



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Odontología  
Escuela de Odontología  
Cátedra de Prótesis Removible

## **Prevalencia del Síndrome de Burnout en Odontólogos**

**Trabajo de Investigación  
Requisito para optar al  
Título de Cirujano Dentista**

Alumnos: Catalina Fuentes Collao.  
Sebastián Salamé Delgado.

Docente Guía: Dra. Alejandra Rivera Urrutia.

Valparaíso  
2008

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPITULO I</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	2
1. Estrés	2
2. Burnout	3
2.1 Efectos del Síndrome de Burnout	8
2.2 Desencadenadores y facilitadores del Síndrome de Burnout	9
2.3 Medición del Burnout	10
2.4 Burnout en los profesionales de la salud	12
2.5 Estrategias de afrontamiento y prevención	19
<b>CAPITULO II</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	21
1. Objetivo General	21
2. Objetivo Específico	21
<b>CAPITULO III</b>	
<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	22
1. Tipo y Diseño de la Investigación	22
2. Universo	22
3. Muestra	22
4. Variables	24
5. Instrumento	26

6. Criterios	28
7. Pruebas Estadísticas	30
8. Materiales	30
<b>CAPITULO IV</b>	
RESULTADOS	31
1. Resultados con el Criterio de las Sumas	36
2. Resultados con el Criterio de las Ponderaciones	44
<b>CAPITULO V</b>	
DISCUSIONES	57
<b>CAPITULO VI</b>	
CONCLUSIONES	59
SUGERENCIAS	60
<b>CAPITULO VIII</b>	
RESUMEN	61
<b>CAPITULO IX</b>	
BIBLIOGRAFÍA	62
<b>CAPITULO X</b>	
ANEXOS	67
1. Encuesta	67
2. Gráficos y Tablas	70

## **DEDICATORIA**

SEBASTIÁN

Dedico mi tesis a mi apoyo incondicional , mi madre, María Teresa Delgado.  
Gracias por todos tus esfuerzos. También a mi querido abuelo, Abraham Salamé.

CATALINA

Dedico esta Tesis y todos mis años de estudio y esfuerzo a mi Mamá, Isabel Collao

## **AGRADECIMIENTOS**

### SEBASTIÁN

A mi familia, a mi padrino Miguel Hirmas que sin él nada de esto hubiese sido posible, a la Dra. Alejandra Rivera por su interés y apoyo en este proyecto, al Dr. Alfredo Cueto por su asesoría, y a mi amiga y compañera Catalina Fuentes.

### CATALINA

A mi hermana Andrea, mi papá Iván y mi Familia, A mi profesora guía la Dra. Alejandra Rivera por proponer este tema y guiarnos en este proceso, al Dr. Alfredo Cueto por su asesoría, A mis amigos; Constanza Chartier y el quinteto por su apoyo durante todos estos años, Sebastián Laroze, Leonard Soto y Sebastián Salamé.

## INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud define salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Debido a esto es esencial el mejoramiento de la salud mental ya que actualmente los desordenes psicológicos son una gran carga, tanto desde el punto de vista de desarrollo personal, profesional, y social.

Actualmente según un reporte de la (OMS, 2001) unos 450 millones de personas en el mundo sufren de trastornos mentales de algún tipo, siendo un gran porcentaje trabajadores de la salud, los cuales dadas las características propias de su trabajo, sufren de desgaste profesional o síndrome de Burnout.

El síndrome clínico de Burnout fue descrito por primera vez en 1961 en la publicación “A burnout case” por Graham Greens (citado por Borda et al., 2007). En 1974, el psiquiatra americano Herbert Freudenberger (1974) lo conceptualiza como “la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicio como consecuencia del contacto diario con su trabajo” O “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo

El Burnout a pesar de encontrarse extensamente documentado en la literatura, es poco conocido por los profesionales de la salud, entre ellos odontólogos. Sin embargo, hay un progresivo interés respecto a esta enfermedad, ya que existe una nueva concepción de la persona y su relación con el trabajo, en conjunto con una transformación en el sistema cultural de valores y prioridades tanto personales como sociales, las cuales cada vez más se enfocan en lo económico. Lo anterior, puede llevar al profesional a sentirse insatisfecho con los logros propios, desconectarse del medio, adoptar una actitud cínica y eventualmente sentirse agotado emocionalmente (Bibeauce, 1985).

Siendo el ser humano tan complejo, puede habituarse a circunstancias adversas, pero al verse superados los procesos de adaptación, se origina un caos que ocasiona trastornos orgánicos y psicológicos; el individuo, al ser excedido por las circunstancias lo embarga el agotamiento físico y emocional y se comienzan a generar actitudes autodestructivas.

Todo lo anterior conjugado, deriva en un menoscabo del interés vocacional y desviación de las metas personales. Si superponemos a esto escasa comprensión respecto al tema y ausencia de estrategias adaptativas, obtenemos como resultado odontólogos y estudiantes que se ven sobrepasados por las demandas que les son impuestas, pudiendo ligarse a un deterioro paulatino en el rendimiento profesional, de relaciones personales, y de salud mental. Lo que pudiese a su vez ir acompañado de abuso de drogas, alcoholismo, depresión e incluso el suicidio. (Lang-Runtz, 1984)

Debido a lo mencionado previamente es esencial determinar el grado de Burnout que existe en nuestro entorno, por lo que el propósito de este trabajo es determinar la prevalencia del síndrome en Odontólogos de Valparaíso y Viña del mar. Evaluar sus características demográficas e influencias del medio en su evolución.

## CAPITULO I

### MARCO TEÓRICO

Las profesiones que exigen alto rendimiento acompañado de gran compromiso emocional, como es el caso de la odontología, generalmente involucran un gran deterioro tanto físico como psicológico y son fuentes de gran estrés, éste comienza de manera temprana durante la época universitaria (Rada y Johnson-Leong, 2004) especialmente, en el caso de nuestra profesión, durante los años de práctica clínica.

Es en esta etapa cuando pueden comenzar a expresarse alteraciones de salud tanto físicas como psicológicas y sociales, debidas en gran medida a la falta de autoconocimiento sobre las fortalezas y debilidades, a un ambiente de trabajo desfavorable, al tipo de personalidad, presencia o ausencia de apoyo familiar, dificultades económicas, entre otras lo que afectará en la respuesta individual ante el estrés.

#### I. 1. ESTRÉS

La palabra Estrés se deriva del griego *Stingere*, que significa provocar tensión. Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como *Stress*, *Stresse*, *Strest* y *Straisse*.

El Dr. Hans Selye, pionero en las investigaciones sobre el estrés, lo define como "una respuesta inespecífica del cuerpo ante cualquier demanda" Según la definición de la O.M.S. el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. Un estresor es un agente que produce estrés en cualquier momento (Selye, 1976).

Por otra parte, el estrés es diferente para cada persona. Lo que provoca estrés en una, puede ser inocuo para otra. Lo anterior se puede explicar por diversos factores: el estado psicológico y físico; el significado que se otorga al evento perturbador; una gran variedad de condiciones ambientales positivas y negativas. Es decir, cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente ante nuestras vidas pueden convertirse en estrés si a esos hechos se les otorga una connotación especial de amenaza, o si existiera una falta de preparación física y psicológica para enfrentarlos (Payne, 1999).

Sin embargo, estudios efectuados desde el decenio de los ochenta, apuntan a demostrar la existencia de un agente bioquímico responsable del estrés. Este sería el cortisol. En efecto, el cortisol es el agente causal, (Southwick, 2005) y se le considera "la hormona del estrés". Producido por la glándula suprarrenal, ayudaría al ser humano a enfrentar una situación de estrés provocando la liberación de una dosis de adrenalina. Una vez que el hecho de tensión ha sido superado, el nivel de cortisol volvería a normalizarse. Pero, si éste continúa manteniéndose

elevado durante semanas, meses o años, el cortisol se convertiría en una fuerza destructora importante que afectaría prácticamente a cada célula u órgano del cuerpo humano.

Generalmente el término estrés es utilizado de forma negativa, pero ante un mismo estímulo una persona puede tener diversos efectos psicológicos, según la fuerza de los estresores (Rada y Johnson-Leong, 2004), de acuerdo a esto existen demandas débiles, moderadas y excesivas, y su duración en el tiempo determinará el comportamiento del individuo según categorías (a corto, mediano y largo plazo).

Los odontólogos perciben su profesión como más estresante que otras ocupaciones (Gale, 1998). En un estudio (Dunlap y Stewart, 1982) se determinó que un alto porcentaje se sentía preocupado o ansioso frecuentemente, física o emocionalmente exhausto, y otro tanto sufría de jaquecas y dolores de espalda, síntomas que comúnmente se asocian con ansiedad y depresión.

Las manifestaciones del estrés se encuentran bien documentadas en la literatura (Gale, 1998; Kaney, 1999), siendo el síndrome del burnout de gran interés para la profesión.

## I. 2. BURNOUT

Cuando las demandas y dificultades del trabajo se entremezclan y sobrepasan al individuo, se produce una concurrencia entre lo laboral y lo personal evitando una adecuada desconexión entre ambos, generando un serio deterioro en el profesional y en su entorno, llamado síndrome del burnout (BO).

Burnout es un constructo psicológico que posee ciertas características que lo diferencian del estrés ocupacional, siendo el primero una consecuencia de este último (Gorter, et al., 1998). El BO es la intensificación de la sintomatología propia del estrés (Kyriacou, Sutcliffe, 1978) y se manifiesta como un fenómeno psicosocial negativo, que ocurre a un nivel individual o colectivo, vinculado a situaciones relacionadas al trabajo (Maslach, Shaufeli y Leiter 2001, citado por Carlotto y Gobbi, 2001). En otras palabras es el resultado de un estrés crónico, típico del trabajo cotidiano (Harrison, 1999), en especial cuando se está sometido a presiones excesivas. Estas presiones son generalmente de naturaleza emocional, y están relacionadas con la constante preocupación de responder ante las demandas de los pacientes.

Este síndrome no se superpone con otros conceptos relacionados tales como estrés, depresión y ansiedad, y es conceptualmente distinto de ellos. A pesar de tener cierta relación con la depresión y tener síntomas similares, un individuo que sufre de burnout en una esfera de su vida puede funcionar muy bien en otras, sin embargo en la depresión clásica los síntomas se manifiestan en todas las esferas de su vida (Farber, 1991 citado por Carlotto y Gobbi 2001)

Cordes y Dougherty (1993) hacen una revisión sobre el tema y plantean que durante la primera fase de la investigación (período comprendido entre 1970 y 1980) las definiciones del BO se podían clasificar en 5 tipos de conceptualizaciones:

- Fracasos, gastarse, quedar exhausto
- Pérdida de la creatividad
- Pérdida del compromiso con el trabajo
- Distanciamiento de los clientes, compañeros de trabajo y de la organización en que se trabaja
- Respuestas crónicas al estrés

La popularización del concepto se le debe a Cristina Maslach, que a partir de 1977 lo conceptualiza, en primera instancia, (Pines, Maslach, 1978; Maslach, 1979) como una respuesta a un estrés emocional crónico. Posteriormente Maslach y Jackson (1985) definen burnout como un

“Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y disminución en los logros personales y que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas.” Este concepto lo describían como una enfermedad que se manifestaba en aquellas profesiones de servicios, caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que se encontraban en una situación de necesidad o de dependencia.

Existe otra definición en donde se señala que el burnout es "el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes" (Pines, Aronson y Kafry 1981, citado por Gil-Monte 1999b). Estas autoras no limitan el burnout sólo a las profesiones de servicio como Maslach y Jackson (1986), sino que lo extienden a otras (comercio, política, etc.) las que también implican excesivas demandas psicológicas.

Posteriormente, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) describen el síndrome como “la erosión del alma”, en el sentido que representa un desajuste entre lo que la persona es y quiere ser, con lo que realmente está realizando. Esta erosión afectaría los valores, la dignidad y el espíritu de la persona, situación de la que tiende a ser difícil su recuperación, en especial si no se cuenta con apoyo. En otras palabras, erosión aludiría al proceso gradual de pérdida que se da en el contexto del desajuste entre las necesidades de la persona y las demandas de la organización. A través de sus análisis de investigación han realizado conceptualizaciones que hacen notar 5 elementos comunes del fenómeno:

- Predominan síntomas como fatiga emocional, conductual y depresión.
- Hay un énfasis en síntomas mentales o conductuales.
- Es un síndrome que sólo aparece en contextos de trabajo.
- Los síntomas se manifiestan en personas normales que no han sufrido antes de psicopatologías.
- El desempeño del trabajo deficiente ocurre por actitudes y conductas negativas.

Hoy en día se ha obtenido un concepto más refinado del BO, contando con una buena aceptación dentro de la comunidad académica y científica. Este concepto se deriva del análisis factorial de los resultados que obtuvieron Maslach y Jackson, por medio de la amplia aplicación

en distintas muestras del instrumento denominado como el Maslach Burnout Inventory o MBI (Cordes y Dougherty, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1999a).

Así, se lo define como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal, que aparecería en el contexto laboral y que se le describe como trifactorial. Estos tres factores serían el “Agotamiento Emocional”, “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el profesional atiende y sensación de ineffectividad o falta de “Realización Personal” (Maslach et al., 2001). Estos se detallan a continuación:

- Agotamiento Emocional

El Agotamiento Emocional se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Cordes y Dougherty, 1993). Según Maslach et al. (2001) las personas se sentirían desgastadas e incapaces de recuperarse. Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. Este cuadro sería la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo.

Pese a que en un comienzo se define el síntoma en términos puramente emocionales, en, Maslach & cols., amplían su definición, incluyendo el agotamiento físico al emocional, dado que se ha observado que se manifiesta tanto en la salud mental como física del individuo. El agotamiento no es simplemente experimentado, sino que gatilla en las personas la necesidad de realizar acciones para distanciarse emocional y cognitivamente (Gil-Monte y Peiró, 1999b) del trabajo, como una forma de lidiar con la sobrecarga. En el caso de trabajos que tienen que ver con el servicio a personas, las demandas emocionales pueden minar la capacidad para involucrarse y responder a las necesidades particulares de las personas que atiende (Maslach et al., 2001).

La dimensión de Agotamiento Emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no puede ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach et al., 2001).

- Despersonalización

La dimensión de despersonalización o cinismo da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Esta dimensión alude al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre sí misma y al que recibe el servicio por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos y comprometidos con las personas (Maslach et al., 2001). Se refiere a la “deshumanización del individuo” (Gil-Monte et al., 2005),

éste se torna cínico en cuanto a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal (Cordes y Dougherty, 1993). Más adelante, Maslach y sus colegas modificaron la definición original de dos de las dimensiones, en la cual despersonalización fue renombrado como Cinismo, aunque se conservan intactos la agrupación de síntomas a los que se refiere la dimensión (Maslach et al., 2001).

El Cinismo es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de crisis.

Cabe señalar que pueden ser apropiados y necesarios para el funcionamiento eficaz en algunas ocupaciones los niveles moderados de distanciamiento hacia los clientes, a diferencia del distanciamiento disfuncional y extremo que ocurre con el BO. Agregan que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión. Por ejemplo, puede usar un lenguaje denigrante o descalificador para referirse a los clientes e intelectualizaciones recurrentes de la situación.

Así mismo, desarrollan actitudes rígidas y burocráticas, es decir, se guían “estrictamente por las reglas”, aunque no aporten a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse personalmente con las dificultades de las personas con las que trabaja. Posteriormente los autores agregan que las demandas son más manejables cuando las personas a las que atienden son consideradas como objetos impersonales del trabajo (Maslach et al., 2001). Este factor hace énfasis en la necesidad de la empatía en las profesiones de ayuda y servicio a personas (Bakker et al., 2002).

#### • Realización Personal

La dimensión de falta de Realización Personal manifiesta la sensación de que no se están obteniendo logros en el trabajo, autocalificándose negativamente. Esto alude a las dificultades en el desempeño (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Esta dimensión describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, decayendo el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los empleados sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo (Halbesleben y Buckley, 2004). Así mismo, se tiene la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach et al., 2001).

En cuanto a la definición de sus dimensiones Maslach et al., (2001) plantean que:

- El componente de estar Agotado Emocionalmente representa la *dimensión básica e individual* del estrés en el BO.
- El componente de Despersonalización o Cinismo representa la *dimensión del contexto interpersonal* del BO.
- El componente de Realización Personal en el trabajo se refiere a la *dimensión de auto evaluación* del BO.

Según Edelwich y Brodsky (citado por Gobbi y Carlotto, 2001) plantean que el burnout sería cíclico y se presentaría a través de cuatro etapas diferentes: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía:

*Etapa de idealismo y entusiasmo:* es la fase inicial en la cual el individuo posee un alto nivel de energía para realizar el trabajo, pero tiene expectativas poco realistas sobre él. Existe un excesivo involucramiento con los pacientes lo que produce una sobrecarga de trabajo. En el inicio de su carrera, el profesional se encuentra movilizado por cuestiones intrínsecas. Hay una sobrevaloración de su capacidad profesional, sin reconocer límites personales lo que puede llevar a ofrecer más de lo que puede realizar. Al no poder cumplir con las altas metas propuestas surge un sentimiento de frustración, lo que desemboca en una profunda desilusión, aquí se evoluciona a la siguiente etapa.

*Etapa de estancamiento:* En ella, al constatar lo irreal de sus expectativas, el profesional pierde el idealismo y el entusiasmo en su trabajo, disminuyendo las actividades realizadas por lo que se da cuenta que necesita realizar cambios en su vida profesional. Si no es posible superar las dificultades de esta etapa se avanza al siguiente paso, la apatía.

*Etapa de apatía o frustración:* Se considera como etapa central del burnout. Al verse intensamente frustrado, el profesional paraliza sus actividades, desarrolla apatía y falta de interés. Comienzan a surgir problemas emocionales, de comportamiento y físicos. Una respuesta común a esta fase es el intento de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los pacientes, se produce ausentismo laboral, abandono de éste o inclusive de la profesión. Este comportamiento al volverse constante abre camino a la última etapa del burnout, el distanciamiento.

*Etapa de distanciamiento:* La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y desvalorización profesional. En lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y pacientes de forma bastante frecuente. Se invierte el mínimo esfuerzo en las actividades realizadas.

Existe también un estudio (Eriksson y Wallin, 2004) el cual intenta explicar en parte las bases neurológicas del síndrome. En él, se propone que una falla en la neurogénesis (formación de nuevas neuronas en el cerebro adulto), genera las bases biológicas y celulares en la alteración de la plasticidad cerebral. Según el estudio, el burnout sería un exponente de inadecuada plasticidad cerebral, la que sería causada por una disminución en la neurogénesis debido al estrés.

### I. 2.1. EFECTOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Este síndrome se presenta de manera compleja y acarrea consecuencias muy variables a nivel psicológico, físico y conductual. Como consecuencias psicológicas se pueden observar problemas psicosomáticos, actitudes negativas hacia sí mismo, depresión, sentimiento de culpabilidad, ansiedad, cólera, aburrimiento, baja tolerancia a la frustración y abuso de drogas. En el contexto organizacional existen consecuencias, como disminución del rendimiento, actitudes negativas y falta de motivación hacia el trabajo, actitudes negativas hacia el cliente, incapacidad para realizar el trabajo con rigor, rotación, intención de abandonar o abandono real del trabajo, absentismo, retrasos y largas pausas en el trabajo, insatisfacción y disminución del compromiso. Mientras que en el contexto ambiental se manifiestan actitudes negativas hacia la vida en general y una disminución de la calidad de vida personal (Garcés de los Fayos, 2003).

Parece claro que el burnout es consecuencia de eventos estresantes que producen una erosión gradual de la energía, esto debido a una continua exposición a estresores, fundamentalmente aquellos de carácter laboral, pero también a los relacionados con la vida cotidiana. Como resultado se producen diversos signos y síntomas, tanto físicos, psicológicos como emocionales en el individuo, los cuales pueden variar en intensidad y ocasión. (WHO, 1998).

*Signos y síntomas físicos:* fatiga, sensación de estar exhausto (cansancio crónico), agotamiento, debilidad, aumento en la susceptibilidad a enfermedad (Burke y Richardson, 1996), dolores de cabeza frecuentes, náuseas, tensión muscular, dificultades respiratorias, dolores de espalda, problemas digestivos, diversas quejas somáticas y alteraciones del sueño (Rosen et al., 2006).

*Síntomas emocionales:* el síndrome puede involucrar sentimientos de depresión, desamparo y desesperanza, aumento en tensiones y conflictos en el hogar, e incremento de los estados afectivos negativos (rabia, impaciencia, irritabilidad).

*Síntomas psicológicos:* falta de satisfacción y actitudes negativas hacia sí mismo, la vida en general y el trabajo, lo que tiene como resultado un incremento en el absentismo laboral con repercusiones en la calidad asistencial (Caballero, 2001).

## I. 2.2. DESENCADENANTES Y FACILITADORES DEL BURNOUT

Gil-Monte y Peiró (1997) identifica como facilitadores del BO aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del burnout en una u otra dirección. Cordes y Dougherty (1993) identificaron factores que aumentarían el riesgo de desarrollar BO y proponen clasificarlos en:

- Factores de riesgo relacionados con las características del cargo y rol a desempeñar

Las características del cargo y el rol que cumple el cliente junto con las expectativas que tiene el mismo proveedor de la relación que se establece cuando se presta un servicio, inciden en el nivel de BO que podría presentar el trabajador. Estos factores son uno de los más relevantes, dado que se refieren a las características propias de la relación entre el trabajador y el cliente y aquellas relacionadas con el rol que se espera que cumpla (Cordes y Dougherty, 1993).

- Factores de riesgo relacionados con las características de la organización

Las personas tienen más riesgo de desarrollar BO cuando las organizaciones presentan un clima poco satisfactorio, ya sea por la forma en que está definido el trabajo o porque existe dificultad en llevarlo a cabo (Kalimo et al., 2003).

También influye la forma de administrar los incentivos y castigos dentro de la organización. En este caso, generaría el síndrome, las políticas organizacionales que no incentivan contingentemente al esfuerzo realizado o cuando sólo hay castigos (Cordes y Dougherty, 1993).

- Factores de riesgo relacionados con aspectos personales

En algunas investigaciones (Cordes y Dougherty, 1993) se han identificado características que contribuyen a explicar la razón de por qué algunos individuos experimentan el síndrome y otros permanecen sin síntomas. Entre ellas, se encuentran las características demográficas, tales como el género, la edad y el apoyo social percibido, tipos de personalidad entre otros (Zellar, 1998).

### I. 2.3. MEDICIÓN DEL BURNOUT

La base de los instrumentos de medición para el síndrome de burnout es la percepción personal. Desde que se comenzó a utilizar el término burnout se han desarrollado una serie de instrumentos para medir este fenómeno.

El instrumento más utilizado en los estudios a nivel internacional es el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1985). Sin embargo, en la actualidad se están planteando nuevas perspectivas de evaluación que intentan superar algunas de las limitaciones conceptuales y psicosométricas de este instrumento (Moreno et al., 2006).

Uno de los instrumentos que se han utilizado especialmente en Europa es el Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen et al., 2005), el cual reconceptualiza el síndrome en tres dimensiones relacionadas con aspectos personales, del paciente y del trabajo. También podemos encontrar el Oldenburg Burnout Inventory (Bakker, Demerouti y Verbeke, 2004), el cual incluye solo dos dimensiones; agotamiento y falta de compromiso en el trabajo.

La mayoría de los estudios en los que se analiza la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo se han realizado con el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1996) La aceptación y la difusión de este cuestionario han permitido realizar estudios en diferentes países y comparar los resultados obtenidos

Sin embargo, debido a las influencias culturales que poseen estos estudios, la prevalencia del síndrome puede variar según el criterio con el cual se analicen los resultados. (Gil-Monte y Marucco, 2008) De tal forma, se pueden encontrar en la literatura tres maneras distintas de analizar la prevalencia del síndrome, arrojando distintos porcentajes.

. Maslach y Jackson 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 catalogan a las personas que responden el cuestionario en individuos con niveles altos, medios y bajos para cada dimensión (agotamiento emocional, despersonalización o realización personal en el trabajo). Esta manera de proceder posee sesgos que pueden ser relevantes. Se debe tener en cuenta que los criterios Estadounidenses pueden ser inadecuados en otros países, debido a la existencia de diferencias significativas en los valores normativos de corte, por cuestiones socioculturales.

Esto dificulta concluir sobre el número de individuos que han desarrollado la patología y los que no (Gil-Monte y Peiró, 2007). En el manual no se ofrecen puntos de corte o criterios diagnósticos “validados clínicamente”.

Otro criterio para determinar la prevalencia de síndrome de quemarse por el trabajo es el de Schaufeli y Dierendonck (1995) quienes establecieron puntos de corte para el MBI que se consideran validados clínicamente. El trabajo fue realizado en una muestra de trabajadores de la salud encaminados para tratamiento psicopatológico por problemas de salud mental derivados del

trabajo. Estos autores recomiendan utilizar estos criterios para establecer el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo para evitar considerar a individuos sanos como enfermos.

Algunos estudios 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.

## I. 2.4. BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

El Burnout surge de la falta de correspondencia entre las exigencias de la profesión y las recompensas recibidas, es el resultado a largo plazo de un desequilibrio entre nuestras expectativas y la realidad. Podemos agrupar los factores etiológicos en tres grupos:

- Personales.

Los sentimientos de altruismo llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los pacientes y a considerarlos como un reto personal, lo que termina por crear sentimientos de culpa y de escasa realización. La mayoría de las investigaciones concluyen que el BO afecta más a sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás (Tabla I). La relación trabajo-familia es otro factor que considerar, ya que el profesional es el nexo de unión entre ambos y la familia padece sus vivencias, sentimientos, conductas, tensiones y conflictos

Tabla I: características de las personas que son más propensas al BO.

<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta motivación para la ayuda: grado de altruismo</li> <li>- Alto grado de idealismo</li> <li>- Alto grado de empatía</li> <li>- Elevado grado de perfeccionismo</li> <li>- Constancia en la acción</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Reducidas habilidades sociales</li> <li>- Tendencia a la sobre implicación emocional</li> <li>- Baja auto eficacia</li> </ul>

- Profesionales.

La profesión implica un trato directo y continuado con pacientes y familiares, lo que supone un goteo emocional. En este apartado se incluyen los efectos derivados de las relaciones interpersonales que se establecen con compañeros, supervisores y pacientes, y el desarrollo de la carrera profesional y posibilidades de promoción (Maslach y Leiter, 1996)

- Organizacionales.

Las nuevas tecnologías pueden facilitar o dificultar el desempeño de la labor asistencial, que depende de cómo el profesional se ajuste a ellas. Se incluye aquí: falta de participación en la toma de decisiones, falta de apoyo social, presión laboral excesiva, burocratización exagerada, falta de trabajo en equipo, falta de sintonía con la dirección, mayores demandas asistenciales, falta de soluciones concretas desde la organización, inestabilidad del sistema, nuevos sistemas de gestión clínica, competitividad entre centros de salud, educación de valores y de calidad asistencial, etc.

Otros desencadenantes que no podemos olvidar son los derivados del ambiente físico y contenido del puesto laboral, como nivel de ruido, vibraciones, tipo de iluminación, temperatura, condiciones de higiene, toxicidad de los materiales utilizados, disponibilidad de espacio físico, peligro de sobrecarga laboral y oportunidad del facultativo para emplear las habilidades adquiridas, entre tantas otras (Moreno-Egea et al., 2008).

En la figura 1 vemos un modelo explicativo de Gil-Monte y Peiró (1999a), que integra las tres dimensiones dentro del proceso de estrés laboral. El burnout es considerado como un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y de su capacidad de respuesta ante el estrés laboral.

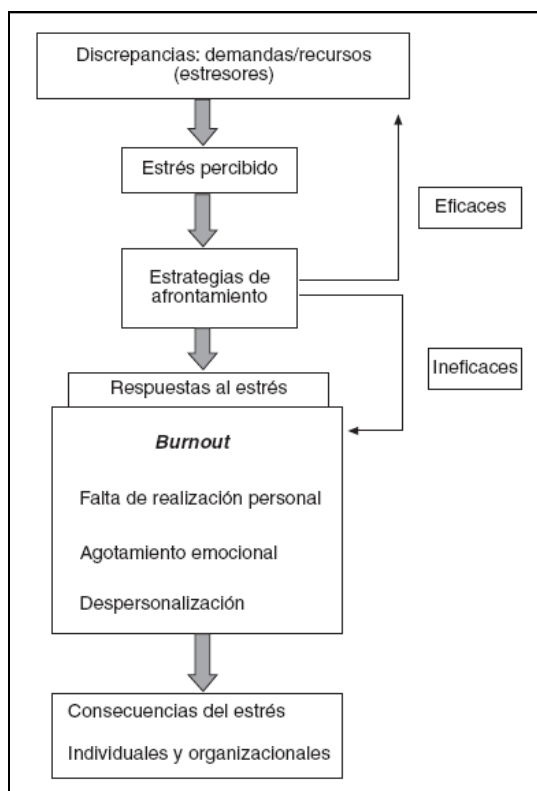


Fig. 1: Integración de las Dimensiones Gil-Monte y Peiró (1999a)

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario.

Estos profesionales se ven enfrentados día a día con estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga e insatisfacción laboral, falta de reconocimiento social, conflictividad en las relaciones interpersonales, autopercepción de baja remuneración, cuidar pacientes problemáticos y el hecho de trabajar en contacto directo con la enfermedad y con el dolor. Existe muchas veces falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de roles, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, grandes cambios tecnológicos, etc. (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005; Maslach et al., 2001).

Por lo mencionado previamente la epidemiología del burnout entre las distintas profesiones es muy variable (Tabla II), existiendo gran cantidad de estudios que evalúan la prevalencia del síndrome en trabajadores de la salud, donde se estima un porcentaje que oscila entre un 10% y un 50% (García, Sáez y Llor, 2000).

Tabla II. Incidencia del BO en diferentes profesiones

ESTUDIO	PROFESIÓN	BURNOUT
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos	50%
Pines, Arason y Kafry (1981)	Diversas	45%
Jorgesen (1992)	Enfermería	39%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermería	20-35%
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12-40%
Price y Spence (1994)	Policía y sanitarios	20%
Rosse, Jonson y Crow(1991)	Policía y sanitarios	20%
García Izquierdo (1991)	Enfermería	17%

En un estudio realizado en España en personal asistencial pediátrico, López Franco (López et al., 2005) obtuvieron una prevalencia de BO del 20,8%. Otro estudio (Jiménez et al., 2002; citado por Moreno-Egea et al., 2008) en cirujanos pediatras obtuvo una prevalencia del 5,9 %, mientras que Bustinza et al., (2000) en una muestra de pediatras intensivistas observó una prevalencia del 10%. En Brasil, (Dutra, 2004; citado por Moreno-Egea et al., 2008) observó una prevalencia del 53,7% en un estudio realizado a pediatras en un hospital universitario

Grau et al., (2008) realizaron un estudio con diversos profesionales de salud en Latinoamérica, sus resultados indicaban que el 36.3% de los individuos tenían la percepción de “estar quemado” o con Burnout y eran los más jóvenes, con menos años de profesión y menor experiencia en el trabajo actual. La proporción de profesionales con la sensación de “estar quemados” era superior en el sexo femenino.

Por profesiones, la mayor prevalencia de percepción de BO se observaba en enfermería y la menor en los nutricionistas y odontólogos.

En Chile una medición realizada en el Hospital Roberto del Río, (Ordenes, 2004), incluyendo Pediatras, Becados, Enfermeras, Kinesiólogos, Tecnólogos Médicos, Nutricionistas y Técnicos Paramédicos llegó a altas cifras: 31% con el síndrome de burnout establecido, 38% proclive a desarrollarlo. (Figura 2)

Profesión	Casos sintomáticos		Sin Burnout		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aux. Paramédico	94	68	42	30	136	54
Médico	30	62	18	38	48	19
Enfermera	26	81	6	19	32	13
Becados	16	66	8	33	24	10
Otros	6	60	4	40	10	4
Total general	172	69	78	31	250	100
$\chi^2 = 3,62$ g.l. = 4 p = 0,40						

Figura 2. Burnout proclividad por profesión en Chile

La mayor cantidad de estudios se centran en médicos y enfermeras (Grau, Suñer y García, 2005). Según un artículo de Román (2003), los más afectados son los profesionales médicos de sexo femenino. Pero en general la relación del burnout con un determinado sexo es controvertida; mientras que algunos autores describen un mayor desgaste en varones (Caballero, 2001; Hidalgo y Díaz, 1994; Maslach y Jackson, 2001) Otros lo encuentran en mujeres (Atance, 1997; Thomson, 1995; Byone, 1994) mientras que otros más no detectan diferencias (Cebrià et al., 2001).

Respecto a la edad, aunque parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo los primeros años de carrera profesional (Kirsi et al., 2008) dado que en esta época se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas. Otros estudios coinciden que el grupo más afectado es de entre 30 a 50 años.

Respecto a variables como el estado civil, número de hijos, formación académica, puesto de trabajo, tipo de contrato, etc., no se han obtenido de momento diferencias significativas que determinen una tendencia. (Atance, 1997)

De manera similar, en el ámbito odontológico se han realizado estudios con el objeto de evaluar de qué manera se ven afectados los profesionales de nuestra área. En general, los dentistas en la actualidad están expuestos a niveles de estrés más altos de lo aceptable (Cooper et al., 1978; citado por Kaney, 1999), dejando en claro que alteraciones como el BO se presentan como una seria amenaza para el bienestar físico y psicológico, tanto para dentistas como para estudiantes de ésta carrera.

Hay estudios (Naidu, 2002) donde se reportan ciertos estresores que son identificados en la práctica odontológica, tales eran; presiones debido a asuntos de tiempo y horarios, manejo de pacientes nerviosos, dificultades financieras, la percepción negativa de los pacientes hacia el odontólogo, problemas con equipos y trabajadores y la naturaleza extremadamente delicada y exacta del trabajo entre otros (Tabla III).

El estrés resultante podría tener como consecuencia ciertos desórdenes asociados, como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, disminución en la eficiencia del trabajo y estrés ocupacional, del cual deriva el BO (Naidu, 2002; Rada et al., 2004).

Tabla III: Factores estresantes en profesionales (Sanders, 2002).

<b>PROFESIONALES ODONTÓLOGOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor del paciente</li> <li>- Sobrecarga de trabajo</li> <li>- Incumplimiento del paciente</li> <li>- Ansiedad del paciente</li> <li>- Posibilidad de contagio de enfermedades</li> </ul>

Es destacado en la literatura (Rada y Jonson-Leong, 2004) que muchos de los problemas relacionados con estrés ocupacional emergen del ambiente de trabajo (Croucher et al., 1998) en el cual se desenvuelve el profesional; lo que involucra trabajar sentado varias horas, estar enfocado en un área pequeña, realizar movimientos precisos y falta de interacción con colegas.

Junto con esto, un estudio. (Lang-Runtz, 1984) sugiere que la profesión tiende a atraer personas con personalidades compulsivas que poseen metas poco realistas, elevados estándares de vida, que requieren estatus y aprobación social.

En un estudio (Alemany, Berini y Gay, 2008) se determina la presencia del síndrome y patrones característicos de personalidad en estudiantes de postgrado. En él, se determina que el perfil de un individuo propenso a sufrir de BO es un hombre de una edad promedio de 27 años, que se encuentra en los primeros años del postgrado y que combina sus estudios con 30 horas de

práctica clínica u otro trabajo. Además se determinó que los tipos de personalidades más frecuente en individuos con BO eran narcisista y borderline. (Tabla IV)

Tabla IV: Características personales (Alemany, Berini y Gay, 2008)

<b>Obsessive-compulsive</b>	<b>74,4%</b>	<b>Dependent</b>	<b>20,5%</b>
<b>Avoidant</b>	<b>51,3%</b>	<b>Paranoid</b>	<b>19,2%</b>
<b>Narcissistic</b>	<b>46,2%</b>	<b>Schizoid</b>	<b>16,7%</b>
<b>Histrionic</b>	<b>34,6%</b>	<b>Schizotypal</b>	<b>11,5%</b>
<b>Borderline</b>	<b>32,1%</b>	<b>Antisocial</b>	<b>6,4%</b>

Al igual que en otras profesiones de la salud, el BO tiene una enorme importancia en la odontología, por lo que a nivel mundial existe una creciente preocupación por explicar este progresivo fenómeno.

En general el stress y el burnout en dentistas se manifiestan con ciertas diferencias respecto a otros trabajadores de la salud. Mientras que la mayoría de los pacientes desarrollan cierto afecto por sus terapeutas, gran parte teme y ve con desagrado la atención dental por miedos formados en la niñez, durante las primeras visitas al dentista. La ansiedad que se genera está gran parte centrada en los equipos utilizados (turbina, micromotor, agujas etc.), en la falta de confianza hacia el profesional y las asistentes dentales, y en el temor a reacciones embarazosas durante el tratamiento, desmayos, vómitos, entre otras. A su vez, gran parte del trabajo realizado no es visto ni apreciado por los pacientes, no existiendo palabras de agradecimiento, a no ser que un colega alabe el trabajo de otro dentista realizado previamente. Por ello hay quienes opinan que la odontología es la más estresante de las ocupaciones.

Un estudio realizado en Finlandia (Murtomaa, Haavio-Mannila, Kandolin, 1990). Encuestó a 232 dentistas bajo los 62 años. La gran mayoría de los profesionales de ambos géneros, trabajaban en grupos y un 88% utilizaba asistente dental. Los problemas profesionales eran resueltos generalmente a través de interconsulta con otros colegas. De los encuestados, la mitad indicaba satisfacción en su relación con el grupo de trabajo, pero solo un 9% de los

dentistas decían tener problemas con su ambiente físico de trabajo y un 22% sentía que la incómoda postura durante el trabajo interfería significativamente con la satisfacción laboral. Las mujeres reportaron mayor frecuencia de condiciones crónicas diagnosticadas, relacionadas con el trabajo respecto a los hombres.

Al momento del estudio un gran porcentaje sufría de estrés ocupacional, estaban fatigados emocionalmente como resultado del trabajo, y cerca del 50 % se sentían exhaustos al final de la jornada laboral. Los tres factores del burnout que emergían eran fatiga mental, pérdida del agrado por el trabajo y endurecimiento emocional lo que tenía como efecto indiferencia ante lo que ocurría con los pacientes. Relaciones insatisfactorias con éstos, problemas relacionados con el ambiente físico y postura de trabajo inadecuada significativamente incrementaban el burnout. Por lo tanto se concluye que el burnout es una amenaza importante para la entrega de una adecuada atención dental.

A pesar de ser un síndrome bien documentado existe poca evidencia que demuestre el grado de prevalencia de BO en dentistas en nuestro país, en donde existen estudios en otras áreas como empresas del gobierno (Vera et al., 2007), trabajadoras sociales (Quintana, 2005) entre otros.

Nuestra revisión no logro identificar algún estudio publicado en Chile que relacione el BO y odontología, aunque si existían tesis de pregrado al respecto (U de Talca, 2003). Por lo cual consideramos de gran importancia permitir tanto a odontólogos como a estudiantes un mayor conocimiento sobre esta enfermedad.

## I 2.5 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PREVENCIÓN

Se entiende por afrontamiento la serie de respuestas cambiantes, de tipo cognitivo o conductual, que inicia un sujeto ante una situación que considera amenazante, y cuyo objetivo es manejar las demandas específicas externas y/o internas que evalúa como excedentes o desbordantes de sus recursos en respuesta al estrés. Se puede agruparlas en tres categorías. (Moreno-Egea et al., 2008)

- Estrategias individuales:

Las estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previenen el BO porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape/evitación y centradas en la emoción facilitan su aparición. (Hutter et al., 2006) Las técnicas para la adquisición de estas estrategias pueden ser dirigidas al entrenamiento en habilidades (como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, comunicación y relaciones sociales, cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno) o al manejo de las emociones (incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación, etc.).

- Estrategias profesionales:

Desde una perspectiva grupal se aconseja fomentar el apoyo social por parte de los compañeros, jefes y directores. A través de él, los facultativos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social, apoyo emocional y consejo. (Cobb 1976 citado por Moreno Egea et al., 2008) define este apoyo social como la información que nos permite creer que otros se preocupan por nosotros y nos quieren, somos estimados y valorados. El apoyo social debe venir principalmente de los demás compañeros del servicio y jefes de unidad. Crear grupos informales con la intención de compartir experiencias que permitan un mejor afrontamiento ante pacientes especiales, facilita una reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional, supone un incremento de conocimientos y facilita un trabajo más agradable (Lee, Stewart, Belle 2008).

Otra forma de desarrollar el apoyo social, es fomentar y entrenar a los compañeros y jefes en la realimentación, mediante la cual se nos informa de cómo somos percibidos y entendidos, lo que aumenta nuestra confianza y autoestima.

- Estrategias organizacionales:

La dirección de consultorios y hospitales debería desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima de trabajo, puesto que como dijimos previamente, los desencadenantes del BO son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están relacionadas con el puesto laboral y disfunciones en el desempeño de roles.

- Los programas de socialización anticipada tienen un carácter preventivo y pretenden que el choque con la realidad se experimente antes de que el facultativo comience su vida laboral, ofreciendo unas habilidades para desarrollar su actividad. En este sentido se enmarcan los programas de acogida profesional (por ejemplo realizar pasantías en postas y consultorios).
- Los programas de evaluación y realimentación pretenden ofrecer retroalimentación desde la dirección y el propio departamento, y que esta información no se presente nunca como un juicio contra el sujeto, sino como parte de un programa de desarrollo (Hutter, 2006).
- Programas de desarrollo organizacional: Deben buscar mejorar el clima laboral mediante esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo (aspectos culturales y humanos), entendiendo que la mayor parte de las personas están motivadas hacia el crecimiento y el desarrollo personal si se encuentran en el ambiente propicio.

## CAPITULO II

### OBJETIVOS

#### - Objetivo General

Determinar la prevalencia del Síndrome del Burnout en Odontólogos del sector privado y público de Valparaíso y Viña del Mar.

#### - Objetivos Específicos

1. Describir a la muestra por edad, sexo, horas trabajadas y años de ejercicio profesional.
2. Determinar la frecuencia de cada uno de los factores del síndrome: Despersonalización, Cansancio Emocional, Realización Personal
3. Determinar qué género es más propenso a sufrir del BO.
4. Determinar que grupos etarios son más proclives a sufrir del síndrome del BO.
5. Determinar la influencia de los años de ejercicio profesional en el progreso del BO.
6. Determinar si existe relación entre el riesgo de BO y presencia de problemas con el ambiente físico de trabajo.
7. Determinar si existe asociación entre riesgo de BO y grado de satisfacción con el grupo de trabajo
8. Determinar la posible influencia de la cantidad de horas trabajadas por sector, ya sea público o privado, en la presencia de BO.

## CAPITULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 1. Tipo y Diseño de Investigación

El estudio a realizar es de tipo cuantitativo descriptivo, no experimental y transversal. El estudio es catalogado como descriptivo dado que se busca la presencia o ausencia del BO, la frecuencia con que ocurre el fenómeno, en quienes, dónde y cuándo se está presentando. Finalmente, el estudio es de tipo transversal, dado que trabaja con datos o variables que son recogidos en un momento determinado de tiempo, haciendo un corte en éste.

#### 2. Universo

El universo del estudio es Odontólogos del sector privado y público de atención primaria (consultorios) de las ciudades Valparaíso y Viña del Mar.

#### 3. Muestra

Se determinó una muestra con la formula.

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Donde Z es el grado de confianza, p es la prevalencia y d es el error permitido.

Como no se conoce la prevalencia del síndrome en Chile, para el cálculo del tamaño de muestra se tomará una prevalencia de 15% (0,15) obtenida según un estudio realizado en odontólogos de Barcelona (Alemany, Berini, Gay, 2008).

Se determinó un margen de error de 5% (0,05) y un grado de confianza de 95%. (1,96) Los resultados de la aplicación de la formula previamente mencionada, nos indica que la muestra a utilizar sería de 195 personas, sin embargo para permitir un margen considerando la no contestación de algunos cuestionarios se aumentará la muestra a 250 personas. Finalmente la muestra quedó conformada por 204 odontólogos participantes con una tasa de contestación de un 82%.

Para disminuir al mínimo el sesgo que se produce por este tipo de encuestas, éstas fueron autoadministradas y anónimas, y se incluía un sobre para poner la encuesta posteriormente. Además es importante recalcar que las encuestas poseían en su encabezado una cláusula de

confidencialidad y consentimiento informado, con la idea de mejorar la calidad de la información proporcionada por las respuestas.

La recolección de datos se realizó desde Abril a Julio del 2008. Para obtener una muestra adecuada y representativa se realizaron 3 listas. Una con odontólogos del sector privado, obtenida de la guía telefónica de la V región, otra con los consultorios de Viña –Valparaíso, pensando que en cada consultorio trabajan aproximadamente 3 odontólogos, y otra lista con dentistas que trabajan en la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Como en el universo no están distribuidos en forma iguales, es decir, no hay la misma cantidad de odontólogos en el sector privado, que en el público y menos los que trabajan en la universidad, se usó una proporción de 6:4:2 para que fuese representativa de la realidad. Esto significa que usando una tabla de números aleatorios, se fueron eligiendo para confeccionar nuestra muestra final, 6 profesionales de la lista del sector privado, 4 de la lista del sector público y 2 pertenecientes a la facultad de odontología, hasta completar el total de la muestra.

En el caso de que hubiesen odontólogos que saliesen al azar en más de una lista, por ejemplo, si un profesional sale elegido por la lista de la facultad y a su vez sale elegido en la lista del sector privado (en su consulta), sólo podrá realizar una sola encuesta y automáticamente se salta y elige a otro profesional usando la lista de números aleatorios.

#### 4. Definición de Variables

- **Sexo**

Variable cualitativa, nominal dicotómica

- Definición Conceptual: Constitución orgánica que distingue hombre o mujer
- Definición Operacional: Masculino, Femenino (M, F)

- **Edad**

Variable cuantitativa continua

- Definición Conceptual: Tiempo que una persona ha vivido desde la fecha de su nacimiento
- Definición Operacional: Años escritos en forma numérica.

- **Años de ejercicio profesional**

Variable cuantitativa continua

- Definición conceptual: tiempo que la persona ha ejercido la profesión desde el año de egreso.
- Definición Operacional: años escritos en forma numérica.

- **Horas semanales trabajadas por sector:**

Variable cuantitativa continua

- Definición conceptual: Horas a la semana que el profesional desempeña en cada sector, tanto en el público (de atención primaria) como en el privado (clínicas, etc.)
- Definición Operacional: Número de horas

- **Satisfacción con su grupo de trabajo:**

Variable cualitativa nominal dicotómica

- Definición conceptual: Agrado percibido por el odontólogo respecto al personal (asistente, jefes, etc.) con el cual comparte durante la jornada laboral.
- Definición Operacional: Si, No.

- **Problemas con su ambiente físico de trabajo:**

Variable cualitativa nominal dicotómica

- Definición conceptual: Desagrado experimentado por el odontólogo respecto a su interacción con el medio físico en donde se desenvuelve (sillón, iluminación, capacidad, baños etc.).
- Definición Operacional: Si, No.

## 5. Instrumento.

### 5.1 Cuestionario de elaboración propia

- Características demográficas y laborales

El cuestionario recoge variables socio-demográficas como la edad, el sexo, así como preguntas sobre la situación laboral, como los años de profesión y horas de trabajo según sector.

- Valoraciones personales

Se explora el sentimiento de satisfacción con el grupo de trabajo y la presencia de problemas con el medio físico de trabajo mediante respuestas dicotómicas de “Si” o de “No”.

### 5.2 Maslach Burnout Inventory

El instrumento a utilizar será la encuesta MBI (Maslach Burnout Inventory) que consta de 22 ítems con respuestas en una escala Likert, de 7 puntos (0-6), que posee 3 subescalas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y logros personales (LP), aspectos fundamentales del desgaste profesional (sintomatología y actitudes del profesional en su trabajo diario).

Altas puntuaciones en las subescalas de CE (de 9 ítems) y DP (5 ítems) y bajas en la de RP (8 ítems) reflejan un nivel alto de burnout. Las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 corresponden a CE, las preguntas 5, 10, 11, 15, 22 corresponden a DP. Finalmente las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 corresponden a los ítems de RP. Cabe señalar que el ítem 8, corresponde a la percepción de sentirse “quemado”.

Su validez discriminante es mucho mejor que la de otros instrumentos cuenta con un adecuado nivel de consistencia interna, que va de 0.75 a 0.90 en muchas de las investigaciones realizadas (Jackson et al, 1986).

Cabe destacar que el MBI es una herramienta con gran cantidad de estudios que la avalan y ampliamente aceptado en países de la Unión Europea y Estados Unidos (Golembiewski et al., 1996; Maslach et al., 2001).

En España, Gil-Monte y Peiró (2007) realizó la validación factorial del MBI versión *Human Services Survey* (MBI-HSS). Así mismo estableció los valores medios en las tres subescalas del MBI obteniendo para la *realización personal en el trabajo* y el *agotamiento emocional* valores más altos que Maslach y Jackson (1986), y para *despersonalización* valores más bajos (Gil-Monte y Peiró, 2007).

En Argentina, Neira (2004) ha realizado la validación del MBIHSS en profesionales de la salud. Los profesionales argentinos obtuvieron en las escalas agotamiento emocional y despersonalización del MBI-HSS, una media aritmética más baja que el grupo estudiado en Estados Unidos (Maslach y Jackson, 1986). En la escala realización personal en el trabajo la media fue similar.

En Chile, Barría (2002) investigó el BO en asistentes sociales, aplicando el MBI y obteniendo los tres factores encontrados por Maslach y Jackson. De la misma manera se ha determinado que el MBI es un instrumento apropiado para medir el Burnout en odontólogos (Brake et al., 2008).

Cabe destacar que no existen estudios en Chile con Odontólogos por lo que se tomaron en cuenta los estudios realizados por otras disciplinas de la salud en nuestro país y en otros países para validar la encuesta utilizada en nuestro estudio (ver anexo 1).

## 6. Criterios a utilizar:

El estudio analizó a través de los siguientes criterios para medir la prevalencia de Síndrome de Burnout:

- Criterio de las sumas:

Este criterio consiste en sumar todos los puntajes asignados por el individuo, luego sumarlos, y sacar un porcentaje sobre el total. (Tabla V).

Tabla V. Criterio de las Sumas

	Alto	$\geq 65\%$
<b>% BO</b>	Medio	35-64%
	Bajo	$\leq 34\%$

Para efectos prácticos de medición de prevalencia consideraremos a los pacientes con nivel medio y alto de BO como que efectivamente padecen de este síndrome (es decir sobre el 35%), esto debido a que este criterio tiende a orientarnos hacia analizar el riesgo del paciente más que si padece de él. Por ejemplo, si tomamos un paciente, sano, que haya contestado de manera positiva toda la encuesta, de igual manera se encontrará dentro del rango de  $< o = a 34\%$  arrojándonos un resultado positivo para el síndrome, sin padecer realmente de él.

- *Criterio de las ponderaciones:*

Consiste en sumar todos los puntajes que corresponden a cada una de las dimensiones, luego cada suma tendrá una ponderación correspondiendo al porcentaje que tendrá del total de preguntas. Por último este número se divide por la cantidad de categorías de la escala likert [en este caso 7].

$$CE*[9preguntas]+DP*[5preguntas]+RP*[8preguntas] \quad [*]$$

9 preguntas con un puntaje máximo de 6= valor máximo de 54

5 preguntas con un puntaje máximo de 6= valor máximo de 30

8 preguntas con un puntaje máximo de 6= valor máximo de 48

Suma = 132

Luego obtenemos un porcentaje para cada dimensión, y por último [\*] se divide por 7 para cada individuo. Este puntaje se someterá al criterio observado en la Tabla VI. Este criterio se utilizará para determinar prevalencia del síndrome.

Tabla VI: Criterio de las Ponderaciones

SIN BO	CON BO
0-1,49	1,5-6

- *Criterio de las dimensiones:*

*Observación:* para determinar la frecuencia de cada una de las dimensiones del síndrome se utilizó el siguiente criterio (Tabla VII).

Tabla VII: Criterio de las Dimensiones

	CE	DP	RP
Alto	$\geq 25$	$\geq 9$	$\geq 40$
Medio	24-16	8--4	39-36
Bajo	$\leq 15$	$\leq 3$	$\leq 35$

## **7. Pruebas Estadísticas**

Luego de aplicada la encuesta, se organizaron los resultados obtenidos en tablas de distribución de frecuencias y de asociación, confeccionándose gráficos circulares, de puntos y de barras. El análisis estadístico fue realizado mediante el programa Excel 2007, Minitab 14, y SPSS 15.0, lo que nos permitió observar la asociación entre las distintas variables y su relación con BO. Con todo lo anterior se puede determinar el patrón sociodemográfico que denota la mayor tendencia a tener este Síndrome.

## **8. Materiales**

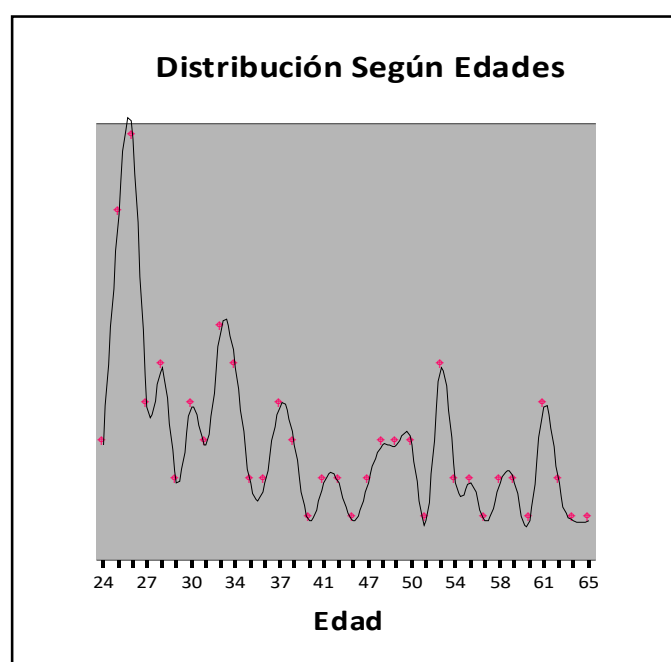
Para la realización de este estudio se utilizaron: 250 cuestionarios cada uno consistente de tres hojas, 250 sobres tamaño americano para introducir las encuestas, lápices pasta, corchetera, corchetes, una carpeta grande, un cuaderno de notas, un computador.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

Datos obtenidos desde la encuesta “Burnout en Odontología”  
presentados en gráficos y tablas.

GRÁFICO N° 1: Distribución de la población encuestada según edad.



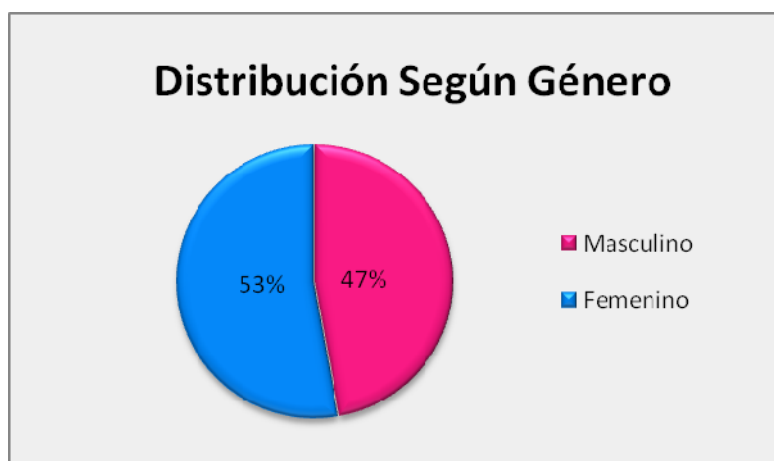
En el gráfico se puede observar que los sujetos de la muestra estudiada se distribuyen mayormente entre los 24 y 29 años de edad.

TABLA VIII

Edad promedio de hombres y mujeres de la muestra encuestada.

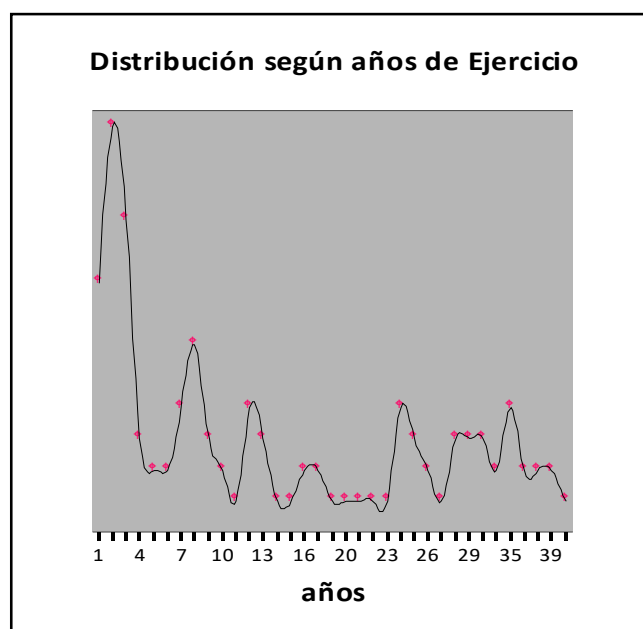
Género	Edad
Hombres	42,6
Mujeres	35,8
<b>Total</b>	<b>38,8</b>

GRAFICO N°2: Distribución según género.



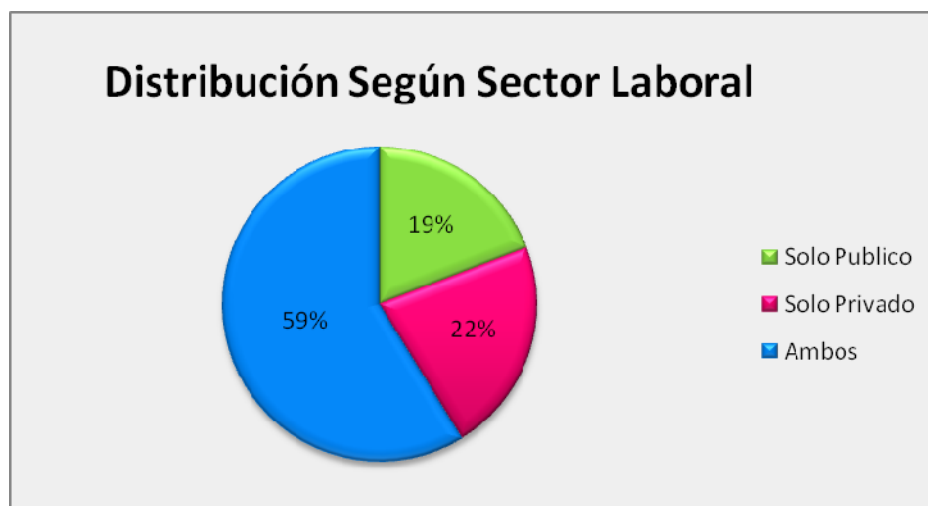
Si observamos la distribución de la muestra según sexo podemos ver que existe levemente una mayor tendencia de mujeres respecto a los hombres

GRÁFICO N° 3: Años de ejercicio profesional.



Los profesionales encuestados tenían como promedio 14,3 años de ejercicio profesional, distribuyéndose mayormente en los primeros 10 años de trabajo.

GRÁFICO N° 4: distribución según sector de desempeño laboral.



A su vez, los profesionales se distribuían según sector de desempeño laboral, en público, privado y ambos, siendo este último el de mayor porcentaje.

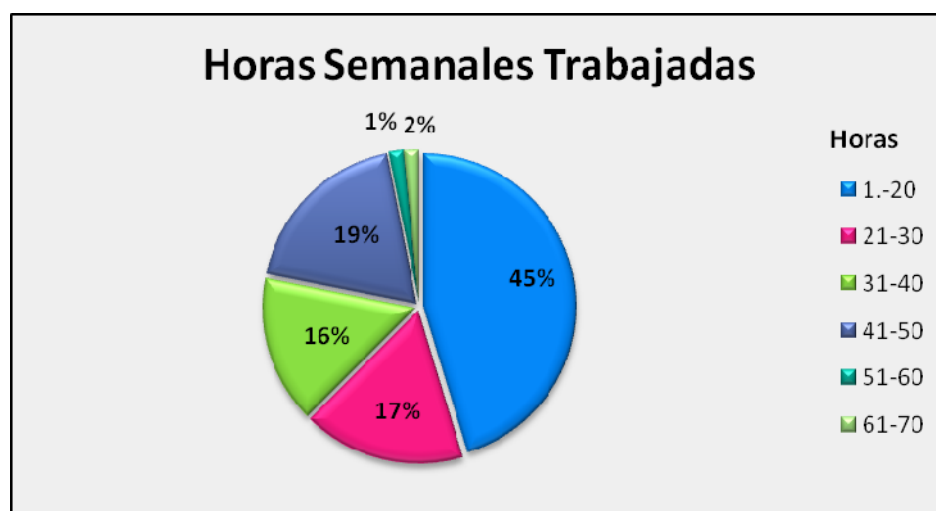
TABLA IX

Promedio de horas semanales trabajadas según sector.

<b>PROMEDIO HORAS TRABAJADAS</b>		
Privado	Publico	Total
19,05	26,66	45,71

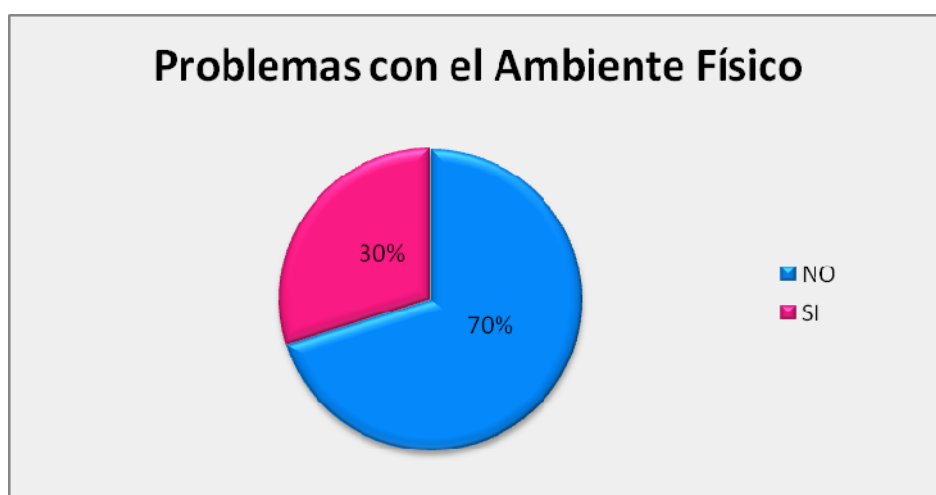
En la tabla podemos observar que existe un promedio levemente mayor de horas trabajadas en el sector público respecto del sector privado.

GRÁFICO N° 5: Horas trabajadas a la semana



Según el total de horas trabajadas, el mayor porcentaje de los encuestados trabajaba entre 1 y 20 horas a la semana

GRÁFICO N°6: Problemas con el ambiente físico de trabajo



A su vez un alto porcentaje de los encuestados relataba no tener problemas con su ambiente físico de trabajo.

GRÁFICO N° 7: Satisfacción de los encuestados respecto a su grupo de trabajo.



En el gráfico podemos apreciar que un gran porcentaje de los encuestados relataba estar satisfecho con su grupo laboral

a) Resultados del análisis con el criterio de la suma:

- **Objetivo General**

Determinar la prevalencia del Síndrome del Burnout en Odontólogos del sector privado y público (nivel primario) de Valparaíso y Viña del Mar.

TABLA X

Prevalencia BO en la muestra estudiada según niveles.

<b>Nivel de BO</b>	<b>Cantidad de odontólogos</b>	<b>Porcentaje de Odontólogos</b>
<b>Alto</b>	2	0,96%
<b>Medio</b>	48	23,07%
<b>Bajo</b>	158	75,96%
<b>Total</b>	208	100,00%

En la Tabla X podemos observar que nuestro estudio arrojó una prevalencia del síndrome de un 24,03 % tomando en cuenta los niveles alto y medio.

- **Objetivo 1:** Determinar tendencia a padecer BO según cantidad de horas trabajadas en sector público respecto al sector privado.

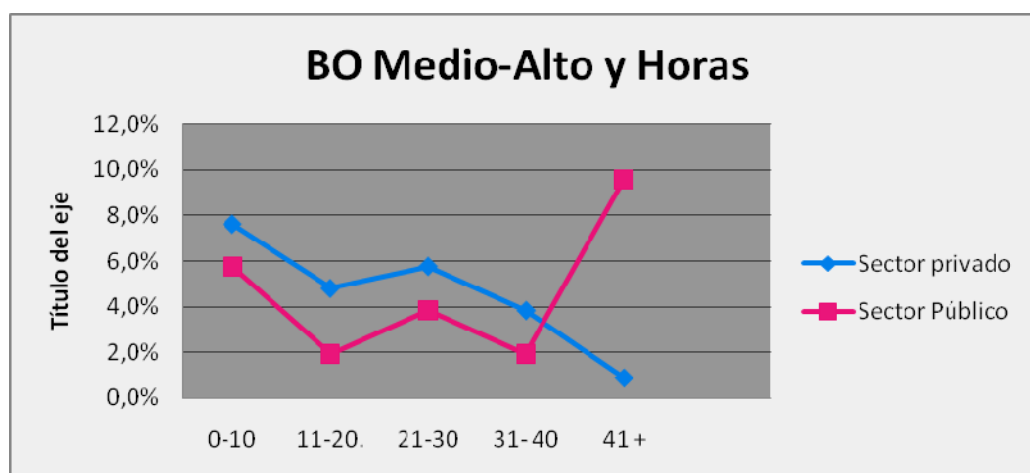
TABLA XI

Prevalencia de BO Con nivel Medio-Alto según cantidad de horas trabajadas por sector.

Nivel Medio-Alto de BO				
Horas	Sector Público	Sector Público	Sector privado	Sector Privado
0-10	14	5,8%	16	7,6%
11-20	4	1,9%	10	4,8%
21-30	8	3,8%	12	5,8%
31- 40	6	2,9%	10	3,8%
41 +	20	9,6%	2	0,96
<b>Total</b>	50		50	23,07%

La siguiente tabla nos indica que existe un 23,07% de la población que padece BO medio-alto. Además se observa que hay levemente una mayor cantidad de encuestados del sector privado que padecen de BO medio-alto, especialmente distribuidos en los rangos mas inferiores.

GRÁFICO N° 8: Distribución de individuos con BO Medio-Alto según horas en cada sector.



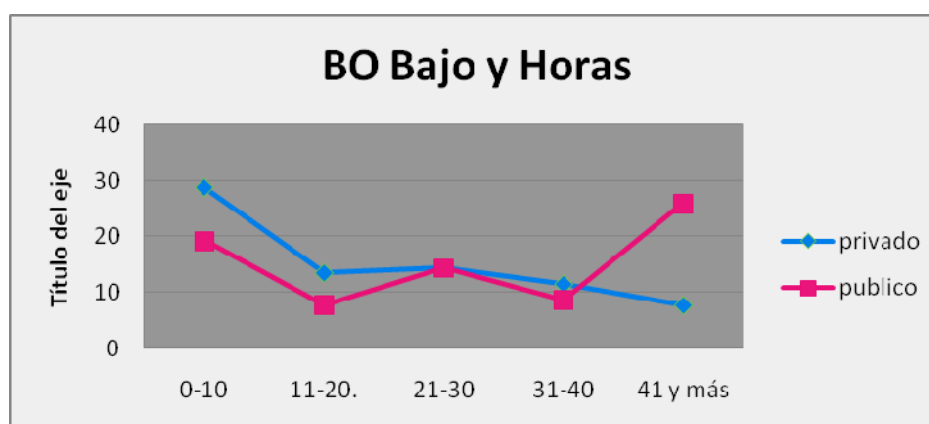
En el gráfico podemos inferir que la relación de burnout según rango de horas se invierte al aumentar las 40 horas en el sector público.

TABLA XII

Prevalencia de BO Con nivel Bajo según cantidad de horas trabajadas por sector.

Nivel Bajo de BO				
Horas	Sector Público	% Público	Sector privado	% Privado
<b>0-10</b>	40	19,2%	60	28,8%
<b>11-20</b>	16	7,7%	28	13,5%
<b>21-30</b>	30	14,4%	30	14,4%
<b>31-40</b>	18	8,7%	24	11,5%
<b>41 +</b>	54	26,0%	16	7,7%

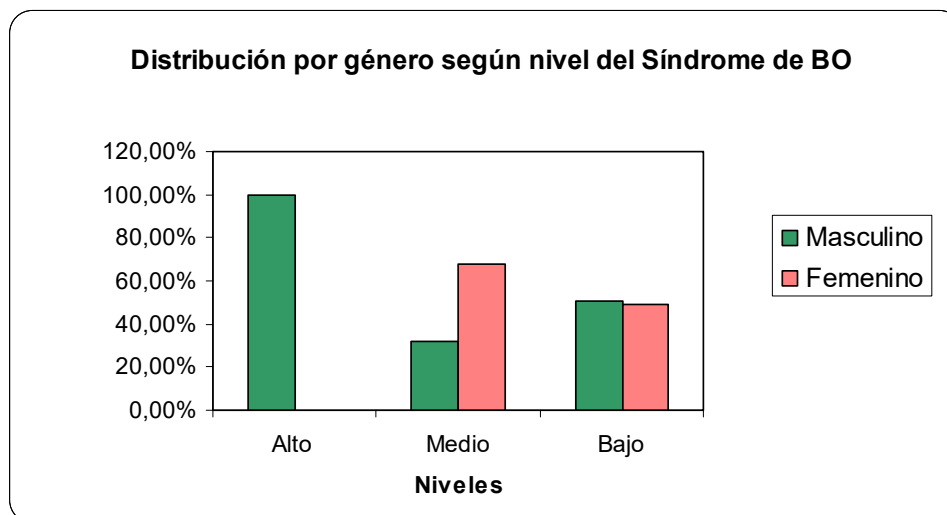
GRÁFICO N° 9: Distribución de individuos con BO bajo según horas de trabajo por sector.



Se observa una diferencia en el sector privado con respecto del público, en la tendencia de padecer de nivel bajo de BO. En el sector privado los porcentajes son más altos que en el público con pocas horas de trabajo, lo cual se revierte al aumentar las horas de trabajo en el sector público.

- **Objetivo 2:** Determinar qué género es más propenso a sufrir del BO.

GRÁFICO N° 10: Distribución por género según nivel de BO.



Se aprecia que la totalidad de los considerados con nivel alto de BO son hombres, a su vez, en el nivel medio el género femenino posee un porcentaje mucho más alto que el de los varones, con una tendencia a equilibrarse entre ambos sexos en el nivel bajo del síndrome. Nuestros resultados son similares a los encontrados en un estudio de Mathias & cols. (2008), en donde las profesionales odontólogas de sexo femenino tenían una mayor tendencia de BO respecto a los hombres.

- **Objetivo 3:** Determinar que grupos etarios son más proclives a sufrir del síndrome del BO.

TABLA XIII

Edad y BO.

Edad	Niveles de BO		Total	Niveles de BO en %	
	Medio-Alto	Bajo		Medio-Alto	Bajo
<b>20-29</b>	20	50	78	9,6%	24%
<b>30-39</b>	8	52	60	3,8%	25%
<b>40-49</b>	10	20	30	4,8%	9,6%
<b>50-59</b>	6	22	28	2,9%	10,6%
<b>60-69</b>	6	14	20	2,9%	6,7

En la tabla observamos un mayor nivel de burnout en los encuestados entre 20 y 29 años y secundariamente en los mayores de 50 años.

Esta tendencia puede deberse a las diferentes fases que ocurren durante la carrera del odontólogo, ya sea comenzar una vida familiar y asumir responsabilidades, como es el caso de los primeros años, o enfrentarse a nuevas tecnologías y líneas de conocimiento que, en el caso de los Odontólogos mayores, puede ser estresante e incómodo (Kirsi et al., 2008).

De esta manera, al ser una carrera cíclica, observamos que en todos los rangos de edades existen encuestados con el síndrome.

- **Objetivo 4:** Determinar la influencia de los años de ejercicio profesional en el progreso del BO.

TABLA XIV:

Años de Ejercicio y BO

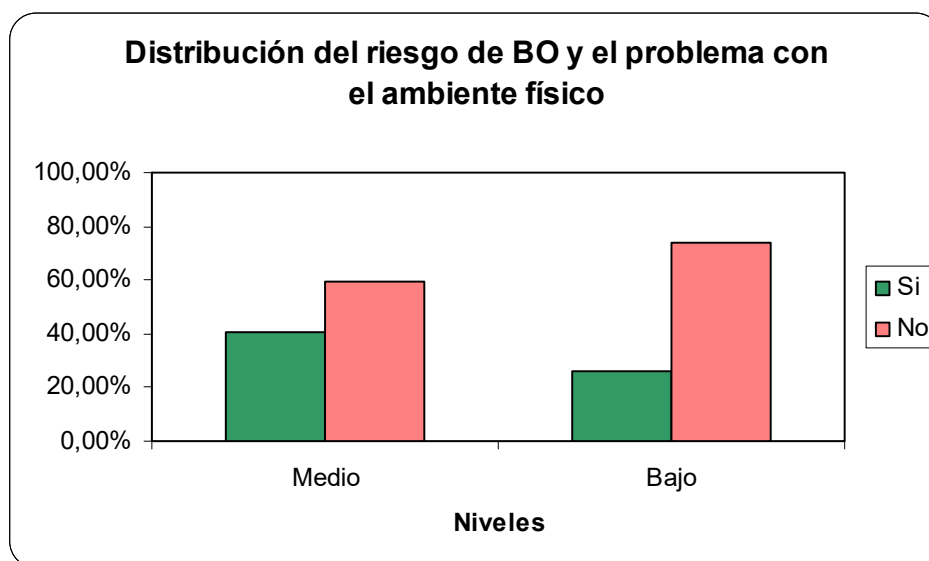
Años de Ejercicio profesional	Niveles de Burnout			
	Bajo	Bajo	M-A	Medio
0-10	84	40,3%	22	10,6%
11-20	24	11,5%	8	3,8%
21-30	38	18,2%	6	2,9%
31-41	18	8,6%	8	3,8%

En la tabla Se observa una mayor prevalencia de BO en los primeros diez años de ejercicio profesional, seguido por los profesionales que llevan más de 30 años en ejercicio. Esto se explica debido al desgaste y acumulación que producen tantos años de trabajo, y en el caso de los más jóvenes, a una serie de nuevas experiencias y expectativas que no se cumplen. (Kirsi et al., 2008)

- **Objetivo 5:** Determinar la frecuencia de los factores del síndrome de Burnout: DP, CE, RP. (Igual que criterio 2).

- **Objetivo 6:** Determinar si existe relación entre el riesgo de BO y problemas con el ambiente físico.

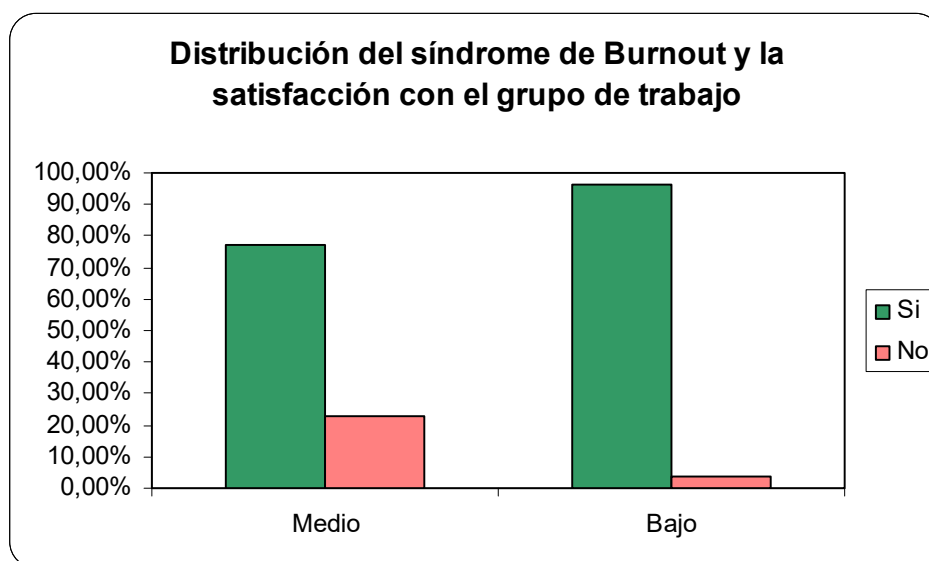
GRÁFICO N° 11: BO y problemas con el ambiente físico



Se observa que de los pacientes que presentan BO, menos de la mitad relata tener algún tipo de problemas con su ambiente físico, por otro lado los pacientes que no presentan el síndrome, casi en su totalidad no relatan problemas con el ambiente físico.

- **Objetivo 7:** Determinar si existe relación entre el síndrome de BO y la satisfacción con el grupo de trabajo.

GRÁFICO N° 12: Distribución del síndrome y satisfacción laboral.

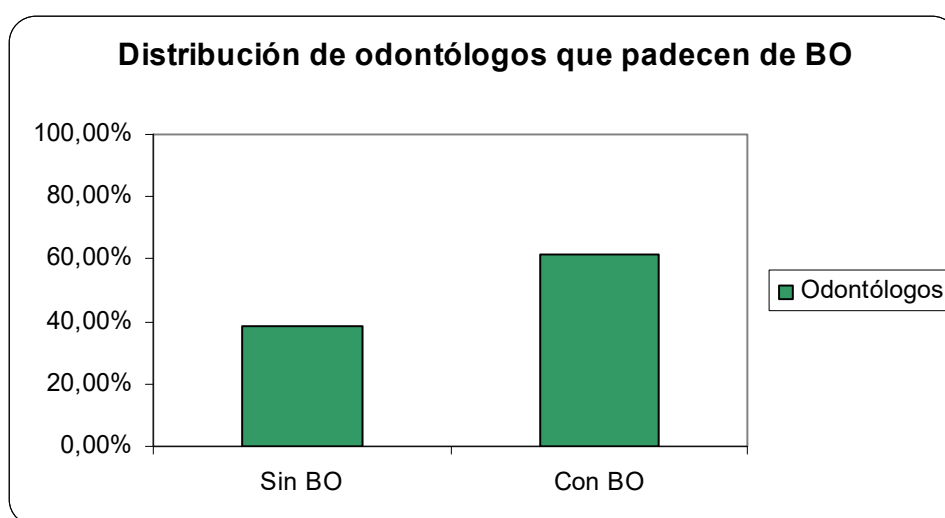


Se observa que de los pacientes que presentan BO, tan solo un 20% aproximado, describe tener algún tipo de problemas con su grupo de trabajo. Por otro lado, los pacientes que no presentan BO, casi en su totalidad no relatan problemas con el grupo, lo que nos demuestra que no es una variable de gran significancia.

b) Resultados del análisis con el Criterio de las ponderaciones:

Prevalencia del Síndrome del Burnout en Odontólogos del sector privado y público (atención primaria) de Valparaíso y Viña del Mar.

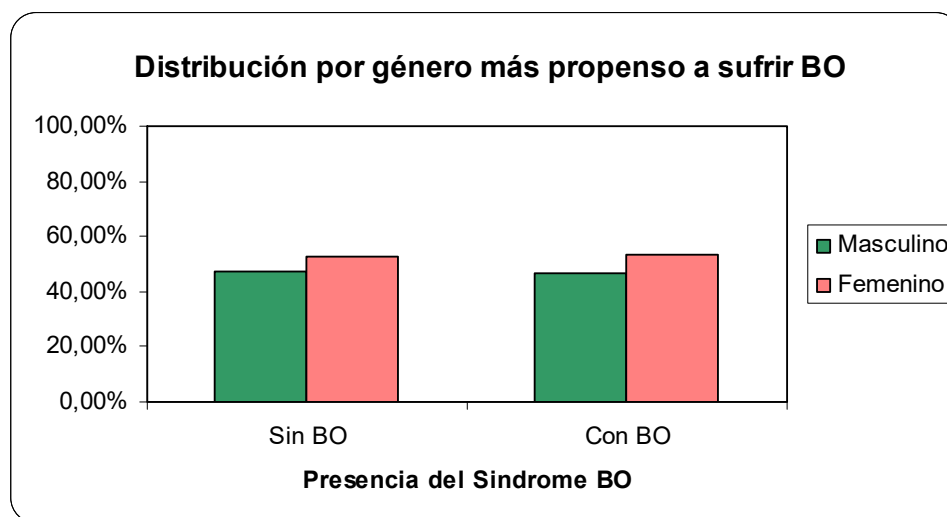
GRÁFICO N° 13: Prevalencia de BO.



Este criterio nos muestra que más del 50% de los encuestados padecen de Burnout, prevalencia similar a la encontrada por Deckard, Meterko y Field (1994) observado en la Tabla II.

- **Objetivo 2:** Determinar qué género es más propenso a sufrir del BO.

GRÁFICO N° 14: BO y Género



Observamos que el género femenino es levemente más propenso a sufrir del síndrome, con un 53,13%. Siendo una diferencia poco significativa. Lo cual es similar a lo encontrado en el primer criterio.

Para la afirmación: no existe influencia del género en la tendencia de padecer el síndrome de Burnout, se aplicó una *prueba de homogeneidad* a través del “test de comparación de dos proporciones”, así probamos la aseveración de que poblaciones diferentes tienen las mismas proporciones de la característica de padecer de BO.

$H_0$  = No existe influencia del género en la tendencia a padecer síndrome de BO .

$H_1$  = Existe influencia.

P-valor test Comparación de dos proporciones = 0,950

Existe evidencia para rechazar la teoría que algún sexo es más propenso a desarrollar el síndrome, por tanto la aseveración no es estadísticamente significativa.

- **Objetivo 3:** Determinar que grupos etarios son más proclives a sufrir del síndrome del BO.

GRÁFICO N° 15: Hombres con BO por edad.

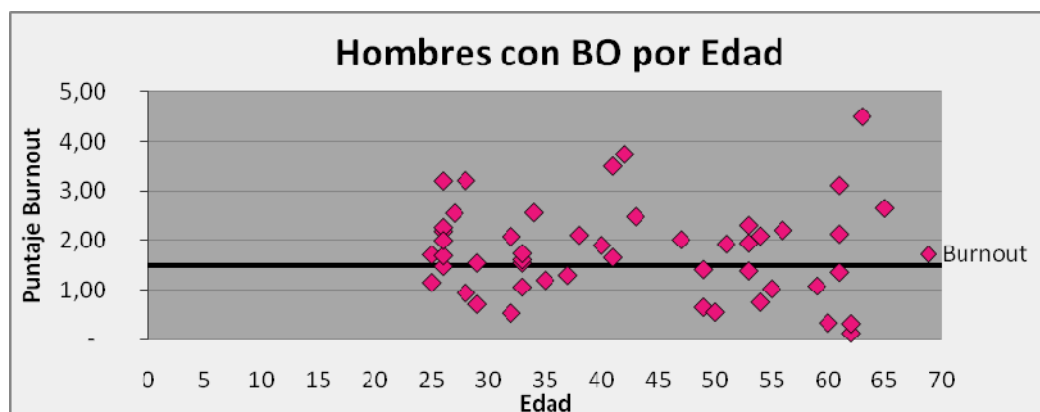
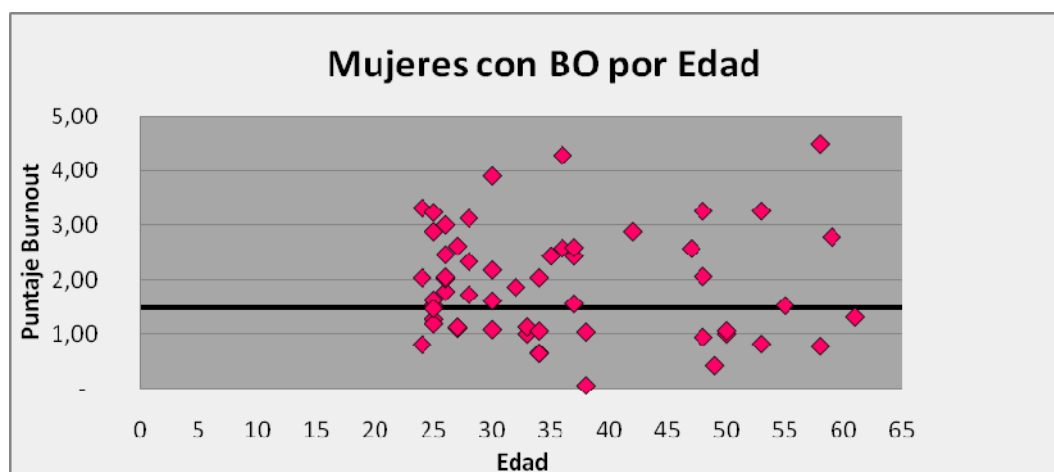


GRÁFICO N° 16: Mujeres con BO por edad



En los gráficos previos observamos claramente los mayores casos de BO se encuentran entre las edades de los 20 a los 29 años tanto en hombres como mujeres.

Para la hipótesis de que no existe diferencia entre grupos etarios en sufrir del síndrome del Burnout, se aplicó una *prueba de homogeneidad* a través del “Test Chi cuadrado”, así probamos la aseveración de que poblaciones diferentes tienen las mismas proporciones de la característica de padecer de BO.

$H_0$  = No existen diferencias en los grupos etarios que son más proclives a sufrir del síndrome del BO.

$H_1$  = Existen diferencias.

P-Value test Chi cuadrado = 0,408

Dado que la aseveración: No existen diferencias entre grupos etarios y presencia de síndrome de Burnout, podemos decir que existe evidencia significativa para aceptar la hipótesis de que no existe diferencias grupos etarios en sufrir del síndrome del Burnout.

- **Objetivo 4:** Determinar la influencia de los años de ejercicio profesional en el progreso del BO.

GRÁFICO N° 17: Hombres con BO según Años de Ejercicio Profesional

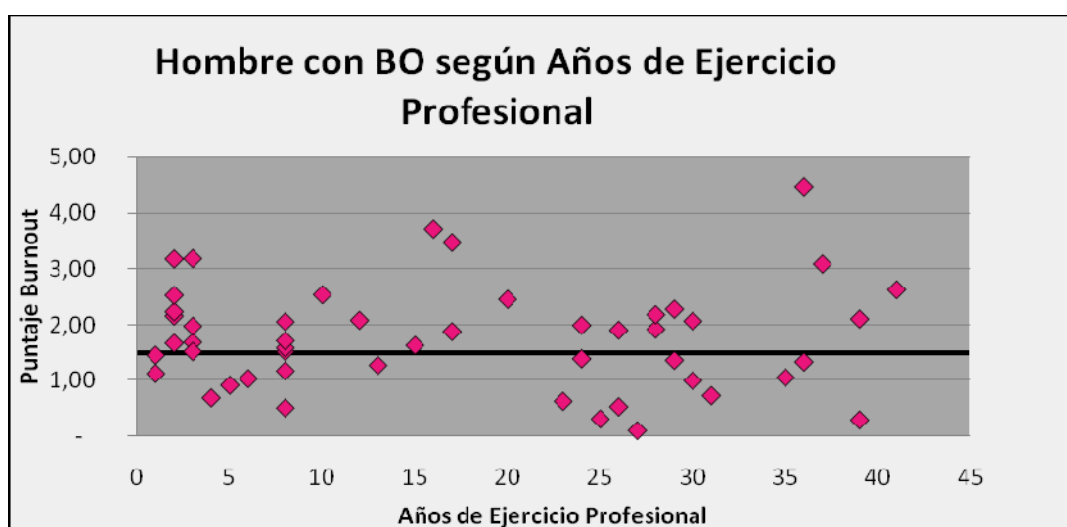
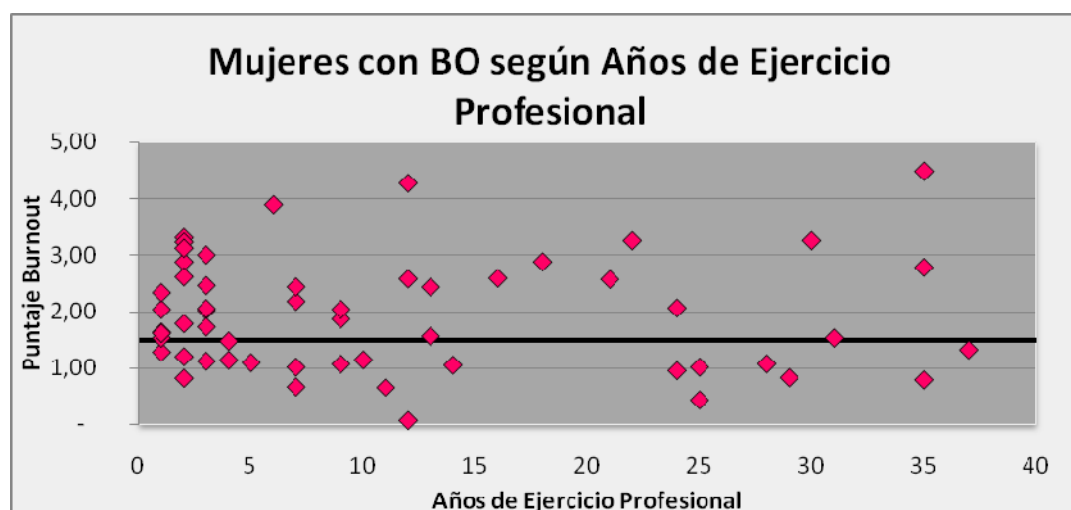


GRÁFICO N° 18: Mujeres con BO según años de Ejercicio Profesional.



En los gráficos anteriores, se observa que, tanto para mujeres como para hombres, en los primeros años de ejercicio profesional, los individuos padecen mucho más del síndrome de Burnout que en los últimos años.

Para la hipótesis de que no existe diferencia en los años de ejercicio profesional en el progreso del síndrome del Burnout, se aplicó una *prueba de homogeneidad* a través del “test Chi cuadrado”, así probamos la aseveración de que poblaciones diferentes tienen las mismas proporciones de la característica de padecer de BO.

Luego tenemos:

$H_0$  = No existen diferencias en la influencia de los años de ejercicio profesional en el progreso del BO.

$H_1$  = Existen diferencias.

P-Value test Chi cuadrado = 0,221

Dado que la probabilidad de que no existen diferencias en los años de ejercicio profesional en el progreso del síndrome del Burnout, es considerable, existe evidencia significativa para no rechazar la hipótesis de que no existe diferencias en los años de ejercicio profesional en el progreso del síndrome del Burnout.

- **Objetivo 5:** Determinar la frecuencia de los factores del síndrome de Burnout: DP, CE, RP.

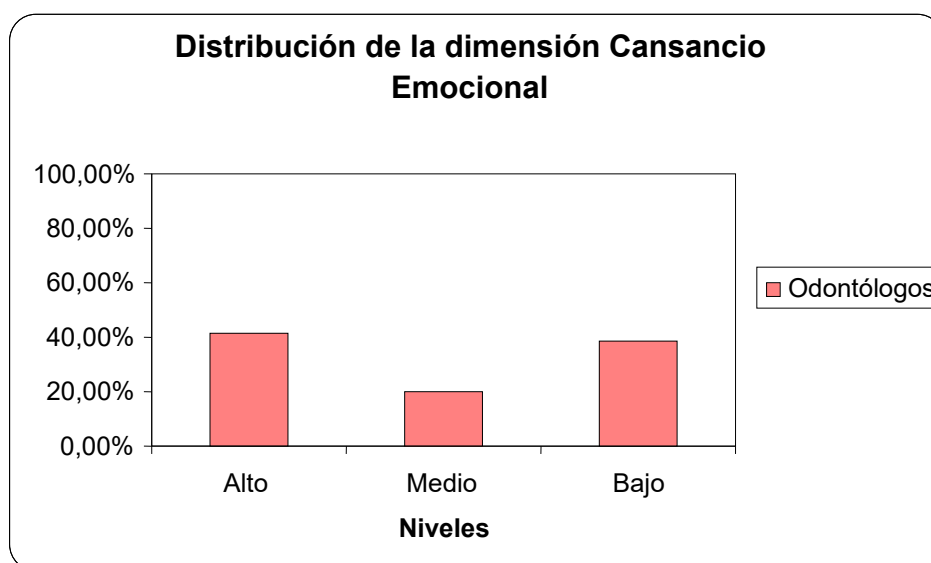
### Cansancio Emocional

Tabla XV

Cansancio Emocional.

Nivel de Cansancio Emocional	Cantidad de odontólogos	Odontólogos
Alto	86	41,35%
Medio	44	20,19%
Bajo	80	38,46%
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100,00%</b>

GRÁFICO N° 19: Distribución de Cansancio Emocional.



Se presenta con un porcentaje del 43%, un nivel alto de cansancio emocional. Luego con un 40% un nivel bajo de la dimensión cansancio emocional.

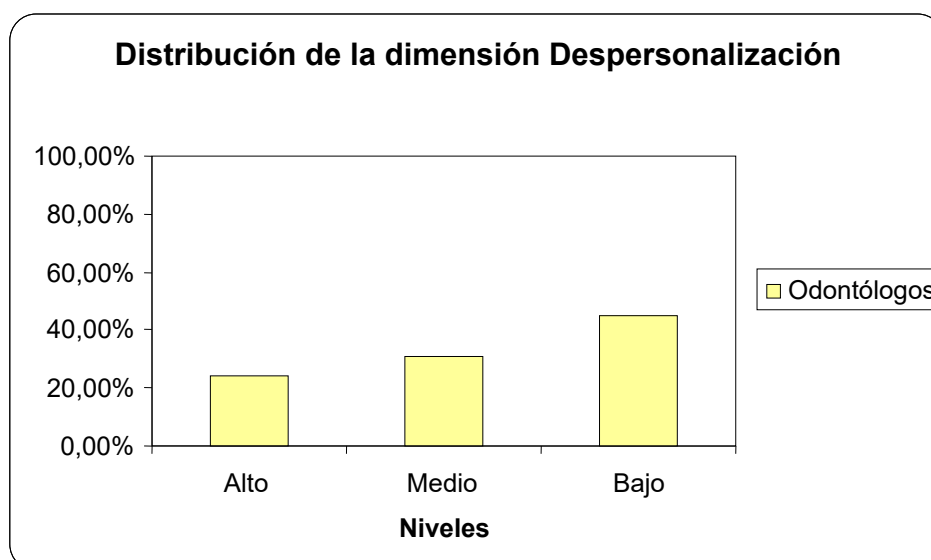
## Despersonalización

TABLA XVI

Dimensión de despersonalización.

Nivel de Despersonalización	Cantidad de odontólogos	Odontólogos
Alto	50	24,04%
Medio	64	30,77%
Bajo	94	45,19%
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100,00%</b>

GRÁFICO N° 20: Distribución de despersonalización.



En su mayoría los individuos presentan un nivel bajo de la dimensión Despersonalización, esta con un 45,19 %.

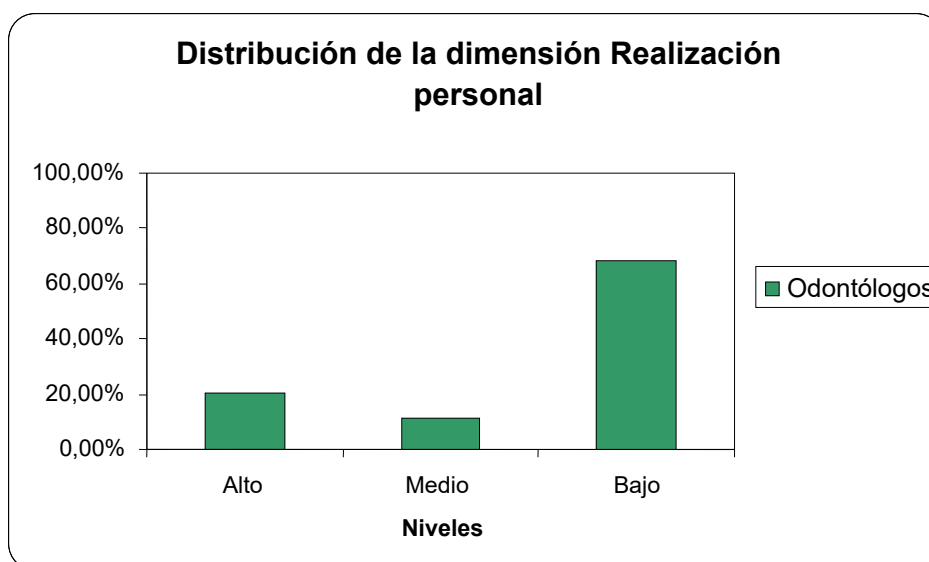
## Realización Personal

Tabla XVII

### Dimensión de Realización Personal

Nivel de Realización Personal	Cantidad de odontólogos	Odontólogos
Alto	42	20,19%
Medio	24	11,54%
Bajo	142	68,27%
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100,00%</b>

GRAFICO N° 21: Distribución de Realización Personal.



Al igual que en la dimensión anterior en su mayoría los individuos presentan un nivel bajo de la categoría de Realización Personal, esta con un 68,27 %.

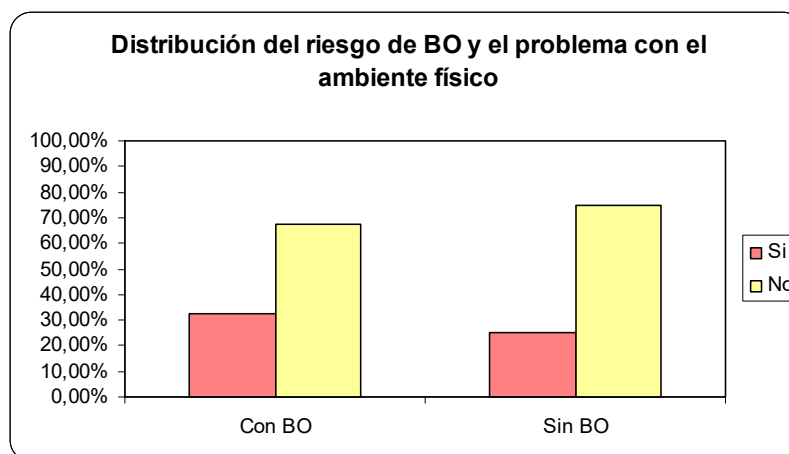
- **Objetivo 6:** Determinar si existe relación entre el riesgo de BO y problemas con el ambiente físico.

TABLA XVIII

BO y problemas con el ambiente físico

Problemas con el medio ambiente físico	Síndrome Burnout				
	Con BO	Sin BO	Total	Con BO	Sin BO
Si	42	20	62	32,81%	25,00%
No	86	60	146	67,19%	75,00%
Totales	128	80	208	100,00%	100,00%

GRÁFICO N° 22: Burnout y ambiente físico.



Del total de los encuestados, un 70,19% relata no tener problemas con el ambiente físico, por otro lado, de los odontólogos que presentan el síndrome, un 32,81 % tienen problemas con su ambiente físico. Del total de los encuestados un 20% coincide tanto en padecer el síndrome, y relatar problemas con el ambiente. Vemos que los individuos que poseen del síndrome de

Burnout no tienen problemas con el medio ambiente físico. Lo mismo sucede con los que no padecen de BO.

Para la hipótesis de que no existe asociación entre el riesgo de BO y problemas con el ambiente físico, se aplicó una *prueba de independencia* a través del “test Chi cuadrado”, así probamos la aseveración de que las variables medidas son independientes.

Luego tenemos:

$H_0$  = No existen asociación entre el riesgo de BO y problemas con el ambiente físico.

$H_1$  = Existe asociación.

P-Value test Chi cuadrado = 0,397

Dado que la probabilidad de que no existe asociación entre el riesgo de BO y problemas con el medio ambiente físico, es considerable, existe evidencia significativa para no rechazar la hipótesis de que no existe asociación entre el riesgo de BO y problemas con el ambiente físico.

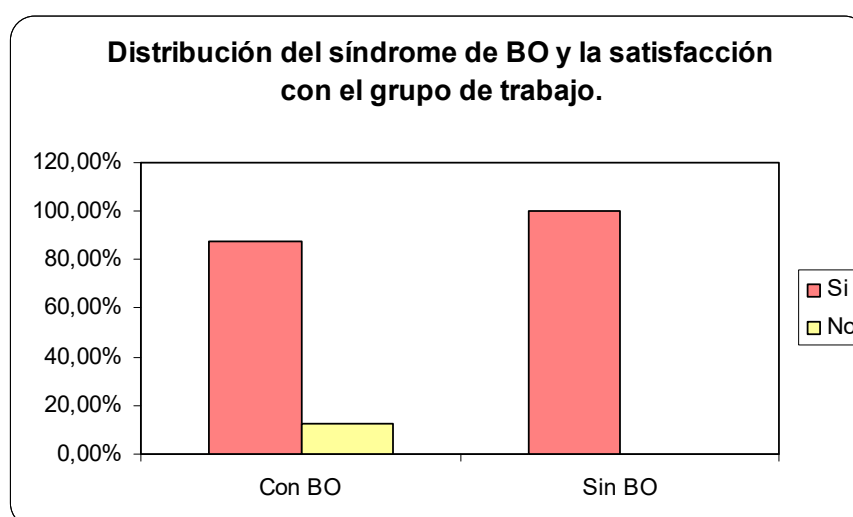
**Objetivo 7:** Determinar si existe relación entre el síndrome de BO y la satisfacción con el grupo de trabajo.

TABLA XIX

BO y satisfacción con el grupo de trabajo.

Satisfacción en el grupo de trabajo	Síndrome de Burnout			
	Con BO	Sin BO	Con BO %	Sin BO %
Si	112	80	53,84%	46,15%
No	16	0	7,69%	0,00%
Totales	128	80	61,53%	38,46%

GRÁFICO 23: Análisis del BO y satisfacción con el grupo de trabajo.



Vemos que de las personas que padecen de Burnout el 87,5 % se siente satisfecho en su grupo de trabajo. Con respecto a los que no poseen del síndrome de Burnout el 100% de ellos se encuentran satisfechos dentro de su grupo de trabajo.

Para la hipótesis de que no existe asociación entre el síndrome de BO y la satisfacción con el grupo de trabajo, se aplicó una *prueba de independencia* a través del “test chi cuadrado”, así probamos la aseveración de que las variables medidas son independientes.

Luego tenemos:

$H_0$  = No hay asociación entre el síndrome de BO y la satisfacción con el grupo de trabajo.

$H_1$  = Existe asociación.

P-Value test Chi cuadrado = 0,020

La probabilidad de que exista asociación entre el síndrome de BO y la satisfacción con el grupo de trabajo es despreciable; dado que se encontró evidencia significativa para rechazar la hipótesis de que hay asociación entre el síndrome de BO y la satisfacción con el grupo de trabajo.

## CAPITULO V

### DISCUSIONES

Para analizar los resultados del MBI, que mide la presencia del síndrome de BO, se utilizaron dos criterios, el de la suma, y de las ponderaciones, con la idea de observar en ambos los resultados obtenidos.

- Utilizando el primer criterio, se observó que la prevalencia del síndrome en la muestra estudiada es de un 22% aproximado, porcentaje similar al encontrado en el estudio de Gil-Monte y Peiró (2000) el cual era de un 24,4%.
- Con el segundo criterio, en la muestra estudiada se obtuvo una prevalencia aproximada del 60 %.

Podemos observar que existe una gran diferencia de prevalencias entre uno y otro criterio, lo cual también puede observarse en la literatura (Marucco, Gil-Monte, 2008). A pesar de esto, vemos que son porcentajes considerables, por lo que no cabe duda que la población de odontólogos en las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar de la muestra estudiada, se encuentra afectada por el síndrome de BO.

Con respecto a la influencia de la cantidad de horas trabajadas por sector, en la presencia de BO, se nota una tendencia a padecer de BO al aumentar las horas de trabajo en el sector público. Se aprecia principalmente sobre las 40 horas donde está casi el 50% de los afectados por el síndrome. Por el contrario, en el sector privado es mayor la incidencia de BO con pocas horas de trabajo.

Esto se puede explicar porque las condiciones de trabajo en el sector público no son tan buenas como en el privado, ya que carecen de tantos recursos. Hay que tener en cuenta que en los consultorios hay un gran flujo de pacientes, donde hay que optimizar los recursos materiales y físicos, y si a eso se suma pacientes exigentes y poco cooperadores, se transforma en un ambiente agotador donde fácilmente se puede caer en cuadros de stress. A esto se le puede sumar que la paga no es de las mejores, por lo que el profesional frente a todas las dificultades para trabajar bien, no se siente motivado, ni suficientemente recompensado por su esfuerzo y trabajo.

Por contraparte, en la consulta privada, se asume que se trabaja en mejores condiciones, con más tiempo para atender como corresponde los diferentes problemas de los pacientes, logrando establecer una adecuada relación profesional-paciente que simplifica el servicio entregado por el odontólogo, siendo más grato para ambos. Además se obtiene una mayor recompensa económica, lo cual es bastante estimulante para el profesional.

En nuestro estudio se encontró que las mujeres tenían levemente mayor tendencia a padecer de BO, la cual no es estadísticamente significativa para sustentar la afirmación que uno u otro género es más propenso a sufrir del BO.

Observamos que la mayoría de los casos de BO se encuentran entre las edades de los 20 a los 29 años, con 48 Odontólogos con el síndrome, y secundariamente en los mayores de 50. Esta tendencia puede deberse a las diferentes fases que ocurren durante la carrera del odontólogo, ya sea comenzar una vida familiar y asumir responsabilidades, como es el caso de los primeros años, o enfrentarse a nuevas tecnologías y líneas de conocimiento que, en el caso de los Odontólogos mayores, puede ser estresante e incómodo (Kirsi et al., 2008).

En relación a los años de ejercicio profesional y tendencia a padecer BO, nuestro estudio encontró una leve propensión, aunque no significativa, a desarrollar el síndrome durante los primeros años de ejercicio profesional y también durante los últimos años.

Esto se puede explicar porque el profesional joven al titularse sale con muchas expectativas profesionales y económicas, que al salir al mundo laboral no se cumplen. Esto lleva a estos odontólogos jóvenes a trabajar en exceso, muchas horas a la semana para poder obtener más ingresos. Esto termina agotando al dentista y sintiendo que no es lo que esperaba, traduciéndose en un stress laboral y en un desarrollo del síndrome a corta edad.

Al analizar por separado los distintos factores del síndrome, en nuestro estudio se observó la presencia de un grado alto de cansancio emocional, acompañado de bajos niveles de despersonalización, y a su vez una realización personal disminuida. Lo que nos indica que a pesar de existir alta prevalencia del síndrome entre odontólogos, no se cumplen todos los parámetros del mismo (presencia de alta despersonalización).

En lo referente a la influencia del ambiente físico de trabajo, en el desarrollo del síndrome, la mayoría de los encuestados relató no tener problemas con éste. Por lo que en nuestro estudio, no se encontró relación estadísticamente significativa.

En el presente estudio no pudimos encontrar evidencia significativa que relacionara la presencia de síndrome de BO e insatisfacción del odontólogo con su grupo de trabajo, ya que la gran mayoría, con y sin BO, relató sentirse satisfecho con éste.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES

- La prevalencia Obtenida mediante la aplicación del MBI en la muestra estudiada, varió según la utilización de uno u otro criterio. Sin embargo se concluye que entre la población de odontólogos encuestados, el burnout es un problema de salud a considerar, encontrándose presente en diversos grados, afectando tanto física como psicológicamente a los Odontólogos de la zona.
- También nuestro estudio arrojó que a mayor horas de trabajo en el sector público, mayor BO.
- De nuestro estudio se puede concluir que las mujeres se encuentran levemente más afectadas que los hombres por el BO.
- Pudimos también observar que los profesionales afectados por esta enfermedad se encontraban en su mayoría en el rango entre 20 y 29 años de edad, y de forma secundaria, sobre los 50 años.
- En relación a los años de ejercicio profesional, principalmente en los primeros y últimos años de trabajo es cuando se aprecian los mayores porcentajes de odontólogos afectados por BO.
- Dentro del síndrome de Burnout hay 3 factores: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal.
- Al analizar a los profesionales que padecen el BO, se aprecia que principalmente los factores más presentes y que determinan la enfermedad son un alto grado de Cansancio emocional y la baja Realización personal, y no se aprecia como una constante la alta despersonalización. Este último es el factor menos presente en los enfermos de BO.
- Dentro de las variables presentes en nuestro estudio, la satisfacción personal con el grupo laboral y el ambiente físico de trabajo, resultaron no ser factores importantes para desarrollar el síndrome, ya que la mayoría de los encuestados se encontraba a gusto con ambas.

## SUGERENCIAS

En el presente estudio encontramos ciertas limitaciones, las cuales deben ser tomadas y sopesadas en caso de realizar un estudio de este tipo, por lo que a continuación detallamos algunas sugerencias:

- En primer lugar, se debe tener en cuenta la dificultad para realizar las encuestas, por lo que en un estudio futuro se puede considerar utilizar herramientas como internet para enviar encuestas vía E-mail, de esta forma mejorar la tasa de respuesta y disminuir el tiempo de recogida de datos.
- De la misma manera pueden existir ciertos sesgos en la toma de datos ya que muchas veces las personas por falta de tiempo o desinterés, no contestan a cabalidad la encuesta produciéndose resultados alterados.
- Debido al reciente auge de este síndrome, existe cierta escasez de información al respecto en nuestro país, en especial respecto a odontólogos.
- La existencia de distintos criterios de análisis del MBI puede inducir en errores y diferentes resultados, entre ellos variación en la prevalencia o tendencias demográficas que varían de sobremanera entre estudios. Por lo que sería importante realizar un estudio que evaluara cuál de todos los criterios a utilizar es el más adecuado.
- Cabe destacar que el BO es un síndrome complejo, aunque el MBI es útil en su detección, es necesario confirmar el diagnóstico con un análisis exhaustivo por parte de un psicólogo que evalúe sus componentes en conjunto, englobando los síntomas físicos, psicológicos, y actitudes en la vida diaria.
- A pesar que es importante detectar que profesionales padecen de BO, es crítico que en las diversas empresas y sectores laborales, existan estrategias de prevención.
- En el presente estudio se intentó medir factores demográficos que se consideraron como importantes, sin embargo aún existe una diversidad de ellos que no se consideraron y que puedan tener relevancia en el desarrollo y evolución del síndrome.
- Es importante recalcar, que para una próxima investigación se incluyese como parte de la muestra de la investigación los Hospitales, tanto públicos como privados, ya que en ellos se encuentran realidades de trabajo diferentes a la de los consultorios, existiendo un ambiente bastante estresante para los profesionales que trabajan en ellos.

## CAPITULO VII

### RESUMEN

Desde 1974 se ha venido investigando un nuevo fenómeno que afecta a profesionales que ejercen sus labores en una relación de ayuda o servicio hacia terceras personas, entre los que se cuentan los profesionales Odontólogos. Este fenómeno se conoce como síndrome de Burnout, enfermedad que se ha transformado en un problema creciente, que abarca alteraciones físicas, somáticas y psicológicas, pudiendo llevar a depresión, siendo causa de ausentismo laboral recurrente y baja drástica en la calidad de su atención, siendo incluso reconocido como accidente laboral, causante de millonarias pérdidas para el estado.

Se realiza un estudio de tipo cuantitativo descriptivo donde se busca saber la prevalencia del síndrome en los odontólogos que trabajan en el sector privado y público (atención primaria), de Viña del Mar y Valparaíso. La muestra estuvo compuesta por 204 profesionales encuestados. El instrumento fue el Maslach Burnout Inventory y una encuesta de elaboración propia, la primera es una encuesta que a través de una serie de preguntas detecta la presencia del síndrome; la segunda encuesta, fue elaborada por nosotros para poder relacionar la presencia de la enfermedad con una serie de variables como edad, sexo, horas trabajadas, etc. Es importante recalcar que las encuestas son autoadministradas y anónimas, y en su encabezado llevan una cláusula de confidencialidad y consentimiento informado.

El análisis descriptivo arrojó porcentajes de 24,4% y 60% de profesionales afectados por el síndrome, según se use uno u otro criterio para analizar las encuestas.

Nuestro estudio arrojó una mayor tendencia a padecer de BO al aumentar las horas de trabajo en el sector público, y en las mujeres. Al igual que aumenta la probabilidad de padecer Burnout en los primeros y últimos años de profesión, de igual manera en los profesionales entre 20 y 29 años de edad. En lo referente a la influencia del ambiente físico de trabajo y la satisfacción del odontólogo con su grupo de trabajo, en el desarrollo del síndrome, no se encontró que tuviese una significancia relevante.

Se puede concluir que hay un gran porcentaje de profesionales padeciendo el síndrome en Viña y Valparaíso, lo cual no es un tema menor y es necesario generar medidas y programas orientados hacia la prevención en salud para estos profesionales, como cursos sobre técnicas de relajación y autocontrol emocional.

## CAPITULO VIII

### BIBLIOGRAFÍA

- Alemany-Martínez, A., Berini-Aytés, L., Gay-Escoda C. (2008). The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Jul 1;13(7):E444-50.
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 71:293-303.
- Bibeauce, P. (1985). Burnout: 10 years later. *Santé ment que*, 10 (2), 30-43.
- Bakker, A., Demfrouiti, E., Schaufeli, W. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory. General Survey: An internet study. *Anxiety, Stress and Coping*, 15 (3), 245- 260.
- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K., Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte* 23 (1), 43-5.
- Te Brake, Bouman, A., Gorter, R., Hoogstraten, J., Eijkman, M. (2008) Using the Maslach Burnout Inventory among dentists: burnout measurement and trends. *Community Dent Oral Epidemiol*, 36: 69–75.
- Burke, R., Richardson, A. (1996). Stress, burnout and health. In: Cooper CL, editor. *Handbook of stress, medicine and health*. Boca Raton (FL): CRC Press, p. 101.
- Bustinza A, López-Herce J, Carrillo A, Vigil MD, de Lucas N, Panadero E. (2000) Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatr*. 52 (5):418-23.
- Byone, G. (1994). Stress in women doctors. *Br J Hosp Med*. 51: 267-8.
- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. (2001). *Atención Primaria*. 27 (5), 31 de marzo.
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria* 7:459-68.
- Carlotto, M., Gobbi, M. (2001). Desempleo y síndrome de burnout. *Revista de Psicología*. 10 (1), 131-139.
- Cordes, C., Dougherty, T. (1993). A Review And An Integration Of Research On Job Burnout. *The Academy of Management Review*. 18(4), 621 – 657.

- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. (1976) *Psychosomatic Medicine*;38:300-14.
- Croucher, R., Osborne, D., Marcenes, W., Sheiham, A. (1998). Burnout and issues of the work environment reported by general dental practitioners in the United Kingdom *Community Dent Health*. 15(1):40-3.
- Dunlap, J., Stewart, J. (1982). Survey suggests less stress in group offices. *Dent Econ*.72:46-54.
- Eriksson, P., Wallin, L. (2004). Functional consequences of stress-related suppression of adult hippocampal neurogenesis: a novel hypothesis on the neurobiology of burnout. *Acta Neurol Scand*: 110: 275-280.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *J Soc Issues*. 30: 159-165.
- Garcés de Los Fayos, E.J. (2003) Tesis sobre el Burnout. Recuperado el 9 de noviembre de 2007, de <http://www.bacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout3.pdf>
- Gale, E. (1998). Stress in dentistry. *N Y State Dent J*. Oct; 64(8):30-4.
- Gil-Monte, P., Peiró, J. (1999a) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 11 (3), 679-689.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999b) Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15, 261-268.
- Gil-Monte P. R., Carretero N. y Roldán M.D. (2005) Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*. (11), 281-290.
- Gil-Monte, P. R. (2007) Cómo evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo. *Gestión práctica de riesgos laborales*, 34, 44-47.
- Gil-Monte, P., Marucco, M. (2008). Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Rev Saúde Pública* 42(3):450-6
- Gorter, R., Albrecht, G., Hoogstraten, J., Eijkman, M. (1998). Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci*.106:999-1005
- Golembiewski, T., Boudreau, R., Sun, B., Luo, H. (1998). Estimates of Burnout in Public Agencies: Worldwide, How Many Employees Have Which Degrees of Burnout, and With What Consequences?. *Public Administration Review*. 58 (1) 59-67.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M. M. (2005) Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 463-470.

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M., Braga, F. (2008) El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Información psicológica* nº 91-92, septiembre 07-abril-08 64-79.
- Halbesleben, J., Buckley, M. (2004) "Burnout in Organizational Life", *Journal of Management*, 30 (6), 859-879.
- Harrison, B. (1999) Are you to burn out? *Fund raising management*, 30 (3); 25-28.
- Hidalgo, I., Díaz, R. (1994). Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin*, (Barc) 103:808-12.
- Hutter, M., Kellogg, K., Ferguson, C., Abbott, W., Warshaw, A. (2006) The impact of the 80-hour resident workweek on surgical residents and attending surgeons. *Ann Surg*, 243:864-75.
- Kalimo, R., Pakkin, K., Mutanen, P., Toppinen, S. (2003). Staying Well or Burning Out at Work: Work Characteristics and Personal Resources as Long-Term Predictors. *Work & Stress*, Vol.17, N°2, pgs. 109 – 122.
- Kaney, S. (1999) Sources of Stress for Orthodontic Practitioners. *British Journal of Orthodontics*, March Vol. 26, No. 1, 75-76.
- Kristensen, T., 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.
- Kirsi, A., Honkonen, T., Virtanen, M., Aromaa, A., Lonnqvist, J. (2008). Burnout in relation to age in the Adult working population. *J Occup Health*, 50: 362-365.
- Kyriacou, C., Sutcliffe, J. (1978). Teacher stress: prevalence, sources, and symptoms. *Br J Educ Psychol*. Jun; 48(2):159-67.
- Lang-Runtz H. (1984). Stress in dentistry: it can kill you. *J Can Dent Assoc*. 50:539-41S.
- Lee, J., Stewart, M., Belle, J. (2008) Stress, burnout, and strategies for reducing them. *Canadian Family Physician* 54:234-5.e1-5.
- López, M., Rodríguez, A., Fernández, M., Marcos, S., Martínón, F., Martínón, J. (2005) Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Esp Pediatr*, 62(3):248-51.
- Maslach, C. (1979). Burned-out. *Can J Psychiatr Nurs*. Nov-Dec 20 (6), 5-9.

- Maslach, C., Jackson, S. (1986). The role of sex and family variables in Burnout. *Sex roles*, 12 (7-8), 837-851.
- Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. (1996.). MBI manual. *Consulting Psychologists Press* 3<sup>rd</sup> edn. Palo Alto, CA
- Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 52:397-422
- Moreno, B., Galvez, M., Garrosa, E., Mingote, J. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional medico. *Aten Primari*, 38(10), 544-9.
- Moreno-Egea A., Latorre-Reviriego, I., De Miquela, J., Campillo-Soto, A., Sáez, J., Aguayo, J. (2008) Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos. *Cir Esp*.83(3):118-24.
- Murtomaa H, Haavio-Mannila E, Kandolin I. (1990). Burnout and its causes in Finnish dentists. *Community Dent Oral Epidemiol*; 18: 208-212.
- Naidu, R., Adams, J., Simeon, D., Persad, S. (2002). Sources of stress and psychological disturbance among dental students in the West Indies. *J Dent Educ.* Sep; 66(9):1021-30.
- Neira C. (2004). Cuando se enferman los que curan. Estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud. Buenos Aires: Gambacop.
- Ordenes, N. (2004) Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chilena Pediatría*. Octubre; 75(5):449-454.
- Payne, R. (1999) Stress at work: a conceptual framework. In: Firth-Cozens J, Payne RL, eds. Stress in health professionals: Psychological and organisational causes and interventions. *New York: Wiley* 1-15.
- Pines, A., Maslach, C. (1978) Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry*. Apr; 29(4):233-7.
- Quintana, C. (2005). El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de Trabajo en Maltrato Infantil Grave. *Psykhé*. mayo 14(1):55-68.
- Rada, R., Johnson-Leon C. (2004) Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *Journal of American Dental Association*, 4(135),788-794.
- Román, J. (2003) Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(2),103-10.
- Rosen, I., Gimotty, P., Shea, J., Bellini, L. (2006) Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med*. Jan;81(1):82-5.

- Sanders, E. (2002) Prevention and differences among dental office personal. *General Dentist* 66, 9, 1021-1030.
- Schaufeli, W., Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points of the Maslach Burnout Inventory. *Psychol Rep.* 76(2 Pt 2):1083-90.
- Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can Med Assoc J.* July 3; 115(1): 53–56.
- Southwick, S. Vythilingam, M., Charney, D. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.*1:255-91.
- Thomson, S. (1995) Stress and the female doctor. *Occupational Health*; 344-5.
- Vera, A., Cancino, L., Ravanal, I., Carrasco, C., Contreras, G., Arteaga, O. (2007). Burnout, Inteligencia Emocional y Factores de Riesgos Psicosociales Laborales en fiscalizadores de una repartición pública del Estado de Chile. *Cienc Trab.* Abr-Jun; 9 (24): 51-54.
- World Health Organization. (1998). Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva; 91-109.
- Zellar, L. (1998). Vulnerable to Job Burnout: The Influence of Personality, Social Support, Rol Stressors and Moods. Tesis para optar a Doctor en Filosofía The Florida State University, Gaines ville, E.U.A.

## CAPITULO IX

### ANEXO N°1

#### ENCUESTA DEL ESTUDIO: SINDROME DE BURNOUT



**Cláusula de confidencialidad y Consentimiento informado: La siguiente información no será expuesta a terceros ni revelado su contenido y será utilizada exclusivamente para motivos del estudio. No es necesario identificarse, posterior a su contestación guarde la encuesta en el sobre correspondiente el que no será abierto hasta comenzar el análisis de la totalidad de los cuestionarios.**

Marque con una cruz o escriba el n° donde corresponda:

1- Sexo:

M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_

2- Edad:

\_\_\_\_\_ Años

3- Años de Ejercicio profesional

\_\_\_\_\_ Años

4- Coloque N° aproximado de horas semanales trabajadas en cada sector

- Público: \_\_\_\_\_ hrs

- Privado: \_\_\_\_\_ hrs

5- ¿Está satisfecho de su relación con su grupo de trabajo?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

6- ¿tiene problemas con su ambiente físico de trabajo?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_



12. Me siento muy activo/a							
<b>AFIRMACIONES</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
13. Me siento <b>frustrado/a</b> en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Realmente <b>NO</b> me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16. Trabajar directamente con <b>personas</b> me produce <b>estrés</b>							
17. Puedo crear fácilmente una <b>atmósfera relajada</b> con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento <b>acabado/a</b> (agotado)							
21. En mi trabajo trato los <b>problemas emocionales</b> con mucha calma							
22. Siento que los pacientes <b>me culpan</b> por alguno de sus problemas							

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

## ANEXO N°2

Tablas y gráficos correspondientes a los resultados.

TABLA XX: Distribución según edad

Edad	N°
20-29	34
30-39	29
40-49	14
50-59	18
60-69	9

TABLA XXI: Distribución según género

	Sexo	Frecuencia	%
<b>Masculino</b>	0	98	47,1
<b>Femenino</b>	1	110	52,8
<b>Total</b>		208	100

Tabla XXII: BO y género.

Niveles del Síndrome de Burnout	Género				Total
	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	
Alto	2	100,00%	0	0,00%	2
Medio	14	31,82%	30	68,18%	44
Bajo	82	50,62%	80	49,38%	162
Total	98		110		208

Tabla XXIII: Ambiente Físico y BO.

Niveles De BO	Problemas con el medio ambiente físico				
	Si	No	Total	Si	No
Alto	2	0	2	0,96%	0,00%
Medio	18	26	44	8,65%	12,5%
Bajo	42	120	162	20,19%	57,69%

Tabla XXIV: Satisfacción laboral y BO.

Niveles de BO	Satisfacción con grupo de trabajo.				
	Si	No	Total	Si	No
Alto	2	0	2	100%	0,00%
Medio	34	10	44	77,27%	22,73%
Bajo	156	6	162	96,30%	3,70%

TABLA XXV: Prevalencia de BO

Presencia del síndrome	Odontólogos	Porcentaje
Sin BO	80	38,46%
Con BO	128	61,54%
Totales	208	100,00%

TABLA XXVI: Género y BO

Síndrome BO	Masculino	Femenino	Total

<b>Sin BO</b>	47,50%	52,50%	100,00%
<b>Con BO</b>	46,88%	53,13%	100,00%

TABLA XXVII: Edad y BO

<b>Edad</b>	<b>Sin BO</b>	<b>Con BO</b>	<b>Totales</b>	<b>Sin BO</b>	<b>Con BO</b>
<b>20-29</b>	20	48	68	29,41%	70,59%
<b>30-39</b>	24	34	38	41,38%	58,62%
<b>40-49</b>	8	20	28	28,57%	71,43%
<b>50-59</b>	18	18	36	50,00%	50,00%
<b>60-69</b>	10	8	18	55,56%	44,44%
<b>Total</b>	80	128	208		

TABLA XXVIII: BO y Años de ejercicio profesional.

<b>Años de Ejercicio profesional</b>	<b>Sin BO</b>	<b>Con BO</b>	<b>Totales</b>	<b>Sin BO</b>	<b>Con BO</b>
<b>0-10</b>	36	70	106	33,96%	66,04%
<b>11-20</b>	8	24	32	25,00%	75,00%
<b>21-30</b>	24	20	44	54,55%	45,45%
<b>31-41</b>	12	14	26	46,15%	53,85%
<b>Totales</b>	80	128	208		

GRÁFICO N° 20: Distribución de Odontólogos con BO

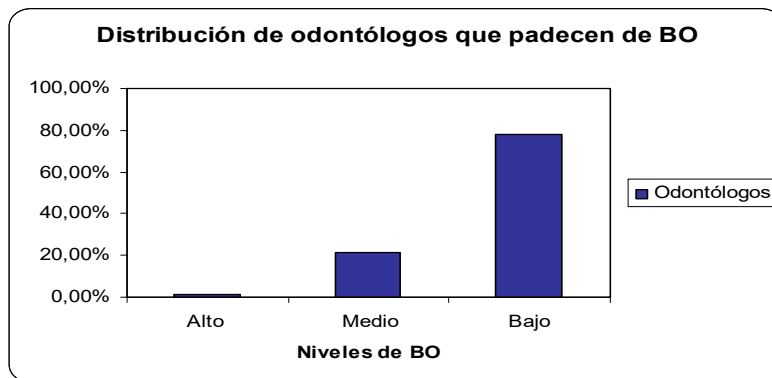


GRÁFICO N° 21: BO medio-alto y horas trabajadas.

