MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press. 1981.
- 3- Maslach, C. y Jackson, S.E.**
Burnout in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*. 1984, 5: 133-154.
- 4- Maslach, C. y Jackson, S.E.**
MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press. 1986.
- 5-OMS.**
Chapter 5. Staff burnout. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Division of mental health Geneva. 1994.
- 6-OMS.**
The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Disponible en el World Wide Web: <http://www.who.int/whr>.
- 7- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P.**
Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001, 52:397-422.
- 8- Gil Monte P. y Peiró Silla J.M.**
Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de quemarse. Ed. Síntesis, S.A. Madrid, España. 1997.
- 9- Dewa, C; Goering, P; Lin, E; Paterson, M.**
Depression related short-term disability in an employed population. *J Occup Environ Med*; 2002, 44: 628-633.
- 10- American College of Occupational and Environmental Medicine.**
A screening program for depression. *J Occup Environ Med*; 2003, 45: 346-348.
- 11- Druss B, Schlesinger M, Allen HM.**
Depressive Symptoms, Satisfaction With Health Care, and 2-Year Work Outcomes in an Employed Population. *Am J Psychiatry*; 2001, 158: 731-734.
- 12- Goetzel, R; Ozminkowski, R.J; Sederer, L; Tami, M.**
The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and well being of their employees. *J Occup Environ Med*. 2002, 44: 320-330.
- 13- Kenny, D; Cooper, C.**
Introduction: Occupational stress and its management *Int J Stress Manage*. 2003, 10(4): 275-279
- 14- Tennant C.**
Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2001, (51): 697-704.
- 15- Gil Monte P.**
El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar. Ediciones Pirámide. Madrid. España 2005.
- 16- Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis St, Kaprinis G.**
The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disorders*. 2003, 75: 209-221.
- 17- Brenninkmeyer V, Van Yperen NW, Buunk BP.**
Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? *Pers Individ Differ*; 2001, 30: 873-880.
- 18- Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F.**
Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001, 27: 313-7.
- 19- Prieto, L; Robles, E; Salazar, L.M; Vega, D. E.**
Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002, 29:294-302.
- 20- Hättinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. y Aro, A.**
Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources, and health. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2004, 9(3), 220-237.
- 21- Sears, S. F., Urizar, G. G., y Evans, G. D.**
Examining a stress-coping model of burnout and depression in extensions agents. *Journal of Occupational Psychology*. 2000, 5(1), 56-62.
- 22- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S. y Melamed, S.**
The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2005, 10(4), 344-362.
- 23- Zung W.**
A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatr*. 1965, 12: 63-70.
- 24- Gil Monte, P; Peiró, J.M.**
Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000, 16(2): 135-149.
- 25- Schaufeli, W y Van Dierendonck, D.**
A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points of the Maslach burnout inventory. *Psychol Rep*. 1995, 76: 1083-1090
- 26- Conde V, Escribá JA, Izquierdo J.**
Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol*. 1970; 33: 281-303.
- 27- Hidalgo Rodrigo, I; Diaz Gonzalez, R. J.**
Study of the influence of labor and sociodemographic factors on the development of professional burnout syndrome in the area of specialized medicine of INSALUD in Avila. *Med Clin Barc*. 1994, 103 (11): 408-12.

- 28- Tello, S., Tolmos, M. T., Vázquez, R. y Vázquez, M. E.**
Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos. 2002.
Recuperado el 18 de septiembre de 2002
http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_8/s1/s8_04.htm
- 29- Jiménez Alvarez, C; Morales Torres, J.L y Martínez Martínez, C.**
Estudio del síndrome de «Burnout» en cirujanos pediatras españoles. *Cir Pediatr.*, 2002, 15: 73-78
- 30- López Franco, M; Rodríguez Núñez, A; Fernández Sanmartín, M; Marcos Alonso, S ; Martínón Torres, F y Martínón Sánchez, J.M.**
Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *Anales de Pediatría.* 2005, 62(3):248-251.
- 31- Alvarez, A. M; Arce, M.L; Barrios, A.E; Sánchez de Coll, R.**
Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de postgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* 2005, 141 – enero: 27-30.
- 32- Atance Martínez, J.C.**
Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública.* 1997, 71(3): 293-303.
- 33- Plko, B.**
Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* Jun 2005, 15. En prensa.
- 34- Gil Monte, P; Peiró, J.M; Valcárcel, P.**
Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el Síndrome de Burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada* 1996, 6 (2), 43-63.
- 35- Molina Sigüeroa, A ; García Pérez, M, Alonso González M y Cecilia Cermeño, P.**
Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid Aten Primaria 2003, 31(9):564-74
- 36- Lee, R; Ashforth, B.**
A meta-analytic examination of the correlates of the three dimension of job burnout *Journal of applied Psychology* 1996, 81(2): 123-33.