

Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en odontólogos residentes en seis hospitales de la Pcia. de Buenos Aires

Burnout Syndrome among dentists residents in six hospitals from Buenos Aires Province

Resumen

El objetivo del presente trabajo es investigar el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en residentes de odontología de hospitales del conurbano bonaerense. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) y se comparó la prevalencia siguiendo diferentes puntos de corte (Maslach, Gil Monte y Neira). La prevalencia fue del 5,55% (Maslach), 33,33% (Gil Monte) y 38,88% (Neira). En las odontólogas se observó mayor agotamiento emocional.

PALABRAS CLAVE: síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), residentes odontología.

Summary

This research has explored the Burnout Syndrome in a group of dentist residency programs in hospitals from conurbano bonaerense. The following technique was applied: Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). We compared the prevalence between different points of cut (Maslach, Gil Monte y Neira). The results show that the prevalence was 5.55% (Maslach), 33.33% (Gil Monte) y 38.88% (Neira). Woman dentists report higher scores in emotional exhaustion.

KEY WORDS: Burnout, dentists resident program.

Introducción

El ejercicio de la profesión de odontología¹ se acompaña de varios factores de riesgo de diverso origen: 1) físico ambientales: lugar de trabajo, sonido, luz, aire; 2) químico: materiales, medicamentos; 3) infeccioso: patología de origen séptico; 4) humano: relación con pacientes, auxiliares, colegas, otras disciplinas; 5) postural: posiciones de trabajo, etc. Trabajar confinado en el consultorio sometido a ruidos, en un campo de acción reducido, con iluminación indefectiblemente artificial, trabajando con instrumentos rotatorios, punzantes y cortantes, medicamentos irritantes o alergénicos, materiales a veces hasta tóxicos, en un medio séptico como es la boca, con pacientes aprensivos, recelosos del tratamiento y provenientes de medios altamente conflictivos, son todos aspectos que obligan al odontólogo a enfrentarse con diferentes grados de tensión y a poner en juego estrategias de afrontamiento. El estrés es probablemente uno de los principales problemas de salud relacionados con el trabajo y los factores de riesgo psicosocial pocas veces son tenidos en cuenta en la evaluación de los factores de riesgos laborales.

Dentro de los riesgos psicosociales, el Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout)² es una respuesta inadecuada que aparece frente a un estrés laboral crónico. Se caracteriza por agotamiento emocional (disminución y pérdida de energía, etc.), despersonalización (desarrollo de actitudes negativas, de insensibi-

lidad y respuestas frías e impersonales hacia los pacientes) y baja realización personal (tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa). Se define como "una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por las personas en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo". Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de dicha organización.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad de la prestación que ellos efectúan. Consecuencias como la tasa de accidentabilidad, la morbilidad y el ausentismo de los profesionales están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los pacientes y el servicio que ofrecen, están asociados a los riesgos laborales de su entorno laboral.

La necesidad de estudiar el SQT por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, y resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización, y también repercusiones sobre la sociedad en general.

MARUCCO,
MARIANA A. *

GIL MONTE,
PEDRO R. **

MORANDI,
CRISTINA ***

VÁZQUEZ,
LAURA ****

FLAMENCO,
EDGARDO *****

*Jefe de Unidad Diagnóstico y tratamiento. HZGA. Dr. Arturo Oñativía. Alte. Brown. Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

**Director de la UNIPSCO. Universidad de Valencia, España.

***Jefe de Servicio de Odontología. HIGA. Pte. Perón. Avellaneda, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

****Instructor de Residentes del Servicio de Odontología. Pte. Perón. Avellaneda, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

*****Jefe de Servicio de Pediatría. HZGA. Dr. Arturo Oñativía. Alte. Brown, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

Fecha de recepción:
agosto 2007

Fecha de aceptación y versión final:
octubre 2007

CUADRO I. VALORES DE MEDIA EN LAS DIMENSIONES DEL MBI EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VALORES T-TEST PARA LAS DIFERENTES MEDIAS.

	Sexo			Pareja estable		
	Hombres n = 4	Mujeres n = 14	t-test	SI n = 12	NO n = 6	t-test
PA	31,25	33,85	-0,41	34,16	31,50	0,60
AE	9,75	26,42	-4,57***	23,91	20,33	0,54
DE	10,00	6,28	1,35	7,66	6,00	0,66

Nota 1: p<0,001
Nota 2: PA: realización en el trabajo, AE: agotamiento emocional, DE: despersonalización

Investigaciones sobre SQT en muestras de odontólogos³⁻⁶ llevadas demuestran altos niveles del mismo, por lo tanto, nos propusimos investigar la prevalencia del SQT en un grupo de odontólogos en etapa de formación (residencia) y su relación con las variables sociodemográficas.

Material y método

Se incluyeron los residentes de odontología de 6 Servicios de hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, 36 en total. El diseño fue transversal y no aleatorizado. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario anónimo y autoadministrado y se consideró el solo hecho de completarlo, como aceptación de la participación en el estudio. Las variables sociodemográfica incluidas fueron: sexo (hombre-mujer), edad, estado civil (con pareja estable-sin pareja estable), hijos, años de recibido y año de residencia. El SQT se estimó mediante la adaptación al español⁹ del MBI-HSS.¹⁰ El cuestionario consta de 22 ítem que se distribuyen en tres escalas denominadas **Realización personal en el trabajo** (8 ítem, $\alpha = 0,84$), **Agotamiento emocional** (9 ítem, $\alpha = 0,90$) y **Despersonalización** (5 ítem, $\alpha = 0,76$). Los individuos valoran cada ítem con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem durante el último año, con una frecuencia de 7 grados que van de 0 (**Nunca**) a 6 (**Todos los días**). Bajas puntuaciones en **Realización personal** en el trabajo junto a 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,¹⁰ los de Gil-Monte y Peiró¹¹ y los de Neira.¹² Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS versión 11.0. Se desarrollaron los siguientes análisis: 1) Análisis descriptivo de las variables del estudio: media, rango, alfa de Cronbach de cada variable. 2) Análisis

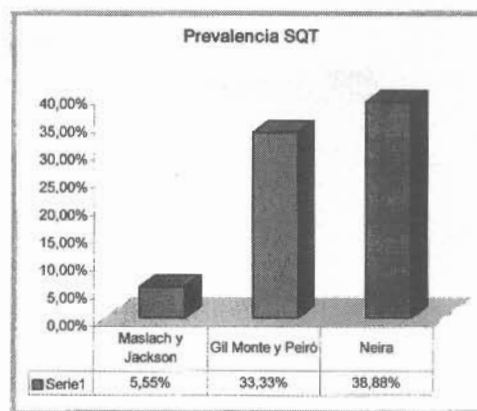


Fig. 1. Prevalencia SQT, según diferentes puntos de corte.

de la prevalencia del SQT en la muestra. 3) Estudio diferencial en función de las variables sociodemográficas, para ello se realizaron pruebas de t-test y análisis de varianza.

Resultados

La muestra quedó conformada por 18 residentes, tasa de respuesta del 50%, de los cuales 14 (77,8%) eran del sexo femenino y 4 (22,2%) masculinos, de los cuales 12 (66,7%) tenían pareja estable, 1 solo tenía hijos. La media de edad: 27 a 61 años (rango de 1-5), la de antigüedad en la profesión 3.05 años (rango de 1-5), 4/18 (22,2%) eran de 1^{er} año, 6/18 (33,3%) de 2^{do} año, 6/18 (33,3%) de 3^{er} año y 2/18 (11,1%) jefes de residentes. Se estableció una diferencia significativa para la variable sexo y el **Agotamiento emocional**. El resto de las variables sociodemográficas no presentaron diferencias significativas de ningún signo.

La prevalencia del SQT (alto agotamiento emocional, baja realización personal en el trabajo y alta despersonalización) fue de 1 sujeto (5,55%) siguiendo los puntos de corte de Maslach¹⁰, 6 sujetos (33,33%) siguiendo los de Gil Monte y Peiró¹¹ y 7 sujetos (38,88%) siguiendo los de Neira.¹²

Véanse Figura 1, Cuadros I y II.

Discusión

La tasa de respuesta está por encima del 30-35% obtenida por otros estudios que utilizan cuestionarios.¹³ El estudio presenta algunas limitaciones. Al tratarse de cuestionarios anónimos, desconocemos las causas de no-respuesta de algunos individuos, si bien debemos considerar la posibilidad de que las personas menos satisfechas con su calidad de vida profesional no hubieran contestado la encuesta. Otra limitación del estudio es que el muestreo no fue aleatorio, aunque la cantidad de residentes de los 6 hospitales asciende a 36. La muestra quedó con-

CUADRO II. PREVALENCIA SEGÚN PUNTOS DE CORTE Y PORCENTAJE DE SUJETOS AFECTADOS.

Puntos de corte	Maslach y Jackson ¹⁰			Gil-Monte y Peiró ¹¹			Neira ¹²		
	PA	AE	DEP	PA	AE	DEP	PA	AE	DEP
Alto (%)	(33,33)	(33,33)	(16,66)	(22,22)	(55,55)	(44,44)	(22,22)	(55,55)	(44,44)
Medio (%)	38-32 (33,33)	26-17 (27,77)	12-7 (38,88)	39-36 (22,22)	24-16 (5,55)	8-4 (22,22)	36-40 (22,22)	12-21 (22,22)	3-5 (16,66)
Bajo (%)	≤31 (33,33)	≤16 (38,88)	≤6 (44,44)	≤35 (55,55)	≤15 (38,88)	≤3 (33,33)	≤35 (55,55)	≤11 (22,22)	≤2 (22,22)
% SQT		5,55			33,33			38,88	

Nota 1: PA: realización en el trabajo, AE: agotamiento emocional, DE: despersonalización.

formada por 14 odontólogos (77,8%) del sexo femenino y 4 (22,2%) masculinos. Esta distribución puede ser considerada similar a la del colectivo de profesionales de la salud 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.

La prevalencia del SQT difirió dependiendo del criterio utilizado: Maslach-Jackson¹⁰ 5,55%, Gil Monte y Peiró¹¹ 33,33% y Neira¹² 38,88%. La tasa de prevalencia obtenida con las puntuaciones de este estudio difiere de las obtenidas en las muestras normativas de EE.UU. y España. Al no haberse realizado estudios transculturales que expliquen estos hallazgos, sólo nos permite hipotetizar sobre su origen: significado del trabajo, las diferencias socio-económico-culturales entre Argentina, con la cultura norteamericana y española. La prevalencia del SQT en los residentes de odontología comparada con los resultados obtenidos por Neira¹² en Argentina en una muestra de trabajadores de la salud, resultó mayor. Al aplicar los puntos de corte obtenidos por Neira¹² a las puntuaciones de la muestra de este estudio se obtuvo que el 38,88% de los residentes de odontología presentan el SQT, mientras que en la muestra de Neira fue del 14,6%. Nuestra prevalencia también resultó mayor que la informada en otros estudios realizados en odontólogos.^{7,14} Debemos señalar que estos últimos estudios mencionados no se realizaron con los puntos de corte establecidos para este estudio, y/o utilizaron versiones del MBI-HSS acortadas o modificadas, lo que dificulta la comparación y establecer conclusiones.

Como conclusión al estudio se considera que la prevalencia del SQT en los odontólogos del estudio es del 38,88%. El resultado está considerado desde el punto de vista psi-

cométrico, ya que para confirmar el diagnóstico del SQT, y descartar otros problemas que pueden influir en los síntomas evaluados, así como analizar la intensidad de las consecuencias del SQT, y el grado de incapacidad que presentan para el ejercicio de su actividad laboral, es necesario realizar una entrevista clínica. Aún así, estos valores, hacen suponer un deterioro importante en la calidad de las prestaciones que los residentes de odontología efectúan, máxime si consideramos que se encuentran en etapa de formación y en un lapso determinado de tiempo, ejercerán la profesión sin supervisión. Por lo tanto es aconsejable el desarrollo de una política de prevención e intervención para la disminución de los riesgos psicosociales que afectan a este colectivo ocupacional.

Bibliografía

- Brezina A, Baranchuk L. *Riesgos del ejercicio profesional: estrés*. Rev Asoc Odont Argent 2000;88(6):599-609.
- Gil-Monte PR. *El Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar*. Madrid: Pirámide 2005.
- Rutter H, Herzberg J, Paice E. *Stress in doctors and dentists who teach*. Med Educ 2002;36:543-9.
- Rada RE, Johnson-Leong C. *Stress, burnout, anxiety and depression among dentists*. J Am Dent Assoc 2004;135(6):788-94
- Díaz Romero RM, Lartigue Becerra T, Acosta ME. *Síndrome del Burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas*. Revista ADM 2001;58(2):63-7.
- Te Brake H, Bloemendaal E, Hoogstraten J. *Gender differences in burnout among Dutch dentists*. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31(5):321-7.
- Gorter FC, Eijkman MA, Hoogstraten J. *Burnout and health among Dutch dentists*. Eur J Oral Sci 2000;108(4):261-7.

8. K. Pöhlmann IJS, Ruf WH. **Stress, burnout and health in the clinical period of dental education.** *European Journal of Dental Education* 2005;9(2):78-84.

9. Gil-Monte PR. **Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals.** *Rev. Saúde Pública* 2005;39(1):1-8.

10. Maslach C, Jackson SE. **Maslach Burnout Inventory Manual.** 2ª edición. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press 1986.

11. Gil-Monte PR, Peiró JM. **Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferencias para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España.** *Rev Psicol Trab Org* 2000;16(2):135-49.

12. Neira C. **Cuando se enferman los que curan. Estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud.** Buenos Aires: Gambacop 2004.

13. Health Services Research Group. **A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice.** *Can Med Assoc J* 1992;146:1727-31.

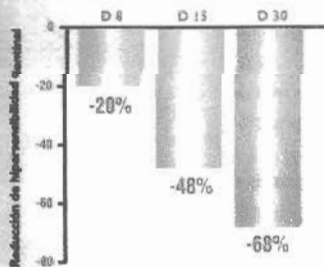
14. Humphris G, Lilley J, Kaney S et al. **Burnout and stress-related factors among junior staff of three dental hospital specialties.** *Br Dent J* 1997;183(1):15-21.

Dirección de autor
 Ituzaingó 736
 (1834) Temperley, Pcia. de Buenos Aires
 e-mail: mmaruc@intramed.net.ar

EL TRATAMIENTO para COMBATIR la HIPERSENSIBILIDAD dental

SENSIGEL

• Para una rápida reducción de la hipersensibilidad dental.



(APLICACION LOCAL 3 VECES POR DIA NO ENJUAGAR)



• Durante las fases agudas de hiperestesia dental^m

- Raspaje y alisado
- Blanqueamiento profesional

• Durante tratamientos ortodóncicos.

• Avalado por la experiencia clínica.

(1) Aguiar I, Monte P, Morandi C. Hipersensibilidad dental. Actualización de los datos científicos y representación clínica. Estudio de caso. (2) Chazotte-Denisot de France 1994, Nº 027

Marcelo T. de Alvear 684 piso 7º - C1058AAH Buenos Aires - Tel. (54-11) 4318-9600 - Fax (54-11) 4318-9647 - www.pierre-fabre.com.ar

